



Société Marocaine de Dermatologie

37^{ème}

CONGRES
National

Le 31 Octobre
1-2 Novembre
HILTON PL Houara
2024
Tanger



Hôtel Hilton Houara Tanger

Jeudi 31 Octobre 2024

Matin:

08h-9h: Accueil- inscriptions

09h-10h30: Forum des résidents

10h30 — 11h: Pause - café

11h-12h30: Table ronde « La dermoscopie en pratique quotidienne »

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------|-------|
| -Mes patients, mon dermoscope et moi | Dr Meriem Bounouar | Fès |
| -La trichoscopie au quotidien | Pr Meriem Meziane | Rabat |
| -Naevus ou pas naevus | Pr Mariem Soughi | Fès |
|
 | | |
| -La dermoscopie interventionnelle | Pr Hanane Baybay | Fès |

12h30- 13h: Symposium Eucerin : Avancées contemporaines dans le traitement du mélasma
Pr Leila Benzekri Rabat

13h -14h30 : Déjeuner

Après-midi :

14h30-16h : Forum des résidents

16h-17h30 : Table ronde « La chirurgie dermatologique au cabinet »

- | | | |
|---|---|---------------------|
| - Cas cliniques de chirurgie dermatologique | Pr Salim Gallouj | Tanger |
| - Chirurgie Dermatologique : Quelle place et quelles attentes pour le dermatologue? | | |
| | Pr Fatima Zahra
Belgnaoui | Rabat |
| - La chirurgie du scalp en pratique : des cas cliniques : | Pr Awatef Kelati | Casablanca |
| - Cas cliniques de chirurgie unguéale | Pr Soumiya Chiheb
Dr Achraf El Ouadghiri | Casablanca
Rabat |

17h30- 18h : Pause- Café

18h-18h30: Le protocole thérapeutique : le pemphigus

Pr Karima Senouci
Groupe bulle de la SMD

20h30: Diner

Vendredi 1^{er} Novembre 2024

Matin :

08h30-10h00: Table ronde « Dermatoses inflammatoires, infectieuses et maladies de système »

- Eruptions infectieuses émergentes: mise en garde

Pr Jalal El Benaye Meknès

- Histogénèse comparée de 4 comorbidités auto-immunes

Pr Leila Benzekri Rabat

- Le psoriasis : 1 an après l'élaboration du protocole thérapeutique ; Quel impact sur la pratique des dermatologues ?

Pr Said Amal Marrakech

- Rosacea : Pr Nellie Konnikov Boston

10h00-10h30 : Symposium La Roche-Posay: Cas pratiques en pigmentologie

Pr Leila Benzekri Rabat

10h30-11h: Pause - Café

11h-11h30 : Facial volume Restoration Pr Nellie Konnikov Boston

11h30-12h30 : Arrêt sur image

12h30-13h : Symposium Isis Pharma « Peaux sensibles : Mythe ou réalité »
Pr Kawtar Zouhair Casablanca

13h-14h30: Déjeuner

Après-midi

14h30-16h: Session IMCAS/ Lasers

- Laser et EBD, quels choix pour le pigmentaire?

Dr Hugues Cartier Arras

- Comment prévenir et traiter les complications des lasers épilatoires?

Pr Kawtar Zouhair Casablanca

- Indications vasculaires des IPL

Dr Faouzia Benkhraba Rabat

- Traitement combiné des cicatrices d'acné par Laser Erbium Fractionné et insuline

Pr Hanane Baybay Fés

- Laser de la région péri-orbitaire

Pr Siham Dikhaye Oujda

16h-16h30 Pause-café

16h30-18h30: Session internationale MEIDAM/AFRICA

Pr FaTima Zahra Mernissi MAROC

Dr Khaled Al Nuaimi Dubai

Pr Shmelis Nigusse Ethiopia

Pr Ncoza Dlova South Africa

Pr Traoré Ibrahima Guinée

Pr Fatimata Ly Sénégal

20h30: Diner

Samedi 02 Novembre 2024

Matin:

8h30-10h: FMC Première session

10h-11h30: FMC Deuxième session

Workshop: Filler Au delà du comblement; la personalization
de la prise en charge avec la gamme Restylane Dr Amine
Bouaichi, Dr Saad Lahmiti, Dr Hatim Droussi Marrakech

11h30-12h: Pause - Café

12h-12h30

- Les protocoles thérapeutiques et profil des métiers: Dr Moulay Said Afif

Président de la Société Marocaine des Sciences Médicales

- Conférence: Dr Amina Iraqui Houssaini Rabat

أخلاقيات الطبيب الحكيم

12h30-13h30: Discussion des posters et remise des prix
Assemblée Générale de la SMD

13h30 - 14h30: Déjeuner

Après-midi: Programme social: Visite Guidée des sites historiques de Tanger

20h30: Diner

Programme des séances des FMC 37ème Congrès National

Samedi 2 novembre 2024

Première séance 8h30- 10h

- 1) **FMC Dermoscopie:** La dermoscopie en pratique quotidienne
 - Les lésions pigmentées acrales Pr Radia chakiri Agadir
 - Les lésions pigmentées du visage Dr Ilyas Anouar Rabat
 - L'inflammoscopie: Pr Meriem Aboudourib Marrakech
- 2) **FMC Acné:** Acné et adolescence
 - Acné: spécificités de l'adolescence Pr H.Benchikhi Casablanca
 - Acné de l'adulte versus acné de l'adolescent. Astuces et réflexions. Pr M.Soughi Fès
 - Acné et adolescence. Cas cliniques interactifs Pr H.Benchikhi Casablanca
- 3) **FMC Dermatologie esthétique**
 - Fillers et radiofréquence: Quand et comment les combiner Pr Nadia Ismaili Rabat
 - Quand associer le Laser aux Fillers et toxine Dr Rim Chraïbi Rabat
 - Traitements combinés par Fillers, Skinboosters et/ou Skinbuilders: intérêt et règles d'utilisation Pr FZ Belgnaoui Rabat
- 4) **FMC Lasers et techniques apparentés**
 - Lasers épilatoires: Bonnes indications Pr Nada Zizi Oujda
 - Traitement des lèvres pigmentées: nouvelle approche Dr Achraf El Ouadghiri Rabat
 - Traitement des chéloïdes par laser CO2 Dr Widad Slaoui Fès
 - Traitement du mélasma au Laser: indications et limites Dr Asmaa Lahlou Fès
 - Intérêt du Plexr en dermatologie Pr Ouiame El Jouari Tanger
- 5) **FMC ongle:**
 - Tour d'horizon de la pathologie unguéale à travers des cas cliniques Pr Soumiya Chiheb Casablanca
Pr Salim Gallouj Tanger
 - Cas cliniques pour les experts: éventuellement présentés par les dermatologues du groupe ongle
- 6) **FMC: Dermatologie infectieuse**
 - Dermatophytes et terbinafine; résistances: état des lieux Pr Mohammed El Haouri Meknès
 - Mise à jour des infections cutanées sur peau de couleur foncée Pr Ibrahima Traoéré Guinée
 - Dermatoses infectieuses atypiques à connaître Dr Karim Cherti Larache
- 7) **FMC Capillaire: Cas cliniques capillaires du nord au sud de l'Afrique**
 - Cas cliniques d'alopecie cicatricielle Pr Kelati Awatef Casablanca
 - Cas cliniques d'alopecie non cicatricielle Pr Meziane Mariame Rabat
 - Cas cliniques d'alopecie des cils et des sourcils Pr Baybay Hanane Fès

- Cas cliniques capillaires Sud-Africain Pr Ncoza Dlova Afrique du Sud

La deuxième session: 10h- 11h 30

8) - Cicatrisation: L'acné de la prévention des cicatrices aux traitements pointus, astuces pratiques pour réduire le risque cicatriciel chez l'acnéique

Pr Jalal El bennaye Meknès

- Traitement combiné des cicatrices post acné

Dr Fouzia Benkhraba Rabat

- Traitements des cicatrices d'acné en 2024: mythes et réalités

Dr Achraf Oudghiri Rabat

- Synthèse et fiches pratiques du traitement des cicatrices d'acné sur peau marocaine

Pr Hanane Bay Bay Fès

9) **FMC Dermato pédiatrie:** Les génodermatoses

- « Quand suspecter une génodermatose? »

Pr Ouafa Hocar Marrakech

- Génodermatoses prédisposant aux cancers

Pr Nadia Ismaili Rabat

- Le point sur les mosaïcismes pigmentaires

Pr Ouiame El Jouari Tanger

- Discussion: 15 minutes

10) **FMC: Oncodermatologie**

- Tour d'horizon de cas cliniques de pathologie tumorale: du diagnostic au traitement:

Pr Sara Elloudi Fès

- Les principes de la chirurgie carcinologique au cabinet du dermatologue

Pr Salim Gallouj Tanger

- Gestion de l'hémostase en chirurgie carcinologique

Pr Radia Chakiri Agadir

- La gestion des effets secondaires des traitements anti cancéreux place de la dermatologie onco-esthétique (A travers des cas cliniques)

Pr Fouzia Hali Casablanca

11) **FMC: Peau et médecine interne**

- Cas cliniques des maladies systémiques chez l'enfant

Pr Layla Bendaoud Marrakech

- Les cytokines en dermatologie: les points essentiels

Pr Ahmed Bouhamidi Marrakech

- Cas cliniques, Quel est votre diagnostic?

Pr Said Amal Marrakech

12) **FMC Allergologie cutanée:** les allergies professionnelles cutanées

- Enquête devant un eczéma professionnel

Pr Tam Elouazzani Casablanca

- Nouveaux allergènes professionnels

Pr Kawtar Zouhair Casablanca

- Cas cliniques

Pr Fatima Zahra Elfetouaki Casablanca

- Mise au point : Eczémas professionnels et médecine de travail au Maroc

Pr Nadia Ismaili Rabat

13) **FMC dermatopathologie**

- **Dermatopathologie de la biopsie à la confrontation** histo-clinique de Bernard Ackerman

Pr Mohammed Ait Ourhroui Rabat

- Une série de cas cliniques

Pr Mohammed El Haouri Meknès

- Arrêt sur image; notre moisson de 5 ans

Pr Mohammed Ait Ourhroui Rabat

14) **FMC troubles pigmentaires**

- Prise en charge des hyperchromies localisées

Pr Benzekri Leila Rabat

- Lichen pigmentogène

Pr Frikh Rachid Rabat

Après l'élaboration du protocole thérapeutique « psoriasis », le groupe « Bulle » sous la coordination du professeur Senousi Karima présentera le protocole thérapeutique sur le

pemphigus lors de ce congrès. Je remercie tous les dermatologues qui sont très actifs dans les groupes thématiques et je sollicite les jeunes dermatologues d'adhérer à ces groupes thématiques. Je saisis cette occasion pour féliciter le groupe « Dermoscopie » sous la coordination du Pr Mernissi Fatima Zahra qui nous ont honorés lors du dernier congrès mondial de dermoscopie.

Au fil des décennies, la SMD s'est ouverte à des collaborations internationales avec des sociétés savantes de divers pays. Lors de ce congrès, il y aura une session spécifique : MEIDAM (The Middle East International Dermatology and Aesthetic Medicine Association) et les pays d'Afrique francophones et anglo-saxons.

Je tiens à remercier les membres du conseil d'administration et tous les dermatologues marocains qui nous ont fait confiance. Je remercie également les laboratoires pharmaceutiques qui nous aident dans l'organisation de ces manifestations scientifiques et je vous souhaite un bon congrès.

Les communications orales

The value of nail clipping for histopathological examination in the diagnosis and management of nail disorders

L.Mansour Billah¹, S.Chiheb^{1,2}

¹ Dermatologie, Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa, Casablanca, Maroc

² Dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Background: Nail disorders are common and have misleading clinical manifestations responsible for delays in diagnosis and treatment. Nail clippings for histopathological examination are rarely used as a diagnostic tool.

Objective: To evaluate nail clippings histopathological examination in the diagnosis and management of nail disorders.

Methods : Nail clipping specimens of 15 patients were collected including 5 melanonychia, 2 onycholysis, and 8 nail thickening. Direct examination and mycological culture were performed. Nail clippings specimens were submitted to histological processing and stained with periodic-acid-Schiff(PAS).

Results : We diagnosed 14 cases of onychomycosis: nail clipping histopathology with PAS was the most sensitive test(92%), followed by culture(60%) and direct microscopy(42%). Pathologists were able to classify the pathogens into dermatophytes and non-dermatophytes based on morphology. The 15th clipping specimen on melanonychia showed melanocytes remnants leading to nail matrix biopsy and revealed nail unit melanoma.

Conclusions : Histological examination of nail clippings can provide several informations on nail pathology. In onychomycosis, nail clipping histology with PAS stain is superior to fungal culture and enabled distinction between dermatophyte and candida. If melanocytes are detected, nail clipping examination acts as a rapid triage mechanism for nail matrix biopsy to evaluate for nail unit melanoma. Nail clipping examination may lead to other diagnosis, such as psoriasis, in the presence of laminated parakeratosis with polynuclear cells and negative PAS. While clinical features of nail unit psoriasis overlap with onychomycosis, nail clipping can be useful in differentiating the two entities by excluding the presence of onychomycosis.

Dermatoses Perforantes Acquises et Prurigo Chronique : Une Étude Dermoscopique Comparative

Y.ALMHEIRAT(1); K.Kaddar(1) N.Zerrouki (1,2) ; N.Zizi (1,2)

1 Service de dermatologie, vénéréologie 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 dermatoses perforantes constituent un groupe d'affections cutanées papulonodulaires caractérisées par des bouchons kératosiques ou des croûtes dans lesquels une perforation ou une élimination transépidermique se produit. La dermatose perforante acquise (DPA) englobe la maladie de Kyrle, la collagénome perforant réactionnelle acquise CPR, la folliculite perforante FP acquise et L'élastome perforant serpigineux (EPS) acquise. Elle est souvent associée à une insuffisance rénale chronique ou au diabète. 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. Les caractéristiques dermoscopiques des DPA sont non spécifiques et peuvent être observées dans le prurigo chronique. L'objectif de notre étude c'est de comparer entre les signes dermoscopiques des DPA et du PC.

MATERIELS et MÉTHODES

Nous avons mené une étude rétrospective et analytique de tous les patients diagnostiqués cliniquement et histopathologiquement avec une DPA ou prurigo chronique entre janvier 2015 et mai 2024 au service de dermatologie de l'hôpital universitaire Mohammed VI d'Oujda, au Maroc. Les données ont été analysées par le logiciel SPSS software version 20.0 du laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique. L'étude analytique a été réalisée à l'aide du test Chi 2 ou test de Fischer pour comparer les variables qualitatives. Un seuil de $< 0,05$ était considéré comme significatif.

RÉSULTATS

Nous avons colligé 20 cas du prurigo chronique. L'âge moyen était de $48,21[\pm 16.5]$ ans. Le sex-ratio Femme/Homme était à 2. La manifestation clinique la plus fréquente était des lésions papuleuses excoriées prurigineuses dans 80% suivies des lésions papulo-nodulaire prurigineuses dans 20% des cas. Les stries de grattage étaient présente chez tous les patients, alors qu'un seul patient avait un phénomène de koebner positif. L'atteinte des membres et le tronc était constant chez tous les patients. Les signes dermoscopiques associés au PC : un fond rose laiteux dans 95% des cas, un patron étoilé (constitué de lignes blanchâtres disposées radialement) dans 75% des cas, des points hémorragiques (85%), des érosions (75%), une pigmentation autour des lésions (65%), une croûte jaunâtre ou brunâtre au centre des lésions (55%), des vaisseaux pointillés ou linéaires (50%), des croûtes (25%) et un soulèvement en forme de barrage à la périphérie de la croûte centrale dans 10% des cas. Concernant les DPA. Dix patients ont été inclus dans l'étude ; 60 % étaient de sexe masculin, avec un âge moyen de $51,5[\pm 22.5]$ ans. Le prurit a été observé chez tous les patients, tandis que la douleur est survenue chez seulement trois patients (40 %). Les caractéristiques cliniques les plus courantes trouvées étaient des papules ou nodules hyperkératosiques avec une croûte centrale brune ou jaune entourée d'un halo érythémateux et d'un cercle squameux (70 %). un phénomène de Koebner (70%), des stries de grattage (70 %), les papules excoriées (50 %) et des larges plaques ulcérées (20 %). Les localisations rapportées étaient : le tronc et les membres supérieurs (80 %), les

membres inférieurs (70 %) et le cuir chevelu (10 %). Les caractéristiques dermoscopiques étaient un fond rose ou rouge (80 %), des vaisseaux ponctués (90 %), un soulèvement en forme de barrage à la périphérie de la croûte centrale (90 %), un bouchon kératosique central apparaissant jaune au centre de la lésion (90 %) ; un cercle blanc autour du bouchon ("white collar sign") (90 %). Une cicatrice radiale légèrement atrophique, des squames blanches et une hyperpigmentation périphérique ont été observées chez tous les patients avec des lésions anciennes après la chute de la croûte centrale. Pour les signes dermoscopiques communs entre les deux pathologies ; la croûte jaunâtre ou brunâtre au centre des lésions a été observée chez 55 % des patients avec PC et 90% de DPA sans différence significative entre les deux groupes ($p= 0,032$), alors que le soulèvement en forme de barrage à la périphérie de la croûte centrale et l'anneau blanc autour de la lésion ont été trouvés chez 90% des patients atteints de DPA avec une différence significative ($p < 0,05$).

DISCUSSION :

Le prurigo chronique est défini, selon un consensus européen récent, par la présence d'un prurit chronique depuis ≥ 6 semaines, des antécédents et/ou des signes de grattage répété et de multiples lésions cutanées prurigineuses localisées/généralisées (papules, nodules et/ou plaques blanchâtres ou roses). Une étude réalisée par Errichetti en 2015 sur la dermoscopie du PC objective que la détection d'un « patron étoilé blanc » entourant des croûtes, érosions et/ou hyperkératoses brun-rouge/brun-jaune est un indice utile pour étayer le diagnostic clinique de prurigo, le distinguant des autres principaux diagnostics différentiels. Notre étude n'a pas objectivé une différence significative entre le PC et les DPA concernant le patron étoilé blanc. La DPA est une entité rare caractérisée par une élimination transépithéliale des structures dermiques. Elle survient chez l'adulte au cours de nombreuses maladies comme le diabète, l'insuffisance rénale chronique. Sur le plan clinique, la DPA se présente sous forme de papules hyperkératosiques ombiliquées, certaines avec une croûte kératosique centrale, blanche ou jaune. De plus, un prurit est présent et peut être sévère, le phénomène de Koebner (disposition linéaire des papules kératosiques) est également présent, et les lésions peuvent être secondairement infectées. Le site de prédilection des lésions est la face d'extension des extrémités, le tronc, le cuir chevelu et l'atteinte de la conjonctive et de la muqueuse buccale a été rapportée. Wenju Wang et al. ont trouvé quatre caractéristiques dermoscopiques de la DPA, dans leur étude de 39 cas, notamment une zone homogène brun-jaune sans structure au centre de la lésion, une distribution radiale de vaisseaux ponctués et linéaires et une forme de barrage à la périphérie, ainsi qu'un anneau blanc irrégulier entourant la lésion. Nous avons également trouvé dans notre étude que le soulèvement en forme de barrage à la périphérie de la croûte centrale et l'anneau blanc autour de la lésion chez 90% des patients atteints de DPA avec une différence significative ($p < 0,05$).

Conclusion :

Notre étude a montré que le soulèvement en forme de barrage à la périphérie de la croûte centrale et l'anneau blanc autour des lésions sont spécifiques des DPA.

Références :

1. Errichetti, Enzo; Piccirillo, Angelo; Stinco, Giuseppe . (2015). Dermoscopy of prurigo nodularis. *The Journal of Dermatology*, 42(6), 632–634. doi:10.1111/1346-8138.12844
2. Misery, L. (2019). Chronic prurigo. New classification and therapeutic management. *REVUE FRANCAISE D ALLERGOLOGIE*, 59(3), 136-138.
3. Gao Z, Lu SJ, Shan SJ. Acquired perforating dermatosis: A clinicopathologic study, and the features of dermoscopy and reflective confocal microscopy of 37 cases. *Skin Res Technol Off J Int Soc Bioeng Skin ISBS Int Soc Digit Imaging Skin ISDIS Int Soc Skin Imaging ISSI*. 2023;29(7):e13416. doi:10.1111/srt.13416
4. Wang W, Liao Y, Fu L, Kan B, Peng X, Lu Y. Dermoscopy Features of Acquired Perforating Dermatitis Among 39 Patients. *Front Med*. 2021;8:631642. doi:10.3389/fmed.2021.631642

Les pemphigoïdes gestationis : Expérience du service de dermatologie du CHU Mohammed VI Oujda

N. TAHRI¹, N. ZERROUKI^{1,2}, 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 :

La pemphigoïde gestationis (PG) est une dermatose bulleuse auto-immune rare. Elle touche le plus souvent les multipares, elle peut se déclarer à tous les stades de la grossesse mais surtout au cours du 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre et en post-partum immédiatement également.

L'objectif de cette étude est de décrire le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique de la pemphigoïde gestationis tout en mettant en lumière le rôle clé de la plasmaphérèse dans la prise en charge de cette affection.

Matériels et méthodes :

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive des patientes suivies dans notre service, présentant une pemphigoïde gestationis confirmée par une étude histologique et la présence d'anticorps anti-BP180 positifs.

Résultats :

Au total, nous avons colligé 7 cas de pemphigoïde gestationis, l'âge moyen des patientes était de 27+/-4,54 ans. Six patientes (85,72%) étaient multipares. La maladie est survenue au cours du 2^{ème} trimestre dans 4 cas (57,14%) et au cours du 3^{ème} trimestre dans 3 cas (42,86%). Toutes les patientes ont présenté un prurit localisé avant l'apparition des lésions.

L'atteinte initiale siégeait au niveau péri-ombilical dans 4 cas (57,14%). A l'examen clinique, des lésions vésiculeuses et bulleuses tendues ont été observées chez 6 patientes (85,72%). Cinq patientes (71,43%) présentaient des plaques urticariennes et des lésions érosives, tandis qu'une patiente (14,28%) avait des lésions en cocarde. Toutes les patientes (100%) avaient des atteintes de la région péri-ombilicale ainsi que des membres supérieurs et inférieurs, avec atteinte du visage dans 2 cas (28,60%).

La surface cutanée atteinte était en moyenne de 26,29 % ± 16,12, avec des valeurs allant de 7 à 45 %.

La médiane du score BPDAI était de 31 [14 - 75]. Les atteintes étaient légères dans 1 cas (14,28%), modérées dans 4 cas (57,14%), et sévères dans 2 cas (28,60%).

La prise en charge thérapeutique de nos patientes comprenait :

Les dermocorticoïdes (propionate de clobétasol : 30g/J) ont été utilisés seules en 1^{ère} intention chez 4 patientes (57,14%). La durée médiane pour le blanchiment total des lésions était de 8 semaines [8 ; 8,45].

La corticothérapie orale (prednisone : 0,5 mg/kg/J) a été utilisée seule chez une patiente avec une atteinte étendue en post-partum. La durée pour le blanchiment total des lésions était de 5 mois.

Deux patientes (28,6%) ont bénéficié d'une seule séance d'échanges plasmatiques chacune, en post-partum :

Elle a été réalisée chez une patiente en 2^{ème} intention, après échec de la CO seule. La durée avant le blanchiment total des lésions était de 33 jours après la séance d'EP.

Elle a été réalisée en association avec la CO et les DC en 1^{ère} intention chez une patiente ayant refusé les soins de l'hospitalisation. La durée avant le blanchiment total des lésions était de 16 jours après la séance d'EP.

Les cyclines (Doxycycline : 200mg/jour) ont été utilisées chez une seule patiente en post-partum. Il a été utilisé en association avec le propionate de clobétasol lors de la 1^{ère} récurrence d'une patiente, avec une durée le blanchiment total d

mois, et au cours de la 2^{ème} récurrence chez la même patiente, en association à un antihistaminique de 2^{ème} génération, avec une durée de blanchiment total de 3 mois.

Pour ce qui est de complications et d'effets indésirables de traitements, Une cataracte, des vergetures et une dyslipidémie ont été révélés chez une seule patiente sous CO seule.

Une hypotrophie fœtale a été révélée chez 2 patientes traitées par les dermocorticoïdes seules (28,60%).

Discussion :

La PG est une dermatose bulleuse auto-immune spécifique de la grossesse, survenant généralement chez la multipare, au cours du 2^{ème}, 3^{ème} trimestre de grossesse ou en post-partum. Son incidence est d'environ 1/60000 grossesses.

Elle se manifeste par un prurit intense suivi par l'apparition de papules urticariennes apparaissent au niveau péri-ombilicale avec une extension centrifuge et une atteinte possible du visage, palmoplantaire et des muqueuses, des lésions vésiculobulleuses apparaissent ensuite sur ces plaques ou sur une peau saine, ce qui rejoint notre étude.

L'étude histologique est primordiale et l'immunofluorescence directe est capitale et confirme le diagnostic en montrant un dépôt linéaire fin de C3 ou d'Ig le long de la membrane basale. L'immunofluorescence indirecte détecte des auto-anticorps IgG1 anti-hémidesmosomes. Le western blot met en évidence des anticorps circulants anti-BP230 mais surtout anti-BP180.

Le pronostic materno-fœtal est bon malgré le risque de prématurité, de faible PDN, de RCIU et d'une éruption vésiculobulleuse transitoire chez le NN. Donc une surveillance échographique est nécessaire.

Les dermocorticoïdes constituent le traitement de 1^{ère} ligne dans les cas légers à modérés. Dans les cas graves, on a recouru à la CO (0,5 mg/kg/jour). Dans notre étude, les DC ont été utilisés comme traitement de première intention chez des patientes avec une atteinte cutanée modérée à sévère. Dans l'étude de Chakiri Radia et al. toutes les patientes ayant une PG toute sévérité confondue ont été mises sous DC classe I avec une rémission complète. Ces données montrent l'efficacité des dermocorticoïdes de classe I dans le traitement de la PG. Prouvant ainsi que ce traitement pourrait être utilisé en première intention afin de réduire les effets secondaires des corticoïdes par voie générale tout en conservant une excellente efficacité.

Dans notre étude, 2 patientes ont bénéficié d'une seule séance d'échanges plasmatiques (EP) en post-partum. En 2^{ème} intention chez une patiente après l'aggravation de l'atteinte cutanée sous corticothérapie orale (CO) seule, et en 1^{ère} intention en combinaison avec la CO et les dermocorticoïdes pour accélérer la rémission, après son refus de poursuivre les soins et l'hospitalisation. Dans les deux cas, les échanges plasmatiques ont entraîné une résolution rapide des lésions, démontrant une efficacité supérieure à celle des traitements conventionnels.

Dans la littérature, peu de rapports de cas, y compris les rapports de Van de Wiel et al., montraient que les EP sont particulièrement efficaces pour les formes sévères résistantes de pemphigoïde gestationis. Cependant, malgré qu'ils soient considérés comme un traitement de deuxième ligne, leur rapidité d'action dans les cas étudiés suggère qu'ils peuvent également être envisagés en première intention pour une réponse plus rapide. Leur utilisation est néanmoins limitée par la disponibilité et le manque d'informations sur leur innocuité.

Conclusion :

La PG est une dermatose rare qui survient le plus souvent au 3^e trimestre. Son traitement essentiellement sur la corticothérapie locale, dans les formes sévères, une corticothérapie générale est possible.

Notre étude a montré une efficacité remarquable de la plasmaphérèse avec des délais de rémission courts, soulignant son potentiel comme option thérapeutique principale dans la gestion de la pemphigoïde gestationis. Afin de valider pleinement cette approche, des études supplémentaires sont nécessaires pour établir son rôle dans la gestion initiale de cette condition.

Références :

- [1] D ROGER, JL BOUDRIE, LVAILLANT, G LORETTE. *Peau et grossesse. Encycl. Méd Chir, Gynécologie/Obstétrique* 5-038-A-10, *Dermatologie*, 98-858-A-10, 2001, 10P
- [2] B CASTEL *Peau et grossesse. Nouv. Dermatol.* 1998;17:94-97
- [3] N NASSER, D SASSEVILLE. *Les maladies dermatologiques de la grossesse. Dermatologie Conférences Scientifiques* 2006;5, n°3 : 21-26
- [4] JC SCHMUTZ. *Dermatoses spécifiques de la grossesse. La presse Médicale* 2003;32 : 1813-1817
- [5] C. Radia, G. Salim, I. Kawtar, M. F. Zahra, and H. Taoufiq, "Pemphigoid gestationis: A Moroccan study," *Our Dermatology Online*, vol. 8, no. 2, pp. 128–132, Apr. 2017, doi: 10.7241/ourd.20172.36.
- [6] J. Ceryn, A. Siekierko, M. Skibińska, N. Doss, J. Narbutt, and A. Lesiak, "Pemphigoid gestationis – case report and review of literature," *Clin Cosmet Investig Dermatol*, vol. 14, pp. 665–670, 2021, doi: 10.2147/CCID.S297520.
- [7] Van de Wiel A, Hart CH, and Flinterman J, "Plasma exchange in herpes gestationis," *Thomas*, 1980.

Réflexions sur le Vitiligo au Maroc :

Stigmatisation et Enjeux Sociaux

MA.Aouzal ; R.Chakiri

Service de Dermatologie CHU Souss Massa, Agadir

Introduction :

Le vitiligo est un trouble pigmentaire cutané courant, caractérisé par une perte totale ou partielle des mélanocytes. La prévalence du vitiligo dans le monde est d'environ 0,1 à 4 %. Jusqu'à présent, peu d'études se sont intéressées à la perception du vitiligo au sein de la société marocaine. Notre étude a pour objectif d'examiner la manière dont cette affection pigmentaire est perçue par la population marocaine, d'évaluer les connaissances à son sujet, ainsi que d'analyser les attitudes et les stigmatisations auxquelles sont confrontées les personnes atteintes de vitiligo.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale prospective étalée sur 2 mois, entre septembre et octobre 2024. Un questionnaire anonyme a été diffusé auprès de toute la population, visant à recueillir des informations sur la perception du vitiligo. Au total, 292 personnes ont été interrogées.

Résultats :

L'étude a inclus un total de 292 participants, dont la tranche d'âge la plus fréquente était celle de 19 à 35 ans, représentant 72,1% de l'échantillon. 69,2% étaient de sexe féminin. La majorité des personnes interrogées (95,5 %) déclarent avoir une connaissance du vitiligo, la source d'information était principalement la famille, l'entourage, le médecin et d'internet.

Sur la perception du vitiligo, 58,2 % des personnes interrogées pensent que le vitiligo affecte uniquement la peau, tandis que 44,5 % estiment qu'il peut également toucher les cheveux et les yeux. La croyance en la

contagiosité du vitiligo est très faible, avec 89,4 % des participants qui pensent que le vitiligo n'est pas contagieux.

De nombreux participants ont cité le facteur génétique comme cause du vitiligo, les facteurs environnementaux et psychologiques ont également été fréquemment cités, certains ont combiné ces explications.

En termes de discrimination, 78,4 % des participants estiment que les personnes atteintes de vitiligo souffrent de discrimination dans la société, principalement en raison du manque de sensibilisation (30,5 %) et des croyances erronées (23,9 %). De plus, 51,4 % pensent que le vitiligo affecte les opportunités d'emploi, et 67,8 % jugent qu'il impacte les chances de mariage des personnes touchées.

Sur la qualité de vie, 70,2 % des participants estiment que le vitiligo affecte négativement la qualité de vie des personnes atteintes, et 89,4 % pensent qu'elles ont besoin de soutien psychologique. La majorité des personnes interrogées (88,9 %) n'éprouvent aucune gêne lorsqu'elles interagissent avec une personne atteinte de vitiligo, bien que 6,4 % se sentent mal à l'aise.

Enfin, 96,2 % des participants estiment que des campagnes de sensibilisation sur le vitiligo devraient être mises en place, notamment dans les écoles, et 89,4 % pensent que le soutien psychologique est indispensable pour les personnes atteintes.

Discussion :

Notre étude met en lumière la réalité de la stigmatisation du vitiligo au sein de notre population. Bien que la majorité des participants connaissent le vitiligo, cette connaissance ne semble pas toujours s'accompagner d'une compréhension approfondie de la maladie. Le fait que beaucoup associent le vitiligo à des difficultés dans le mariage et l'emploi démontre l'impact social significatif de cette maladie. Ces résultats rejoignent ceux de l'étude de El Mahi et al. menée au Maroc, où les croyances traditionnelles et la stigmatisation de cette maladie restent ancrées dans la culture. La discrimination reste présente, malgré la modernisation et l'accès à l'information.

L'appel à des campagnes de sensibilisation, notamment dans les écoles, souligne un besoin urgent d'éducation pour changer la perception du vitiligo et réduire les préjugés. De plus, l'importance du soutien psychologique est largement reconnue, ce qui montre que l'impact du vitiligo va au-delà de la santé physique.

Conclusion :

Bien que notre étude révèle une connaissance relativement répandue du vitiligo, la stigmatisation sociale demeure un défi majeur. Il est essentiel d'améliorer l'information et de renforcer la sensibilisation afin de réduire cette stigmatisation et de favoriser une meilleure intégration sociale des personnes atteintes.

PAPULES ACRALES CHRONIQUES

Nisrine ELHAMDI, Marie Rose LAMAH, Younes ELKHACHINE, Abderrazak JAKAR, Jalal ELBENAYE Service de dermatologie, Hôpital Militaire Moulay Ismail, Meknès.

Cas 1 : Une femme de 30 ans, consulte pour des lésions chroniques douloureuses des pieds apparaissant en position debout. L'examen dermatologique trouve des papules couleurs chair, bien définies, au niveau des faces latérale et médiale des talons, plus évidentes sous pression et disparaissant au repos.

Cas 2 : Un homme de 25 ans consulte pour de nombreuses plaques asymptomatiques d'évolution lente au niveau des mains. L'examen dermatologique met en évidence de petites plaques hyperkératosiques bien circonscrites de la face dorsale des articulations interphalangiennes.

Cas 3 : Une femme de 34 ans, sans antécédents particuliers, se présente pour une éruption cutanée persistante des deux pieds depuis une quinzaine d'années. À l'examen, on note des papules rosées discrètement kératosiques, confluentes en plaques bien délimitées, intéressant les bords latéraux des pieds (en ballerine). Les papules sur les extrémités peuvent être associées à un éventail de possibilités diagnostiques, incluant des conditions dermatologiques rares et souvent peu rapportées.

La présentation clinique de ces entités peut être trompeuse et c'est la combinaison des caractéristiques anatomiques et cliniques avec l'analyse dermoscopique qui permettrait d'aboutir à un diagnostic précis. Les papules piézogéniques sont des lésions causées par la pression exercée lors du port de poids. Bien qu'elles soient fréquemment observées chez des adultes et des enfants en bonne santé, ces lésions peuvent être douloureuses et tendent généralement à être plus grandes et moins nombreuses.

Les nodules de Garrod, également connus sous le nom de coussinets des articulations, constituent une affection rare non inflammatoire. Ils se manifestent par la présence de tissu fibro-adipeux bénin, bien délimité, localisé au niveau des petites articulations des mains et des pieds.

Plus rarement, l'acrokératoélastoïdose (AKE) est une affection dermatologique caractérisée par de petites papules translucides et kératosiques, débutant le plus souvent durant l'enfance ou au début de l'âge adulte et suivant un cours chronique.

Si ces pathologies sont connues pour les dermatologues expérimentés, il n'en demeure pas moins de les rappeler pour les plus jeunes.

Introduction and objectives

The rise of artificial intelligence (AI) has transformed dermatology, where AI's image recognition and predictive capabilities hold the potential to enhance diagnostic accuracy and patient care. This study explores dermatologists' perceptions of AI's role in clinical practice, focusing on their familiarity with AI, its potential in improving the diagnostic process, and whether it is seen as a tool that could replace or complement their work. Additionally, the study examines practitioners' knowledge and concerns about AI integration into routine care.

Materials and methods

This cross-sectional study was conducted among both practicing dermatologists and residents in dermatology. Participants were recruited from various clinical settings and regions, ensuring a broad representation of dermatological practice. The survey was distributed via email to dermatologists through the Moroccan Society of Dermatology. It included questions assessing participants' experience with AI, their exposure to AI-related medical literature, and their opinions on AI's future impact. Data were collected using a structured questionnaire, with Likert-scale responses to measure agreement with various statements on AI. Statistical analyses were then performed using Jamovi (version 2.6.2) to summarize the findings.

Results

A total of 183 dermatologists from various clinical settings and regions participated in this study. The average age of participants was 39.9 years (± 13.3), with a female-to-male ratio of 3.95:1. Regarding practice settings, 77.6% worked in public institutions and 22.4% were in private practice. Among respondents, 71.92% of respondents were aware of AI in dermatology and 32.24% had read publications on that topic, but only 13.11% had used AI tools in clinical practice. 53.55% believed that AI could improve dermatology and 52.46% agreed that it should be included in medical training. However, 82.51% of participants disagreed with the idea that AI could replace dermatologists in the foreseeable future. When asked about the potential of AI, 48% and 35% believed that it could be valuable for analyzing clinical and dermoscopic images respectively. In contrast, only 25% viewed AI as a reliable tool for interpreting histopathological images.

The analytical study showed that dermatologists with less than 5 years of experience were more likely to use AI, while those with over 10 years were significantly less likely ($p < 0.05$). Female dermatologists were more supportive of AI integration into medical training compared to males ($p = 0.02$). No significant differences were found in AI use between public and private sector professionals ($p = 0.177$), nor in AI knowledge across age groups ($p = 0.556$). Further analysis revealed no significant impact of experience or workplace on its perceived ability to improve dermatology.

Discussion :

The results of this study align with existing literature, demonstrating a general belief among dermatologists that AI can enhance diagnostic accuracy, particularly in simpler clinical settings. However, practical

adoption remains limited, especially in more complex fields like histopathology and the detection of skin cancers, where human expertise is still deemed critical. Concerns about AI replacing dermatologists were also evident, with a majority of respondents rejecting this possibility. This skepticism mirrors broader views in the medical community, which question AI's ability to replicate the nuanced decision-making required for complex dermatological cases. Despite these reservations, there is robust support for incorporating AI into medical education. This finding reflects recommendations in recent studies, suggesting that early exposure to AI could better prepare future dermatologists for integrating these tools into their practice while maintaining human oversight in critical diagnostic areas.

Conclusion

This study highlights a growing interest in AI among dermatologists, with optimism regarding its potential to improve diagnostics. However, practical use remains limited, and concerns about AI's ability to replace human expertise persist. The integration of AI into medical education is crucial to ensuring its effective adoption and use in clinical practice.

Paracetamol induced severe dermatosis: about two pediatric cases

**S.AMNIUEL ,S.MESTASSI, G.MEYE , K.EL BACHA , Y.CHAMI , N.ERREIMI, Y.CHAJAI ,
M.AIT OURHROUI**

**Department of Dermatology, Department of Neonatal Intensive Care, Department of Pediatrics,
Cheikh Zaid International University Hospital, Rabat**

Abulcasis International University of Health Sciences, Rabat

Introduction:

Paracetamol is considered a relatively safe drug, even in the pediatric population, at recommended doses. Nevertheless, a few extremely rare cases of toxic epidermal necrolysis (TEN) and erythema nodosum (EN) have been documented in the literature and are thought to be related to paracetamol use. We report two pediatric cases of toxic epidermal necrolysis and erythema nodosum associated with hepatopathy following paracetamol use.

Case presentation 1: A 9-year-old child with no previous history of the disease presented with a bullous eruption covering more than 75% of the skin surface, with detachment and peeling of the epidermis and a positive Nikolsky's sign, associated with conjunctivo-oral and genital involvement. All of this evolved in a febrile context with altered general condition. It appeared 48 hours after taking Paracetamol, after a flu-like syndrome. Histology revealed a completely necrotic epidermis suggestive of TEN. The diagnosis was Lyell's syndrome. She was treated with 2g/kg immunoglobulin for 4 days, systemic corticosteroids, fluid and electrolyte rebalancing and local care. Progression was marked by complete drying of the lesions after 10 days, with a 3-month and 6-month follow-up.

Case presentation2: A 14-year-old child with no previous history of the disease presented with subcutaneous nodules with edema of the thighs, warm, bilateral, asymmetrical knots, painful to palpation, surrounded by an inflammatory halo, all located on the extension side of the legs. All of this evolved in a context of altered general condition with asthenia and weight loss (3 kgs in 2 weeks), which appeared two weeks after self-medication for mumps (5 to 6 tablets/day of paracetamol 1000 for 8 days). Biological tests

showed ALAT at 10 times and ASAT at 4 times normal, and CRP at 56mg/l. Serology for hepatitis, EBV, CMV and Quantiferon were negative. Chest X-ray and abdominal ultrasound were strictly normal. Following strong suspicion of paracetamol intoxication, the Poison Control Center was contacted and the patient was put on N-acetyl cysteine. This treatment led to clinical regression of her lesions and biological normalization of her work-up, with normal transaminases 2 weeks later.

Discussion: TEN is a serious drug-induced toxidermia, particularly dreaded in children because of its high morbidity and mortality rate, reaching 35% in the acute phase. Although the list of drugs that can cause this type of toxidermia is long, cases of TEN linked to paracetamol are rare. Hepatotoxicity remains the major adverse effect to be feared when taking this treatment. In August 2013, the FDA issued an alert on the risk of TEN associated with this drug, with 91 cases reported in the USA between 1969 and 2012. Although recent progress has been made, the pathophysiological mechanisms leading to the onset of toxidermia remain largely poorly understood to date. The role of the inducing drug seems important, but concomitant viral reactivation (causal or secondary to drug intake?) has been demonstrated in a large number of patients. This is most often a virus of the Herpes group (HHV6, HHV7, EBV, CMV). The exact interaction between the drug or its metabolites, the immune system and the virus is poorly characterized. However, it has been shown that viral reactivation can persist for several weeks after the onset of toxidermia, which may explain why symptoms persist for several weeks after the causative drug has been stopped.

The management of the syndrome is based on immediate ceasing of the offending drug, nutritional support and hydroelectrolyte control. Conservative skin care, involving disinfection with antiseptics and the use of non-sticky and sterile dressings, is currently the most effective therapeutic measure. No specific treatment exists. The use of general corticosteroids remains controversial. The most recent data do not show the efficacy of IVIg. Thalidomide is deleterious. Other treatments employed by some authors (cyclosporine, plasmapheresis, cyclophosphamide) have never been shown to be effective. A systematic review of the literature published in February 2021 on 2079 TENs shows that none of the treatments studied surpass supportive care in terms of reducing mortality rates. However, the combination of general corticosteroid therapy and IVIG is the only treatment to have shown a significant survival benefit in TEN. Ciclosporin and Etanercept appear to be interesting treatments for TEN, but the paucity of data means that no conclusions can be drawn at present.

Erythema nodosum (EN) is rare in the pediatric population. It may be primary/idiopathic in 23-55% of cases, or secondary in 47-77%. Secondary causes are varied, often of infectious origin, but can also be drug-induced. In our patient's case, the etiological work-up revealed liver damage, with no other significant abnormalities. Thus, our patient's clinical and biological improvement after antidote administration, and the absence of other underlying causes found, suggest a correlation between the two. This atypical case highlights the need for careful evaluation of clinical manifestations for accurate diagnosis and appropriate management.

Conclusion: In short, for both TEN and EN, paracetamol is an important factor to consider in the etiological evaluation. TEN is a rare toxidermia in children, associated with a high mortality rate (30% in the best intensive care units) and severe after effects. Symptomatic treatment is the cornerstone of therapy. Current disease-modifying therapies, such as immunoglobulins and corticosteroids, are the subject of debate, and require further clinical research. The etiological investigation is a very important step in the management of erythema nodosum, and must include a focused questioning, a meticulous physical examination and a minimal paraclinical work-up.

Farouk El Guennouni, Mohamed El Amraoui, Rachid Frikh, Naoufal Hjira

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

Introduction : La télé expertise médicale est une branche de télé médecine qui assure un avis spécialisé demandé par un médecin généraliste. Nous présentons les résultats de cette télé expertise pour les sinistrés du séisme.

Matériels et méthodes : étude, prospective, exploratoire, menée sur une durée de 6 mois (Octobre 2023-Mars 2024), au service de télé médecine hospitalier avec 5 séances hebdomadaires de télé expertise en dermatologie sur deux sites sinistrés : Tafingoult et Al Haouz . Les consultations sont demandées par un médecin généraliste déployé. La mallette comprend une caméra haute résolution et un dermatoscope. Un registre de consultation est rempli à la fin des séances.

Résultats : 177 Consultations ont été enregistrées : 104 hommes (59%) et 73 femmes (41%). L'âge des consultants variait entre 6 mois et 92 ans avec une médiane de 32 ans. Les dermatoses inflammatoires étaient majoritaires avec 65% des cas dominées par les eczémas. Les dermatoses infectieuses représentaient 22% des cas dominées par les viroses. Les dermatoses tumorales représentaient 6% des cas majoritairement bénins. Les génodermatoses représentaient 6% des cas, dominées par les ichtyoses et les Epidermolyse bulleuses héréditaires. 45% contrôlés et 5% des cas adressés au CHU pour prise en charge.

Discussion : Notre étude montre : la prédominance masculine et l'âge jeune des consultants, l'inversion du rapport dermatoses infectieuses sur dermatoses inflammatoires, la fréquence des génodermatoses expliquée par les mariages consanguins fréquents dans ces régions enclavées.

Également le soutien des omnipraticiens déployés et la réduction des déplacements des patients (intérêt socio-économique).

Conclusion : la dermatologie est une spécialité de télé médecine par excellence, sa généralisation sur le territoire national sera bénéfique.

Pemphigoïde bulleuse à Marrakech

Imane HAKIM, Ghizlane MOUSSADEQ, Layla BENDAOU, Maryem ABOUDOURIB, Said AMAL, Ouafa HOCAR

Service de Dermatologie, CHU Mohammed VI - Marrakech

Laboratoire de Biosciences, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, Maroc

Introduction

La pemphigoïde bulleuse est une dermatose bulleuse auto-immune sous-épidermique. Elle est la plus fréquente des maladies bulleuses auto-immunes acquises. Son incidence a augmenté au cours des dernières décennies en raison du vieillissement de la population. Son traitement reste difficile du fait de l'âge avancé des malades et des fréquentes comorbidités.

Objectif

Le but de notre travail est d'étudier le profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif de la pemphigoïde bulleuse à Marrakech.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive incluant tous les patients hospitalisés dans notre service de dermatologie du CHU Mohammed VI de Marrakech pour pemphigoïde bulleuse confirmée, sur une durée de 10 ans allant de Janvier 2013 à Janvier 2023.

Résultats

Nous avons colligé 87 patients atteints de pemphigoïde bulleuse, avec une nette prédominance féminine. Le sex-ratio était de H/F = 0,4. L'âge moyen de nos malades était de 63,8 ans, avec des extrêmes allant de 6 ans à 96 ans. Le phototype variait du III à IV. 62% des patients étaient d'origine urbaine. Le niveau socio-économique était considéré bas dans 73% des cas. L'association à des pathologies neuro-psychiatriques était retrouvée chez 10 cas (11%) avec 5 cas d'accidents vasculaires cérébraux (5,74%), 3 cas de troubles psychiques (3,44%), 1 cas de démence et d'épilepsie chacun (1,14%). D'autres comorbidités étaient notées notamment l'hypertension artérielle dans 27 cas (31%), le diabète dans 15 cas (17%) et l'insuffisance rénale chronique dans 2 cas (2%). Le prurit était quasi constant dans plus de 96,5% des cas. L'atteinte muqueuse était présente dans 40% des cas. Le score d'activité BDPAI était modéré dans 51% des cas, léger dans 31% des cas et sévère dans 18% des cas. Les formes cliniques de notre série étaient prédominées par la pemphigoïde bulleuse (76%), suivie de la pemphigoïde gestationis (13%), puis la pemphigoïde cicatricielle (8%), et 3 cas de la pemphigoïde de l'enfant (3%). Une hyperéosinophilie était notée chez 56 patients (64%). Les complications liées à la maladie étaient à type de surinfection cutanée (56%) et d'infections urinaires (27,58%). Un choc septique était noté chez un seul patient. Un seul décès était enregistré. Sur le plan thérapeutique, la corticothérapie locale classe forte seule (20 à 30 g/j) était prescrite dans 47 cas (54,02%). La corticothérapie orale (0,5 à 1,5mg/kg/j) était administrée chez 74 patients (85%). L'adjonction d'un immunosuppresseur était indiquée dans 12 cas (13,8%), avec 2 cas ayant reçus le méthotrexate (5 à 20 mg/semaine) et 9 cas de cyclophosphamide (Bolus de 1g à une moyenne de 3 bolus). La dapsone (50 à 100 mg/j) était prescrite chez 7 malades. La durée moyenne de l'hospitalisation était de 20 jours. Le coût moyen de chaque hospitalisation était de 5480 DH.

Discussion

La pemphigoïde bulleuse est la dermatose bulleuse auto-immune la plus fréquente. Elle touche principalement les personnes âgées, au cours de la huitième décennie de leur vie, sans prédilection pour le sexe, avec de rares rapports de cas chez les enfants et les adolescents. Le diagnostic repose sur une corrélation minutieuse entre les caractéristiques cliniques et les résultats immunopathologiques : analyse histologique d'une biopsie cutanée, immunofluorescence directe et indirecte. Comme la pemphigoïde bulleuse peut avoir une présentation polymorphe, un large éventail de diagnostics différentiels doit être envisagé : pemphigus foliacé, pemphigus herpétiforme, dermatose bulleuse à IgA linéaire, épidermolyse bulleuse acquise, lupus érythémateux bulleux, eczéma, urticaire, prurigo, impétigo, érythème polymorphe, syndrome de Sweet, nécrolyse épidermique toxique et prurit autotoxique. La pemphigoïde bulleuse est une maladie chronique récurrente qui touche les personnes âgées présentant souvent de multiples comorbidités et une déficience fonctionnelle. Les complications liées à la maladie, telles que les infections secondaires (pneumonie et l'infection des voies urinaires) entraînant une hospitalisation et une septicémie. Ainsi que les effets indésirables des médicaments nécessaires au contrôle de la maladie se traduisent par une mortalité plus élevée. Les facteurs de risque liés à l'augmentation de la mortalité sont l'âge avancé, les troubles neurologiques (démence, y compris la maladie d'Alzheimer, et les accidents vasculaires cérébraux) et l'augmentation des taux sériques d'IgG anti-BP180. En traitement de première intention, la corticothérapie locale à forte dose reste un traitement de choix quelle que soit la sévérité de la pemphigoïde bulleuse. Une corticothérapie orale semble être envisageable en alternative dans les formes légères à modérées. L'association du méthotrexate avec une corticothérapie locale forte initiale semble être une option efficace avec diminution du taux de rechute. L'utilisation du rituximab et de l'omalizumab dans les formes résistantes nécessite des études contrôlées sur de larges effectifs afin de confirmer leur efficacité. Les Ig IV semblent permettre un contrôle rapide des formes de pemphigoïde bulleuse résistantes ou sévères sans bénéfice cependant sur le maintien de la réponse clinique à moyen ou long terme.

Conclusion

La pemphigoïde bulleuse est typiquement une maladie chronique avec des rechutes imprévisibles. Son taux de mortalité est plus élevé en raison de la population âgée. Plus elle est traitée rapidement et correctement, meilleur est le pronostic. D'où l'intérêt d'établir des recommandations nationales afin de codifier la prise en charge.

Résultats préliminaires de l'étude : Connaissances et attitudes vis-à-vis du vitiligo la population consultant en dermatologie

M. Khallouki^{1, 2}; M. Houbayeli^{1, 2}; L. Bendaoud^{1, 2}; M. Aboudourib¹, S.Amal¹, O. Hocar^{1,2}

¹Service de dermatologie, chu mohamed vi, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, Maroc; ²Laboratoire Biosciences et santé, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech -Univeristé Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Introduction :

Le vitiligo est une affection cutanée acquise à médiation immunitaire. Bien que le vitiligo ne soit pas dangereux, il a un impact psychologique important ce qui peut diminuer la qualité de vie des patients et amplifier la stigmatisation sociale.. Notre étude a pour objectif d'évaluer les connaissances et les attitudes de la population consultant au service de dermatologie vis-à-vis du vitiligo car elles jouent un rôle crucial dans la perception sociale de la maladie et dans l'intégration des personnes atteintes.

Matériels et méthodes :

Nous avons mené une étude transversale de Mai à Septembre 2024 auprès de 150 personnes consultant au service de Dermatologie. Les participants devraient être âgés de plus de 18 ans, ne pas être atteints de vitiligo, et ne pas vivre sous le même toit avec une personne atteinte de vitiligo. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire structuré. L'évaluation des connaissances a été faite par un score de connaissance et un score d'attitude permettant de classer les participants .Les données ont été saisies dans SPSS pour analyse statistique.

Résultats :

L'âge moyen était de 43,03 ans. Les femmes représentaient 66%de l'échantillon. La source d'information sur le vitiligo était l'entourage chez 90,7 % des participants. La connaissance du vitiligo était suffisante chez 94%des participants : la plupart des interrogés (84%) ont reconnu que le vitiligo a un impact sur la vie sociale des patients et 86% ont affirmé que le vitiligo n'est pas une maladie contagieuse, 82,7% ont considéré le vitiligo comme non dangereux. Mais il y avait juste 45 % des participants qui ont approuvé qu'il existe un traitement pour le vitiligo, 48 % qui ont considéré le vitiligo comme maladie non héréditaire et 52% qui ont affirmé que le vitiligo est associé à des habitudes alimentaires. Une analyse des facteurs associés à une meilleure connaissance du vitiligo a montré que le genre féminin était associé à une connaissance suffisante de cette condition (p-value de 0,026).Les professionnels de santé ont montré une connaissance suffisante du vitiligo bien qu'ils ne représentaient que 3,3% de l'échantillon .La plupart des participants (86,6%)montraient une attitude positive avec 76,6% des participant qui acceptaient d'employer un patient atteint de vitiligo , aussi 82 % acceptaient d'être servi par un patient vitiligo et 60% qui acceptaient de serrer la main à un malade de vitiligo sans avoir peur d'être contaminé .Une proportion considérable de l'échantillon(49%) n'acceptaient pas d'épouser un patient atteint de vitiligo et 17% sont incertains de leur choix. Un pourcentage de 86% affirmaient qu'il existe un manque d'information et de sensibilisation sur le vitiligo .L'analyse des résultats a montré une association forte entre une connaissance suffisante du vitiligo et l'attitude positive des participants avec une différence statistiquement significative $p<0,001$.

Discussion :

Bien que 94% des participants aient une connaissance suffisante du vitiligo, les croyances concernant l'existence d'un traitement, l'hérédité et les associations alimentaires témoignent de la persistance d'idées erronées pouvant être en rapport avec un défaut d'information. Une étude de Fatani et al montrait 36% des participants qui pensaient que le vitiligo est non héréditaire, 52% l'associaient à des habitudes alimentaires et 57% croyaient qu'il existe un traitement pour le vitiligo. Une étude al Ghamdi et al a montré que les idées fausses et attitudes négatives du public à l'égard du vitiligo sont répandues et affectent la qualité de vie des patients atteints vitiligo. Nos résultats montrent qu'une connaissance suffisante du vitiligo est associée à une attitude positive à l'égard du vitiligo, quoique le vitiligo constitue toujours une barrière sociale vu que 49% des participants n'ont pas accepté d'épouser un malade atteint de vitiligo, et 86% ont affirmé que le vitiligo a un impact sur la vie sociale des patients.

Conclusion :

Il est important de souligner l'intérêt d'initiatives éducatives surtout que la plupart des participants affirment qu'il existe un manque de sensibilisation ; ces initiatives pourraient contribuer à réduire la stigmatisation sociale liée au vitiligo et améliorer la qualité de vies personnes atteintes.

La maladie lupique : Etude sur 23 ans au sein du service de dermatologie de Rabat à propos de 222 cas.

G.Filali, O.Essadeq, N.Ammar, S.Hamada, M.Meziane, N.Ismaili , L.Benzekri , K.Senouci

Introduction :

Le terme lupus érythémateux désigne un ensemble de manifestations qui vont d'une atteinte cutanée isolée jusqu'à une maladie multi viscérale grave dans le cadre du lupus érythémateux systémique (LES). Il s'agit d'une maladie auto-immune à prédominance féminine, rare chez l'homme. Le diagnostic du lupus cutané repose sur l'aspect clinique et la confirmation immuno-histologique et celui du lupus systémique est retenu selon les critères de l'American Rheumatology Association (ARA).

Méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive prospective menée dans un centre unique sur des patients diagnostiqués avec un lupus et hospitalisés dans le service de dermatologie à Rabat, au Maroc. L'étude a été réalisée sur une période de 23 ans, de 2001 à 2023. Nous avons analysé les paramètres épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs des patients.

Résultats :

Un total de 222 patients a été inclus dans l'étude. L'âge moyen des patients était de 40 ans, avec des extrêmes allant de 15 à 80 ans, et une nette prédominance féminine représentant 77 % du total. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 33 ans, avec un délai moyen de 2 ans entre l'apparition des symptômes et le diagnostic. Tous les patients présentaient une atteinte cutanée du lupus. Parmi eux, 29 avaient un lupus érythémateux cutané aigu (ACLE), 12 avaient un lupus érythémateux cutané subaigu (SCLE), et 181 avaient un lupus érythémateux cutané chronique (CCLE). Parmi les patients atteints de CCLE, 175 avaient un lupus érythémateux discoïde (LED). Le prurit a été signalé chez 64 patients, tandis que la photosensibilité était présente chez 159 patients. La plupart des patients (69 %) avaient un phototype foncé (IV et V). Les principales comorbidités associées étaient l'hypertension, le vitiligo, le diabète, la thyroïdite auto-immune.

Les paramètres inflammatoires étaient perturbés : 80 patients avaient une vitesse de sédimentation des érythrocytes (VSE) allongée et 15 avaient une protéine C-réactive (CRP) positive. Dans notre série, 99 patients avaient une anémie, suivie de lymphopénie chez 49 des patients et une thrombopénie chez 9 patients. Le profil immunologique a révélé une positivité des anticorps antinucléaires chez 120 patients. Les

anticorps anti-ADN prédominaient chez 53 patients. Le complément C3 était consommé chez 49 patients et le C4 chez 39 patients. Une photoprotection solaire a été prescrite chez tous nos patients, 39 % d'entre eux étaient sous chloroquine ainsi que 31 % étaient sous Hydroxychloroquine.

Conclusion :

Notre série illustre les polymorphismes épidémiologiques, clinique du Lupus dans toutes ses formes, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs. Le diagnostic précoce et une prise en charge adaptée sont essentiels pour améliorer la qualité de vie des patients. Néanmoins, la sensibilisation et l'éducation autour du lupus restent cruciales pour soutenir les patients touchés et promouvoir une meilleure compréhension de cette maladie.

Les Jambes aux Urgences

M. Habibi ; H. El hassani Taib ; H.Taounza ;N.Ammar ;S. Hamada ; N. Ismaili; M. Meziane ; L. Benzekri, K. Senouci

Service de dermatologie et de vénérologie, CHU Ibn Sina de Rabat

Introduction Les urgences dermatologiques sont fréquentes et représentent un défi diagnostique et thérapeutique. Les atteintes au niveau des jambes sont particulièrement préoccupantes en raison de la diversité des pathologies possibles : infections, pathologies vasculaires, inflammations, et traumatismes. Les patients se présentent souvent aux urgences avec des lésions cutanées polymorphes des membres inférieurs, nécessitant une prise en charge rapide et efficace.

Un diagnostic différentiel peut être complexe car certaines pathologies graves peuvent avoir des manifestations similaires à des affections bénignes.

Matériel et méthodes

Notre travail est une étude rétrospective d'une durée de 27 mois, allant de juin 2022 à septembre 2024, portant sur les patients consultant aux urgences du CHU d'Avicenne ainsi que sur ceux hospitalisés au sein des différents services où un avis dermatologique a été sollicité au cours des gardes . Cette étude a permis d'identifier les principales pathologies dermatologiques des jambes consultées aux urgences et d'évaluer la fréquence de ces affections ainsi que leur répartition selon des facteurs comme l'âge, le sexe, et les antécédents médicaux.

Résultats

Sur les 516 patients recrutés, l'âge moyen était de 42 ans, avec une prédominance féminine (64%). Les diagnostics les plus fréquents étaient les érysipèles 51,3% , les œdèmes des membres inférieurs avec bulles mécaniques 7,1%, et les ulcères de jambes 5,5% et d'autres diagnostics moins fréquent . Le taux d'hospitalisations était estimé à 30 % principalement pour les érysipèles chez les patients âgés avec des tares.

Le taux de décès était faible estimé à presque 2 % principalement chez les patients qui présentaient des fasciites nécrosantes et la non amélioration des lésions à 10 % principalement pour les ulcères de jambes et les lymphœdèmes .

Conclusion

Cette étude confirme que les urgences dermatologiques peuvent être vitales cependant un nombre considérable de patients se présente pour des pathologies chroniques et non urgentes . Un triage minutieux et une sensibilisation de la population sont nécessaires pour pallier cette tendance.

Acide Tranexamique pour le traitement de la rosacée érythémato-télangiectasique

Moumna Rasha*, Khachani Kenza*, Hamada Syrine*, Ismaili Nadia*, Benzekri Laila*, Senouci Karima*,
Meziane Mariame*

**Dermatology Department of IBN SINA University Hospital, Rabat.*

INTRODUCTION : La rosacée est une dermatose faciale chronique pouvant affecter négativement la qualité de vie et l'estime de soi. La rosacée érythémato-télangiectasique est le sous-type le plus fréquent et peut parfois être difficile à traiter. L'acide tranexamique (ATX) est un anti-fibrinolytique qui suscite un intérêt croissant dans le traitement de la rosacée.

MATERIALS AND METHODS

Nous avons mené une étude prospective observationnelle, descriptive et analytique, colligeant les patients ayant consulté pour une rosacée érythémato-télangiectasique entre janvier et mars 2024 et qui ont été traités par ATX. Nous avons scindé les patients en 3 groupes d'étude :

- Le groupe 1 a reçu l'ATX par voie orale (250mg×2/j).
- Le groupe 2 a appliqué une solution d'ATX 10% par voie topique, 2 fois par jour.
- Le groupe 3 a appliqué des compresses imbibées d'ATX 10%, 2 fois par semaine.

Après 3 mois de traitement, l'amélioration a été évaluée par l'échelle d'évaluation globale du médecin ou PGA, l'échelle d'évaluation globale par l'investigateur de la sévérité de la rosacée ou IGA-RSS, l'indice de surface et de gravité de la rosacée ou RASI, l'indice de qualité de vie en dermatologie ou DLQI et par l'analyse dermoscopique. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide de la version 2.3 du logiciel Jamovi.

RESULTATS:

Nous avons inclus 24 patientes réparties en 3 groupes de 8, toutes atteintes de rosacée érythémato-télangiectasique sans contre-indication à l'ATX. Parmi elles, 25 % présentaient une rosacée cortico-induite. Après 3 mois de traitement, l'amélioration clinique était jugée bonne à excellente chez la majorité des patientes selon l'échelle PGA. Nous avons aussi noté une réduction statistiquement significative de la médiane d'IGA-RSS, du RASI et du DLQI dans les 3 groupes. De plus, nous avons démontré une différence significative entre les 3 groupes en termes de réduction de l'IGA-RSS, avec une supériorité du groupe 1, suivi du groupe 2 puis 3. L'examen dermoscopique a confirmé l'amélioration clinique en objectivant une diminution de l'érythème, ainsi que du nombre, du calibre et des ramifications des vaisseaux. Des bénéfices secondaires ont été observés comme une amélioration de l'hydratation cutanée et de l'hyperpigmentation post-inflammatoire chez 4 patientes. Le traitement a été bien toléré, avec un seul cas d'oligo-ménorrhée spontanément résolutive.

DISCUSSION

La prise en charge de la rosacée érythémato-télangiectasique est relativement complexe, souvent limitée aux traitements par lasers, qui bien que efficaces, restent coûteux et associés à des effets indésirables comme le purpura ou l'hyperpigmentation post-inflammatoire, surtout dans notre contexte de peaux majoritairement foncées. L'ATX apparaît comme une alternative prometteuse, ciblant le réseau vasculaire et l'érythème persistant, tout en renforçant la barrière cutanée. Notre étude, avec le plus grand échantillon de patients atteints de rosacée traités par ATX à ce jour, est la première à comparer l'efficacité des formes orales et topiques à travers des critères cliniques, dermoscopiques et psychologiques. Notre étude, en accord avec la littérature, démontre l'efficacité et l'innocuité de l'ATX dans le traitement de la rosacée érythémato-télangiectasique. Des essais randomisés de plus grande envergure sont cependant nécessaires pour confirmer ces observations.

CONCLUSION

L'ATX semble être un traitement bien toléré, abordable et efficace pour la rosacée érythémato-télangiectasique, particulièrement adapté aux phototypes foncés à risque d'hyperpigmentation post-inflammatoire.

Perceptions and awareness of skin cancer risk factors, and photoprotection practices

= Analytical and descriptive cross-sectional study of 450 patients

Fatima Zohra El ali , MD¹, Ouiame El Jouari , Asst. Prof¹, Nadia Handous, MD¹, Sara Marraha MD¹, Salim Gallouj, Prof¹

¹Department of Dermatology, Moahmed VI University Hospital Center of Tangier, Morocco.

Introduction

Skin cancer is one of the most prevalent forms of cancer globally, with increasing incidence rates observed in recent decades. This rise can be attributed to various factors, including heightened exposure to ultraviolet (UV) radiation, changes in lifestyle, and inadequate protective measures against sun damage.

Despite the well-documented risks associated with UV radiation, awareness and knowledge regarding skin cancer risk factors and the importance of photoprotection practices remain variable among different populations

This survey aims to explore the perceptions and awareness of skin cancer risk factors to provide insights that can inform public health campaigns and educational strategies

Materials and Methods

This descriptive-analytic study was conducted using data from a structured survey , we included 450 respondents, The questionnaire covered three main sections :Demographic Information , Awareness of Skin Cancer , and Photoprotection Practices , The data were analyzed using Jamovi software (version 2.3.28) , A p-value of <0.05 was considered statistically significant

Results

In this survey, 71.1% of the respondents were female, and 28.9% were male. The age group most represented was those aged 55 years and above (42.2%), while the least represented were those aged 18-34 years (22.2%). Regarding education, the majority (86.7%) had a university education, and the smallest group was illiterate (2.2%). For skin cancer awareness, 31.1% of respondents were very familiar with the disease, while 13.3% reported no familiarity at all. There was a significant correlation between gender and skin cancer awareness ($p < 0.001$). Women were more aware of skin cancer risks compared to men. Additionally, education level was significantly associated with awareness: respondents with higher education, particularly university degrees, were more knowledgeable ($p < 0.001$).

Concerning the knowledge of risk factors, 71.1% were very aware of prolonged sun exposure, with only 11.1% having no awareness. Similarly, 73.3% were highly aware of UV exposure risks, but 15.6% were not at all aware. For family history of skin cancer, 34.4% were very aware, while 35.6% had no awareness. Regarding awareness of light skin type as a risk factor, 57.8% were very aware, while 17.8% were not aware at all. These levels of awareness were positively correlated with education, meaning that those with

university education had significantly higher awareness of these risk factors ($p < 0.001$). In terms of self-examinations, 44.4% of respondents never checked their skin for suspicious moles or lesions, while only 6.7% did so every six months. There was a highly significant correlation between age and self-examination practices ($p < 0.001$). Older respondents, particularly those over 55, were more likely to perform self-examinations compared to younger respondents. This highlights that as individuals age, they become more attentive to checking for signs of skin abnormalities. Furthermore, education was also correlated with self-examination, as those with university-level education were more likely to check their skin regularly ($p < 0.001$). When asked about the ABCDE criteria for identifying melanomas, 46.7% of respondents were unaware, while 46.7% were knowledgeable. For photoprotection practices, 26.7% reported often applying sunscreen, but 17.8% said they never used it. In terms of SPF level, 62.2% preferred SPF 50+, with the lowest percentage (11.1%) using SPF 30 or lower. There was a significant correlation between education level and sunscreen use ($p < 0.001$), with university-educated individuals applying sunscreen more frequently and choosing higher SPF levels. Additionally, age also influenced sunscreen use: older individuals were more likely to use sunscreen consistently, reflecting their greater awareness of the risks ($p < 0.001$). Only 40% reported using sunscreen with UVA protection, and 44.4% were unsure. As for protective clothing, 46.7% frequently wore it, while no respondents reported never using protective clothing. Regarding seeking shade during peak sunlight hours, 44.4% did so often, while only 2.2% reported never seeking shade.

The most commonly reported barrier to adopting photoprotection practices was forgetfulness (68.9%), while only 6.7% mentioned societal beauty norms as a barrier. Finally, when it came to sources of information, healthcare professionals were the most used source (68.9%), while magazines and newspapers were the least utilized (13.3%).

Discussion

This study aimed to assess the relationship between demographic factors, such as gender, age, and education, and behaviors related to skin cancer awareness, self-examination, and sun protection. The findings reveal significant correlations between these variables, aligning with previous research. The results indicate that women are generally more aware of skin cancer risks and more likely to use sunscreen than men. A review on skin protection behaviors found that women reported using sunscreen and seeking shade more frequently than men, who tended to engage in fewer sun protection behaviors overall (1, 2). This trend can be explained by differences in health beliefs and social norms, which often promote more health-conscious behaviors among women (3).

Moreover, gender differences in sun protection behaviors may also be influenced by external factors such as social support and health recommendations. Research shows that women are more likely to receive advice from healthcare providers about sun protection, which could enhance their preventive behaviors (4).

Age was found to be significantly correlated with self-examination behaviors, with older respondents performing self-checks more frequently than younger ones. This finding is consistent with studies showing that older adults, particularly those at higher risk of skin cancer, are more likely to engage in regular self-examinations (5). Melanoma survivors, for example, are known to adopt better sun protection and self-examination behaviors due to their heightened awareness of the risks (6).

The literature also highlights that educational interventions, especially those targeting younger populations, can significantly improve self-examination practices. A study among adolescents found that psycho-educational programs focusing on skin cancer awareness increased both self-examinations and sunscreen use, reinforcing the importance of early intervention (7).

Education level was one of the strongest predictors of sun protection behaviors in this study, with individuals possessing higher education being more likely to use sunscreen regularly and select higher SPF levels. This aligns with previous research showing that higher education levels are associated with better health literacy, which in turn leads to more proactive health behaviors (8). In a study conducted on high-risk groups, individuals with more education were found to have greater knowledge of skin cancer risk factors, which translated into higher rates of sun protection behavior (9).

Educational programs, particularly those based on the Health Belief Model, have proven effective in promoting skin cancer prevention behaviors. These programs help individuals understand the perceived benefits of sun protection while addressing common barriers, such as inconvenience or forgetfulness (10, 11).

Sociocultural factors also play a crucial role in shaping sun protection behaviors. Research suggests that cultural norms and beliefs about appearance can influence people's willingness to engage in sun protection. For example, individuals in cultures that prioritize tanned skin as a beauty standard may be less likely to use sunscreen (12). Addressing these sociocultural barriers through public health campaigns could help shift perceptions and encourage healthier behaviors.

Conclusion

This study highlights the significant impact of demographic factors—gender, age, and education—on skin cancer prevention behaviors. Women and individuals with higher education were more proactive in sun protection and skin cancer awareness, while older adults engaged more in self-examinations. These findings emphasize the need for targeted public health interventions, particularly for men, younger individuals, and those with lower education, to improve skin cancer prevention and early detection efforts. Addressing these disparities through education and awareness campaigns could significantly reduce skin cancer incidence.

References

1. Manne S, Lessin S. Prevalence and correlates of sun protection and skin self-examination practices among cutaneous malignant melanoma survivors. **Journal of Behavioral Medicine**. 2006;29(5):419-434.
2. Jackson KM, Aiken LS. A psychosocial model of sun protection and sunbathing in young women: the impact of health beliefs, attitudes, norms, and self-efficacy for sun protection. **Health Psychology**. 2000;19(5):469.
3. Nahar VK, Black WH, Ford MA, et al. Factors influencing sun protection behaviors among patients with skin cancer: an application of the information–motivation–behavioral skills model. **Journal of Dermatology Nurses Association**. 2019;11(5):199-207.
4. Plotnikoff RC, Lippke S, Courneya KS, et al. Physical activity and social cognitive theory: a test in a population sample of adults with type 1 or type 2 diabetes. **Applied Psychology**. 2008;57(4):628-643.
5. Jeihooni AK, Rakhshani T. The effect of educational intervention based on health belief model and social support on promoting skin cancer preventive behaviors in a sample of Iranian farmers. **Journal of Cancer Education**. 2019;34(2):392-401.
6. Nahar VK, Ford MA, Hallam JS, et al. Socio-demographic and psychological correlates of sun protection behaviors among outdoor workers: a review. **Journal of Skin Cancer**. 2013;1:1-10.
7. Falzone AE, Brindis CD, Chren MM, et al. Teens, social media, and skin cancer: a new frontier for health educators. **Psychology Research and Behavior Management**. 2017;7:9-14.

8. Campbell HS, Birdsell JM. Knowledge, beliefs, and sun protection behaviors of Alberta adults. **Preventive Medicine**. 1994;23(2):160-166.
9. Carmel S, Shani E, Rosenberg L. The role of age and an expanded health belief model in predicting skin cancer protective behavior. **Health Education Research**. 1994;9(4):433-447.
10. Sharma M. Theoretical foundations of health education and health promotion. **Jones Bartlett Learning**; 2017.
11. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior: theory, research, and practice. **John Wiley & Sons**; 2015.
12. Branstrom R, Ullen H, Brandberg Y. Attitudes, subjective norms and perception of behavioral control as predictors of sun-related behavior in Swedish adults. **Preventive Medicine**. 2004;39(5):992-999.

Prurigo pigmentosa: une entité rare à ne pas méconnaître

C.FIKRI, M. ABOUDOURIB, L. BENDAOU, O. HOCAR, S. AMAL

Service de dermatologie, Laboratoire Biosciences et santé, CHU Mohammed VI-Marrakech-Maroc, Faculté de médecine et de pharmacie-université Cadi Ayyad

Introduction:

Le prurigo pigmentosa est une dermatose inflammatoire rare d'étiologie inconnue. Elle est plus fréquemment rapportée en Japon mais quelques cas ont été rapportés dans d'autres pays.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective analytique, réalisée sur une période de 2 ans et demi allant de Janvier 2022 à aout 2024, au sein de notre centre hospitalier universitaire, intéressant les cas de prurigo pigmentosa. Le diagnostic a été retenu selon les critères clinique-anatomiques évocateurs.

Résultats :

Nous avons recensé 5 patients, 4 cas de sexe féminin (80%), l'Age moyen était de 25.4 ans (19-25). La durée d'évolution des symptômes variait entre 10 à 30 jours. Un facteur favorisant était trouvé chez tous les patients ; vomissements incoercibles sur grossesse au 1er trimestre chez 2 patientes (40%), régime cétogène chez 2 patientes (40%), et une hypersudation chez un patient (20%).

Tous les patients présentaient une éruption papulovésiculeuse prurigineuse, laissant en place une hyperpigmentation réticulée. Le dos et le thorax étaient touché chez 4 patients (80%), et seulement le thorax chez 1 patient. Une cétonurie a la bandelette urinaire a été positif chez 2 patientes, dont une avait une acidose associée

La biopsie cutanée a été faite chez 4 patients, montrant une spongiose, avec infiltration du derme par des éosinophile, neutrophile ou lymphocytes.

L'évolution était spontanément favorable chez les 2 patientes enceintes, après résolution des vomissements, favorable sous doxycycline 200mg/j pendant 2 à 4 semaines chez 3 patients. 1 cas de récurrence a été noté chez le patient ayant une hypersudation, après un délai de 04 mois du dernier épisode.

Discussion:

Le prurigo pigmentosa (PP) est une dermatose inflammatoire rare, peu connue, qui prédomine chez les jeunes femmes, comme mentionné dans la série de Asfandyar Mufti et al, 72.1% des femmes âgée en Moyenne de 25.6 ans, la durée d'évolution est très variable selon les séries, avec une marge allant de 10mois à 4 ans.

Les facteurs favorisants sont très variables, ayant en commun un terrain exposant à l'élévation du taux de l'acétone dans le sang ou urinaire. Comme illustré dans notre série ou on avait 2 cas de cétonurie, sur vomissement gravidique ou régime cétogène.

D'autres facteurs sont décrits dans la littérature comme la friction, l'hypersudation, un stress chronique, la chirurgie bariatrique, et le jeun de 15h, ce qui rend la physiopathologie encore mystérieuse de cette entité. Cliniquement on trouve toujours des papules érythémateuses prurigineuses, laissant en place une pigmentation réticulée caractéristique. De localisation majoritairement au niveau du dos et le thorax. La biopsie n'est pas spécifique, elle dépend du stade de l'éruption ou elle a été faite. L'évolution est spontanément favorable après correction du facteur causal, toutefois un traitement médicamenteux est parfois nécessaire, à base de cycline, dans 40% dans notre série, la dapsone, l'isotretinoïne, la colchicine, les dermocorticoïdes ou tacrolimus topic pour le prurit.

Conclusion :

A travers cette série de cas, nous soulignons l'importance de bien connaître cette entité afin de prendre en charge précocement et efficacement ces patients. Ceci permet l'obtention d'une rémission des poussée inflammatoires et d'éviter l'installation des cicatrices hyperpigmentées.

DRESS Syndrome : L'histoire complète !

Expérience du service de dermatologie de Fès à propos de 72 patients

G. Sqalli¹, Z. Douhi¹, O. Zouine¹, M. Soughi¹, S. Elloudi¹, H. Baybay¹, M. Moukafih², M. Omari³, K. Elrahzi³, Fz. Mernissi¹

¹Service de Dermatologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc

²Unité de Pharmacovigilance, CHU Hassan II, Fès, Maroc

³Laboratoire d'Épidémiologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie et Médecine Dentaire, Sidi Mohammed Ben Abdellah, Fès, Maroc

Introduction

La réaction médicamenteuse avec éosinophilie et symptômes systémiques (DRESS, pour *Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms*) est une toxidermie sévère impliquant plusieurs organes internes, responsable d'un taux de mortalité pouvant atteindre 10 % . Les médicaments les plus souvent en cause sont l'allopurinol, les antiépileptiques, la dapsone, la minocycline et les sulfamides. La physiopathologie est multifactorielle, impliquant des facteurs génétiques et des réactivations virales, notamment le CMV, EBV et HHV6 . Le DRESS est une maladie chronique marquée par des rechutes et des séquelles cutanéomuqueuses et systémiques à long terme.

Objectif

Décrire le profil épidémiologique, clinique (cutané et systémique), thérapeutique et évolutif des patients dans notre contexte.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive menée sur 14 ans (de 2014 à mars 2024) incluant tous les patients hospitalisés pour un syndrome DRESS dans le service de dermatologie de Fès. Le diagnostic a été posé sur des critères anamnestiques, chronologiques, biologiques et histologiques, en tenant compte des résultats de pharmacovigilance. Le score RegiSCAR a été calculé chez nos patients. L'analyse des dossiers a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS version 26.

Résultats

Nous avons recensé 72 patients, avec un ratio hommes/femmes de 0,6. L'âge moyen était de 56 ans. Parmi les antécédents, 20,8 % des patients étaient diabétiques, 37,5 % avaient des antécédents cardiovasculaires, 8,3 % souffraient d'une maladie rénale, et 8,3 % d'une néoplasie. Le score RegiSCAR a révélé que 8,3 % des cas étaient "définis", 44,4 % "possibles" et 47,2 % "probables". Le délai de latence médian était de 5 semaines. Les médicaments les plus incriminés étaient l'allopurinol (51,4 %), les neuroleptiques (18,1 %), les antibiotiques (9,7 %), la salazopyrine (6,9 %) et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (4,2 %). Sur le plan cutané, les manifestations les plus fréquentes étaient le rash maculo-papuleux (49,3 %) et l'érythrodermie (26,8 %), suivis de l'exanthème morbilliforme et de l'érythème polymorphe. Une atteinte muqueuse était présente chez 54 % des patients, principalement au niveau buccal. Sur le plan systémique, le foie était touché chez 48 % des patients et les reins chez 52 %. L'atteinte hépatique, ou *drug-induced liver injury* (DILI), était cytolytique chez 50 %, cholestatique chez 35,3 % et mixte chez 14,7 %. Une insuffisance rénale fonctionnelle a été observée chez 68,4 % des patients et une nécrose tubulaire aiguë chez 31,6 %. L'analyse a montré que le rash maculo-papuleux et l'érythrodermie étaient les plus souvent associés aux atteintes hépatiques et rénales. L'allopurinol était principalement responsable des érythrodermies, tandis que les antibiotiques, neuroleptiques et salazopyrine étaient associés au rash maculo-papuleux. Aucune de ces associations n'était statistiquement significative. Cependant, la salazopyrine était significativement liée à la dysfonction hépatique. L'hyperéosinophilie a été notée chez 81 % des patients. Sur le plan thérapeutique, après arrêt du médicament en cause, 83,4 % des patients ont reçu un traitement local (préparations magistrales chez 66,7 % ou béthaméthasone 30 g chez 16,7 %). Des corticoïdes systémiques ont été administrés à 31,9 % des patients (500 mg à 1 g de méthylprednisolone IV pendant 3 jours, suivis de prednisone orale à 0,5-1 g avec une réduction progressive sur 6 mois à 1 an). Les principales indications pour la corticothérapie étaient les atteintes systémiques et l'hyperéosinophilie. En termes de pronostic, 8,3 % des patients sont décédés, principalement en raison d'une défaillance multi-viscérale (16,6 %), de sepsis (33,33 %), d'atteintes systémiques rénales (33,33 %) ou d'une décompensation des comorbidités (16,6 %). À moyen et long terme, des séquelles systémiques (dysthyroïdies) ont été observées chez 4,2 % des patients, et des séquelles cutanéomuqueuses chez 38,8 % (hyperpigmentation post-inflammatoire, xérose, eczéma craquelé, éruptions naéviqes post-érythrodermie, alopecie, érosions aphteuses buccales).

Conclusion

Le DRESS est une toxidermie grave et potentiellement mortelle. Dans notre contexte, l'allopurinol est le principal responsable, entraînant des érythrodermies et des rashes compliqués par des atteintes hépatiques et rénales. La similitude de nos résultats avec d'autres études nationales suggère la nécessité d'une étude génétique pour identifier l'allèle HLA responsable.

Vitiligo et comorbidités : à quoi s'attendre ?

BOUGHALEB.S¹ – SOUGHI.M¹ - DOUHI.Z¹ - ELLOUDI.S¹ – BAYBAY.H¹ – MERNISSI.FZ¹

¹Service de dermatologie et vénérologie – CHU Hassan II – Fès – Maroc

Introduction : Le vitiligo est une maladie auto-immune acquise qui se traduit par une perte de pigmentation de la peau. Sa pathogénie fait encore l'objet de débats et on considère qu'elle repose sur de multiples voies impliquant la génétique, l'auto-immunité, le stress oxydatif et des anomalies du système neuronal. Les mécanismes sous-jacents peuvent expliquer pourquoi d'autres pathologies auto-immunes peuvent se manifester chez le même patient.

Objectifs : Notre objectif était d'identifier les maladies les plus fréquemment associées au vitiligo et de comparer les populations adultes et pédiatriques afin d'améliorer la prise en charge des patients atteints de vitiligo.

Méthodes : Nous avons mené une étude observationnelle prospective unicentrique où nous avons évalué cliniquement et biologiquement la présence d'autres affections cutanées et non cutanées chez les patients atteints de vitiligo. Tous les patients ont subi un examen physique complet et se sont vus proposer un dépistage systématique de la glycémie à jeun, des anticorps anti-thyroperoxydase (TPO), des anticorps anti-thyroglobuline (TG), de la thyroïdostimuline (TSH), et du dosage de la vitamine D.

Résultats : Au total, 233 patients ont été inclus dans l'étude, dont 63% de femmes (N=147) et 37% d'hommes (N=86). L'âge moyen était de 32,5 ans et la population âgée de moins de 16 ans représentait 27% (N=63). Des antécédents familiaux de vitiligo ont été trouvés chez 32% des patients. Les troubles endocriniens étaient les plus fréquemment rencontrés, en particulier les maladies thyroïdiennes chez 13 % des patients, principalement des femmes, suivies par le diabète de type 2 chez 5 % d'entre eux. Les troubles thyroïdiens étaient dominés par la maladie de Hashimoto dans 50 % des cas, confirmée par la recherche d'anticorps, et par 3 cas de maladie de Basedow. Une autre comorbidité majeure retrouvée chez 13 % de nos patients était l'anxiété et la dépression liées à l'affection cutanée. Les affections cutanées associées étaient le psoriasis (3 %), la pelade (2 %) et deux cas de connectivite avec atteinte systémique. Le dosage de la vitamine D a révélé une insuffisance dans la majorité des cas et d'où la mise sous supplémentation. Le dépistage des comorbidités chez les patients de moins de 16 ans a révélé une moindre occurrence des maladies associées, et la prédominance des maladies thyroïdiennes (5%).

Conclusion : La littérature montre que de nombreuses maladies auto-immunes et auto-inflammatoires peuvent être associées au vitiligo. Le profil et la fréquence des pathologies associées peuvent varier en fonction de la population étudiée. Notre étude corrobore les résultats de la littérature existante et fournit un aperçu du profil dans notre population, y compris la population pédiatrique. En outre, notre étude a renforcé la valeur du dépistage des pathologies endocriniennes chez les patients atteints de vitiligo, comme le recommandent les dernières guidelines.

Rosacée et comorbidités : expérience de service de dermatologie de CHU de Fès (120cas)

I.BEJJA (1)/S.ELLOUDI (1)/Z.DOUIHI (1)/M.SOUGHI (1)/H.BAYBAY (1)/FZ.MERNISSI (1)

I.EL FAZIKI (2)/ S. EL FAKIR (2)

(1) : Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc

(2) : Service d'épidémiologie, faculté de médecine, de médecine dentaire et de pharmacie, Fès, Maroc

Introduction :

La rosacée est une dermatose inflammatoire chronique évoluant par poussée et rémission avec une localisation majoritairement faciale. Malgré sa prévalence, les mécanismes physiopathologiques de la rosacée restent incompris, bien que son développement soit attribué à une combinaison de facteurs génétiques, environnementaux et immunologiques. Récemment, plusieurs études ont mis en lumière une association croissante entre la rosacée et diverses comorbidités systémiques, notamment les maladies cardiovasculaires, les troubles neurologiques, gastro-intestinaux et psychiatriques, ainsi que les maladies auto-immunes et certains types de cancers.

Matériels et méthodes :

- Étude transversale de tous les cas adultes de rosacée, colligés en 2 ans (janvier 2022– Juillet 2024) au service de dermatologie de CHU Hassan II, de Fès.
- L'analyse est réalisée par le logiciel SPSS 26.0.

- Les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentages puis comparées par test de khi2 ou Fischer exact selon les conditions d'application de chacun des tests.
- Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne et écart-type puis comparées par le test T de student.
- La valeur de $p < 0,05$ est considérée comme significative.

Objectifs :

- Décrire les comorbidités associées à la rosacée
- Chercher l'association de chaque comorbidité en fonction de phénotype de la rosacée

Résultats :

Nous avons recensé 120 cas de rosacée dont 84,2% étaient des femmes, âgés en moyenne de 46,78 ans (22–76 ans). 30% des malades présentait des comorbidités. 16,7% avaient des comorbidités métaboliques dominées par le diabète (10 %), 11,7% des cas avaient une maladie inflammatoire dont le lichen était le plus fréquent (7,5%), 8,3% avaient une pathologie digestive dominée par l'infection à la bactérie *Helicobacter Pylori* (8,3%). Concernant les maladies auto-immunes, elles représentaient 7,5% des comorbidités et sont dominées par le vitiligo (4,2%). 6,7% avaient une dysthyroïdie associée à la rosacée ; concernant les comorbidités neurologiques seulement la migraine qui a été retrouvée avec un pourcentage de 5% (les autres troubles ont été recherchés notamment la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer, les démences et d'autres maladies neurologiques du système nerveux centrale et périphérique), 2,5% avaient un antécédent de néoplasie dominé par le cancer du sein (1,7%) et la coronaropathie a été retrouvée chez 1,7% des cas.

Une étude analytique a été faite concernant chaque phénotype de la rosacée et les comorbidités qui y sont associées.

La forme erythrocouperosique était la plus fréquente (41,7%) dont 48,91% étaient des femmes ($p=0,139$) avec une moyenne d'âge de 45,94ans ($p : 0,051$). 41,7% des malades avaient des comorbidités ($p : 1$) dominée par les maladies métaboliques (55%, $P : 0,219$) suivies par les maladies inflammatoires (50%, $p : 0,570$) et la dysthyroïdie (50%, $p : 0,718$). 33,3% avaient une néoplasie associée ($p : 1$), et 33,3% avaient une notion de migraine ($p : 1$). 30% avaient une pathologie digestive ($p : 0,519$). 22,2% souffraient de maladies auto-immunes ($p : 0,302$), et aucun cas n'avait une coronaropathie associé ($p : 0,510$).

La forme papulopustuleuse était la deuxième par ordre de fréquence (36,7%) dont 52,6% était des hommes ($p : 0,127$) avec une moyenne d'âge de 48,91ans ($p : 0,174$). 27,8% des malades avaient des comorbidités ($p : 0,219$). 66,7% souffraient de maladies auto-immunes ($p : 0,073$), 50% avaient une dysthyroïdie ($p : 0,463$). 50% avaient une coronaropathie associée ($p : 1$). 50% avaient une maladie inflammatoire ($p : 0,376$). 33,3% avaient une néoplasie associée ($p : 1$), 30% avaient des comorbidités métaboliques ($p : 0,615$). 20% avaient une pathologie digestive ($p : 0,322$). Et 16,7% avaient une notion de migraine ($p : 0,413$).

La forme granulomateuse prend le 3^{ème} rang en terme de fréquence et a été observée chez 6,7% des cas avec une prédominance féminine 6,9% ($p : 1$) avec un âge moyen de 41,63ans ($p : 0,247$). 8,3% avaient des comorbidités ($p : 0,695$). 20% avaient une pathologie digestive ($p : 0,134$), 16,7% souffraient de la migraine ($p : 0,345$), 12,5% des cas avaient une dysthyroïdie associée ($p : 0,434$).

Aucune maladie métabolique ($p : 0,349$), ou coronaropathie ($p : 1$) ou maladie auto-immune ou inflammatoire ($p : 0,594$) ou néoplasique n'a été associée ($p : 1$).

La forme phymateuse était rencontrée chez 3,3% des cas faite essentiellement du rhinophyma et dont 15,8% étaient des hommes ($P : 0,012$) âgés en moyen de 66,25ans($p : 0,002$). 2,8% des malades avaient des comorbidités ($p : 1$) faites majoritairement de comorbidités métaboliques (5%, $p : 0,523$).

Aucun cas n'avait une coronaropathie ou une dysthyroïdie associé ($p : 1$), digestive ou inflammatoire ou néoplasique n'a été associée ($p : 1$) et sans aucune notion de migraine ($p : 1$).

La rosacée fulminans était rencontrée chez 2,5% des cas dont tous sont des femmes (p :1) âgées moyennement de 45,33ans (p :0,846). 5,6% des malades avaient des comorbidités (p :0,214). 20% avaient une pathologie digestive (p :0,018), 16,7% souffraient de la migraine (p :0,144).

Aucune maladie métabolique, ni de coronaropathie ou de maladie auto-immune ou inflammatoire ou néoplasique ou dysthyroïdie n'a été associée (p :1).

La forme stéroïdienne a été rencontrée chez 0,8% des cas tous de sexe féminin (p :1) avec un âge moyen de 72ans (p :0,051). Aucune comorbidités n'y été associé (p :1).

La forme lymphoedémateuse a été vu chez 0,8% tous de sexe masculin (p :0,158) âgé moyennement de 41ans (p :0,657) et qui n'avait aucune comorbidités (p :1).

La forme oculaire a été rencontré chez 21,7% des cas avec un âge moyen de 51,46 ans (p :0,038) dont 36,8% étaient des hommes (p :0,125). 33,3% avaient des comorbidités (p :0,054). 40% avaient une pathologie digestive associée (p :0,221), 35,7% avaient une maladie inflammatoire (p :0,181), 33,3% avaient une maladie auto-immune associée (p :0,405). 33,3% se plaignaient de la migraine (p :0,609), 33,3% avaient une néoplasie associée (p :0,523), 25% avaient des maladies métabolique (p :0,767). 25% avaient une dysthyroïdie associée (p :0,683). Aucun cas n'avait une coronaropathie associée (p :1),

Discussion : Bien que la rosacée ait longtemps été perçue comme une affection cutanée bénigne, des études récentes ont révélé diverses comorbidités systémiques qui lui sont associées. Parmi les maladies métaboliques, plusieurs études suggèrent un lien entre la rosacée et le syndrome métabolique, incluant le diabète de type 2, l'hypertension et la dyslipidémie. Ce lien est potentiellement médié par une inflammation systémique chronique, caractérisée par une élévation des cytokines pro-inflammatoires entraînant une activation endothéliale et une dysfonction vasculaire. Sur le plan auto-immun, la rosacée peut coexister avec des maladies auto-immunes telles que les dysthyroïdies, la polyarthrite rhumatoïde, le lupus érythémateux systémique suggérant comme mécanisme la dérégulation immunitaire. En ce qui concerne les pathologies digestives, l'infection à *Helicobacter pylori* (HP) est souvent évoquée comme un facteur contributif, bien que les preuves soient encore controversées. HP pourrait induire la production de bradykinine, favorisant la vasodilatation et l'inflammation cutanée. D'autres troubles gastro-intestinaux, comme le syndrome de l'intestin irritable et les maladies inflammatoires de l'intestin, sont également souvent observés chez les patients atteints de rosacée. Les néoplasmes, notamment les carcinomes basocellulaires et les lymphomes, ont été occasionnellement observés chez des patients avec rosacée, potentiellement en lien avec une altération immunitaire et une inflammation chronique.

Enfin, la notion de migraine, fréquemment associée à la rosacée, pourrait découler de la vasodilatation et de la dysfonction vasculaire, deux caractéristiques partagées par ces deux affections, jouant un rôle dans l'hypersensibilité cutanée et vasculaire chez les patients atteints de rosacée.

Conclusion :

L'association de la rosacée avec diverses comorbidités souligne son caractère systémique, où l'inflammation, l'immunité et la régulation vasculaire jouent un rôle central dans les mécanismes physiopathologiques. Notre étude a révélé des associations avec plusieurs comorbidités et il nous semble qu'il s'agit de la première étude dans la littérature ayant pu établir une corrélation entre les différentes formes de rosacée et les comorbidités associées bien que des recherches supplémentaires soient nécessaires pour mieux comprendre ces liens et leurs mécanismes.

Références :

1. Rainer, B.M., Fischer, A.H., Luz Felipe da Silva, D., Kang, S., & Chien, A.L. (2018). Rosacea is associated with chronic systemic diseases in a skin severity–dependent manner: Results of a case–control study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 79(2), 287-293.
2. Egeberg, A., Hansen, P.R., Gislason, G.H., & Thyssen, J.P. (2016). Patients with rosacea have increased risk of gastrointestinal disease: A population-based cohort study. *British Journal of Dermatology*, 175(3), 638-645.
3. Spoenclin, J., Voegel, J.J., Jick, S.S., & Meier, C.R. (2016). Migraine, triptans, and the risk of developing rosacea: a population-based study within the United Kingdom. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 74(2), 342-348.
4. Miller, I.M., Egeberg, A., & Gniadecki, R. (2017). Rosacea and cardiometabolic disease: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 76(4), 692-702.
5. Pelle, M.T., & Crawford, G.H. (2012). Rosacea: I. Etiology, pathogenesis, and subtype classification. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 67(3), 491-502.

Verrues, Molluscum et homéopathie : une alternative à explorer

Dr El Bouhmadi A, Pr El Fatoiki F, Pr Rachadi H, Pr Hali F, Pr Chiheb S

Introduction :

Les verrues cutanées et le molluscum contagiosum sont des affections dermatologiques bien que bénignes représentent une source fréquente d'inconfort pour de nombreuses personnes. Leur traitement varie, allant des solutions conventionnelles aux approches alternatives. Parmi ces dernières, l'homéopathie, une méthode thérapeutique fondée sur l'utilisation de doses infinitésimales de substances actives, est parfois proposée.

Objectif :

Examiner le rôle potentiel de l'homéopathie dans la prise en charge des verrues cutanées et du molluscum contagiosum en discutant les principes de cette approche et des preuves disponibles concernant son efficacité

Matériels et Méthodes :

L'étude a été menée sur un échantillon de 25 patients, âgés de 4 à 22 ans, présentant des verrues cutanées ou des molluscum contagiosum. Les critères d'inclusion étaient : présence de verrues ou de molluscum, absence de traitement local ou systémique récent, et consentement éclairé des parents ou des patients eux-mêmes s'ils étaient en âge de le donner. Le protocole consistait à administrer un traitement homéopathique personnalisé à chaque patient avec des consultations trimestrielles pour évaluer l'évolution.

Résultats :

Parmi les 25 patients, 15 présentaient des verrues cutanées, tandis que 10 souffraient de molluscum contagiosum. La disparition complète des lésions a été observée chez 40 % des patients atteints de verrues et chez 50 % de ceux ayant un molluscum contagiosum. Tous les patients ayant constaté cette disparition étaient des enfants, âgés de 4 à 12 ans. De plus, tous les participants, quel que soit leur âge, ont signalé une amélioration de leurs symptômes au cours de l'étude. Ces résultats mettent en évidence l'efficacité du traitement homéopathique dans la prise en charge des verrues cutanées. Aucun effet indésirable n'a été enregistré chez les participants pendant toute la durée de l'étude.

Discussion :

Cette étude explore l'homéopathie comme traitement pour le molluscum contagiosum et des verrues cutanées, deux affections virales caractérisées par une hyperkératose. L'homéopathie semble être efficace pour aider à limiter la contamination virale tout en régulant l'hyperprolifération épidermique, favorisant ainsi

la guérison. Les résultats positifs et l'absence d'effets indésirables soulignent son potentiel en tant qu'alternative thérapeutique prometteuse pour ces affections cutanées.

Conclusions :

Cette étude met en avant l'efficacité et l'innocuité du traitement homéopathique pour les verrues cutanées, même si cette approche est encore sujette à débat et souvent perçue comme dépendante de l'effet placebo. Toutefois, en raison de son absence d'effets indésirables, elle constitue une alternative thérapeutique intéressante à envisager.

Prurit au cours du pemphigus: Prévalence et facteurs prédictifs

S. Zakaryaa¹, F. Hali¹, F. Marnissi², H. Filali, S. Chiheb¹

¹ Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca.

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

Service de pharmacologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca.

Introduction :

Alors que le prurit représente un signe fonctionnel bien documenté au cours de la pemphigoïde bulleuse, très peu de rapports de cas ont traité la survenue du prurit au cours du pemphigus.

L'objectif de notre travail est d'étudier la prévalence du prurit dans le pemphigus ainsi que ses principaux facteurs prédictifs.

Matériel et méthodes :

Etude prospective colligeant les patients ayant présenté un prurit au cours de l'évolution de leur pemphigus sur une durée de 2 ans de janvier 2021 à décembre 2022 au sein de notre structure hospitalière. La composante prurit du BPDAI (Bullous Pemphigoid Disease Area Index) a été appliquée à des patients atteints de pemphigus. Les variables catégorielles et numériques ont été analysées par rapport à une EVA standard de prurit.

Résultats :

Trente-sept patients ont été inclus, dont 20 hommes (54 %) et 17 femmes (46 %). Le prurit était retrouvé chez 18 patients soit 49% de notre échantillon avec le BPDAI moyen de 24 heures de 3 (sur 10) et le BPDAI Pruritus score total moyen de 11 (sur 30). Dix patients soit 55% avaient une atteinte cutanée pure, un pemphigus actif avec un taux d'IFI (Anticorps anti-substance inter-cellulaire) élevé ainsi qu'un infiltrat éosinophilique sanguin important. Il s'agissait d'un pemphigus foliacé chez 33% des cas avec une notion de prurit souvent important, d'un pemphigus séborrhéique dans 33% des cas, d'un pemphigus vulgaire dans 28% des cas et d'un pemphigus végétant chez 6% des cas. A l'étude histologique des patients souffrant de prurit, un infiltrat éosinophilique était retrouvé chez 72% des cas. 5 cas de pemphigus induits étaient retrouvés dont 2 foliacés, 2 séborrhéiques et 1 végétant. L'enquête de pharmacovigilance incriminait les vaccins anti Covid-19 chez 2 patients, la pénicilline, l'amlodipine et le paracétamol.

Plusieurs patients (62%) avaient présenté une rémission sous traitement systémique en plus de l'arrêt du médicament imputable en cas de pemphigus induit avec une régression puis disparition du prurit ; par ailleurs, 38% avaient présenté au moins un épisode de rechute.

Discussion :

Les patients ayant un pemphigus avec atteinte cutanée isolée avaient des scores BPDAI 24 heures et prurit total plus élevés que ceux ayant une atteinte muqueuse ou cutanéomuqueuse. Le pemphigus foliacé entraînait un prurit plus important que le pemphigus vulgaire. Les pemphigus induits sont souvent très prurigineux avec une hyperéosinophilie importante biologique et histologique. Les patients présentant un BPDAI élevé avaient des taux d'IFI élevés corrélés à l'activité et sévérité de la maladie. Ainsi ces 3 facteurs étaient prédictifs du prurit.

Conclusion :

Le prurit au cours du pemphigus n'est pas rare ; sa présence nécessite en plus du traitement de fond (corticothérapie, immunosuppresseurs), l'adjonction d'un traitement symptomatique (antihistaminique, photothérapie).

Perceptions and awareness of skin cancer risk factors, and photoprotection practices

= Analytical and descriptive cross-sectional study of 450 patients

Fatima Zohra El ali , MD¹, Ouiame El Jouari , Asst. Prof¹, Nadia Handous, MD¹, Sara Marraha MD¹, Salim Gallouj, Prof¹

¹Department of Dermatology, Moahmed VI University Hospital Center of Tangier, Morocco.

Introduction

Skin cancer is one of the most prevalent forms of cancer globally, with increasing incidence rates observed in recent decades. This rise can be attributed to various factors, including heightened exposure to ultraviolet (UV) radiation, changes in lifestyle, and inadequate protective measures against sun damage.

Despite the well-documented risks associated with UV radiation, awareness and knowledge regarding skin cancer risk factors and the importance of photoprotection practices remain variable among different populations

This survey aims to explore the perceptions and awareness of skin cancer risk factors to provide insights that can inform public health campaigns and educational strategies

Materials and Methods

This descriptive-analytic study was conducted using data from a structured survey , we included 450 respondents, The questionnaire covered three main sections :Demographic Information , Awareness of Skin Cancer , and Photoprotection Practices , The data were analyzed using Jamovi software (version 2.3.28) , A p-value of <0.05 was considered statistically significant

Results

In this survey, 71.1% of the respondents were female, and 28.9% were male. The age group most represented was those aged 55 years and above (42.2%), while the least represented were those aged 18-34 years (22.2%). Regarding education, the majority (86.7%) had a university education, and the smallest group was illiterate (2.2%). For skin cancer awareness, 31.1% of respondents were very familiar with the disease, while 13.3% reported no familiarity at all. There was a significant correlation between gender and skin cancer awareness ($p < 0.001$). Women were more aware of skin cancer risks compared to men. Additionally, education level was significantly associated with awareness: respondents with higher education, particularly university degrees, were more knowledgeable ($p < 0.001$).

Concerning the knowledge of risk factors, 71.1% were very aware of prolonged sun exposure, with only 11.1% having no awareness. Similarly, 73.3% were highly aware of UV exposure risks, but 15.6% were not at all aware. For family history of skin cancer, 34.4% were very aware, while 35.6% had no awareness. Regarding awareness of light skin type as a risk factor, 57.8% were very aware, while 17.8% were not aware at all. These levels of awareness were positively correlated with education, meaning that those with university education had significantly higher awareness of these risk factors ($p < 0.001$). In terms of self-examinations, 44.4% of respondents never checked their skin for suspicious moles or lesions, while only 6.7% did so every six months. There was a highly significant correlation between age and self-examination

practices ($p < 0.001$). Older respondents, particularly those over 55, were more likely to perform self-examinations compared to younger respondents. This highlights that as individuals age, they become more attentive to checking for signs of skin abnormalities. Furthermore, education was also correlated with self-examination, as those with university-level education were more likely to check their skin regularly ($p < 0.001$). When asked about the ABCDE criteria for identifying melanomas, 46.7% of respondents were unaware, while 46.7% were knowledgeable. For photoprotection practices, 26.7% reported often applying sunscreen, but 17.8% said they never used it. In terms of SPF level, 62.2% preferred SPF 50+, with the lowest percentage (11.1%) using SPF 30 or lower. There was a significant correlation between education level and sunscreen use ($p < 0.001$), with university-educated individuals applying sunscreen more frequently and choosing higher SPF levels. Additionally, age also influenced sunscreen use: older individuals were more likely to use sunscreen consistently, reflecting their greater awareness of the risks ($p < 0.001$). Only 40% reported using sunscreen with UVA protection, and 44.4% were unsure. As for protective clothing, 46.7% frequently wore it, while no respondents reported never using protective clothing. Regarding seeking shade during peak sunlight hours, 44.4% did so often, while only 2.2% reported never seeking shade.

The most commonly reported barrier to adopting photoprotection practices was forgetfulness (68.9%), while only 6.7% mentioned societal beauty norms as a barrier. Finally, when it came to sources of information, healthcare professionals were the most used source (68.9%), while magazines and newspapers were the least utilized (13.3%).

Discussion

This study aimed to assess the relationship between demographic factors, such as gender, age, and education, and behaviors related to skin cancer awareness, self-examination, and sun protection. The findings reveal significant correlations between these variables, aligning with previous research. The results indicate that women are generally more aware of skin cancer risks and more likely to use sunscreen than men. A review on skin protection behaviors found that women reported using sunscreen and seeking shade more frequently than men, who tended to engage in fewer sun protection behaviors overall (1, 2). This trend can be explained by differences in health beliefs and social norms, which often promote more health-conscious behaviors among women (3).

Moreover, gender differences in sun protection behaviors may also be influenced by external factors such as social support and health recommendations. Research shows that women are more likely to receive advice from healthcare providers about sun protection, which could enhance their preventive behaviors (4).

Age was found to be significantly correlated with self-examination behaviors, with older respondents performing self-checks more frequently than younger ones. This finding is consistent with studies showing that older adults, particularly those at higher risk of skin cancer, are more likely to engage in regular self-examinations (5). Melanoma survivors, for example, are known to adopt better sun protection and self-examination behaviors due to their heightened awareness of the risks (6).

The literature also highlights that educational interventions, especially those targeting younger populations, can significantly improve self-examination practices. A study among adolescents found that psycho-educational programs focusing on skin cancer awareness increased both self-examinations and sunscreen use, reinforcing the importance of early intervention (7).

Education level was one of the strongest predictors of sun protection behaviors in this study, with individuals possessing higher education being more likely to use sunscreen regularly and select higher SPF levels. This aligns with previous research showing that higher education levels are associated with better health literacy, which in turn leads to more proactive health behaviors (8). In a study conducted on high-risk

groups, individuals with more education were found to have greater knowledge of skin cancer risk factors, which translated into higher rates of sun protection behavior (9).

Educational programs, particularly those based on the Health Belief Model, have proven effective in promoting skin cancer prevention behaviors. These programs help individuals understand the perceived benefits of sun protection while addressing common barriers, such as inconvenience or forgetfulness (10, 11).

Sociocultural factors also play a crucial role in shaping sun protection behaviors. Research suggests that cultural norms and beliefs about appearance can influence people's willingness to engage in sun protection. For example, individuals in cultures that prioritize tanned skin as a beauty standard may be less likely to use sunscreen (12). Addressing these sociocultural barriers through public health campaigns could help shift perceptions and encourage healthier behaviors.

Conclusion

This study highlights the significant impact of demographic factors—gender, age, and education—on skin cancer prevention behaviors. Women and individuals with higher education were more proactive in sun protection and skin cancer awareness, while older adults engaged more in self-examinations. These findings emphasize the need for targeted public health interventions, particularly for men, younger individuals, and those with lower education, to improve skin cancer prevention and early detection efforts. Addressing these disparities through education and awareness campaigns could significantly reduce skin cancer incidence.

References

1. Manne S, Lessin S. Prevalence and correlates of sun protection and skin self-examination practices among cutaneous malignant melanoma survivors. **Journal of Behavioral Medicine**. 2006;29(5):419-434.
2. Jackson KM, Aiken LS. A psychosocial model of sun protection and sunbathing in young women: the impact of health beliefs, attitudes, norms, and self-efficacy for sun protection. **Health Psychology**. 2000;19(5):469.
3. Nahar VK, Black WH, Ford MA, et al. Factors influencing sun protection behaviors among patients with skin cancer: an application of the information–motivation–behavioral skills model. **Journal of Dermatology Nurses Association**. 2019;11(5):199-207.
4. Plotnikoff RC, Lippke S, Courneya KS, et al. Physical activity and social cognitive theory: a test in a population sample of adults with type 1 or type 2 diabetes. **Applied Psychology**. 2008;57(4):628-643.
5. Jeihooni AK, Rakhshani T. The effect of educational intervention based on health belief model and social support on promoting skin cancer preventive behaviors in a sample of Iranian farmers. **Journal of Cancer Education**. 2019;34(2):392-401.
6. Nahar VK, Ford MA, Hallam JS, et al. Socio-demographic and psychological correlates of sun protection behaviors among outdoor workers: a review. **Journal of Skin Cancer**. 2013;1:1-10.
7. Falzone AE, Brindis CD, Chren MM, et al. Teens, social media, and skin cancer: a new frontier for health educators. **Psychology Research and Behavior Management**. 2017;7:9-14.
8. Campbell HS, Birdsell JM. Knowledge, beliefs, and sun protection behaviors of Alberta adults. **Preventive Medicine**. 1994;23(2):160-166.

9. Carmel S, Shani E, Rosenberg L. The role of age and an expanded health belief model in predicting skin cancer protective behavior. **Health Education Research**. 1994;9(4):433-447.
10. Sharma M. Theoretical foundations of health education and health promotion. **Jones Bartlett Learning**; 2017.
11. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior: theory, research, and practice. **John Wiley & Sons**; 2015.
12. Branstrom R, Ullen H, Brandberg Y. Attitudes, subjective norms and perception of behavioral control as predictors of sun-related behavior in Swedish adults. **Preventive Medicine**. 2004;39(5):992-999.

The need for training in dermatological surgery: a survey of young practitioners

Introduction :

Dermatological surgery represents a crucial skill in dermatological practice, particularly for the treatment of skin cancers. This surgical approach offers medical benefits, such as the reduction of errors and incomplete exeresis, as well as significant economic advantages. With this in mind, it is imperative that the training of dermatological surgery residents be strengthened, with both theoretical and practical objectives for the validation of their diploma (DSM) in dermatology and venereology in Morocco. However, there is a lack of data on the modalities of this training at national level.

Materials and Methods:

We carried out a survey of theoretical and practical surgical training during the dermatology residency in Morocco. The survey was aimed at two target populations: dermatology residents and active practitioners who had validated their dermatology DSM. A questionnaire was emailed to dermatology residents via Google Forms. This questionnaire contained questions on the evaluation of practical and theoretical training in medicine, the types of interventions carried out during residency and afterwards, the level of satisfaction with the training received, desires for additional training and obstacles encountered in medical practice.

Results :

-From a target population of 500, the number of respondents was 340 (68% response rate), including 160 (47.1%) residents and 180 practitioners (52.9%).

-20% of residents had attended the surgical workshops at the dermatological journeys and 60% of practitioners had attended the surgical workshops at the dermatological journeys.

-The inter-university diploma in dermatological surgery had not been validated in any of the residents and 23.3% of the practitioners.

With regard to practical training sites, the majority of participants - 88% of respondents - had carried out their practical training during half-days in the surgical suite during their residency.

-The majority of residents said they frequently performed carcinological surgery: at least once every 03 months, the fusiform excision of a melanocytic lesion, and at least once every 1 month, while only 1% said they excised a carcinoma with margins.

In terms of self-reported knowledge and skill levels, 66.6% of residents considered themselves "experienced" in performing spindle excisions on the trunk or limbs, 37.4% in excising subcutaneous

lesions, and only 21% in performing spindle excisions on the face. In the surgical activity of 140 dermatologists, the predominant locations were the face and neck (44%), followed by the trunk (21%) and limbs (43%). On the other hand, certain procedures are very rarely performed during residency: oral mucosa biopsy (42.4%), glans biopsy (18.4%), vulva biopsy (10%).

Discussion:

Dermatological surgery is an essential skill in the management of skin cancers, and our study highlights the training gaps and needs among dermatology residents in Morocco. The results of our survey, with a response rate of 68%, indicate significant participation from both residents and practitioners, providing a global perspective on dermatological surgery training.

Our results show that 88% of participants mainly received their hands-on training during half-days in the surgical suite, highlighting a very limited approach in terms of procedure diversity and frequency. Although 66.6% of residents felt "experienced" in performing spindle resections, this self-assessment may not reflect clinical reality, especially when we consider that only 1% of residents reported having performed a carcinoma resection with margins. This raises questions about the quality and depth of the training received.

Participation in surgery workshops at Dermatology Days is encouraging, but with only 20% of residents involved, there is clearly room for improvement in encouraging resident involvement in continuing education. The results also reveal a lack of accreditation for the inter-university diploma in dermatological surgery, which could contribute to less structured training.

The survey highlighted various obstacles encountered by residents and practitioners alike. The scarcity of varied practical cases, including biopsies of the buccal mucosa, glans or vulva, indicates a lack of diversity in training. This could be attributed to gaps in residency programs or limited access to appropriate clinical cases. It is crucial to review and adapt curricula to include a variety of surgical procedures, especially those less frequently performed.

Conclusion:

In conclusion, our study highlights the importance of re-evaluating and strengthening dermatological surgery training in Morocco. Commitment to quality training is essential not only for the competence of future dermatologists, but also for improving clinical outcomes and patient satisfaction. Concerted efforts must be made to address these challenges and ensure that residents are adequately prepared to meet the demands of their professional practice.

Evaluating the role of ChatGPT in Dermatology: A Study on Healthcare Workers' Perceptions and Expectations

Ilham.Snoussi[1], Ouiame El Jouari[1], Adil.Gourinda[2], Salim.Gallouj[1]

1: Department of Dermatology and Venereology, Abdelmalek Essaadi university, CHU of Tangier, Morocco

2: Laboratory of Epidemiology and Public Health, Faculty of Medicine and Pharmacy of Tangier, Abdelmalek Essaadi university, CHU of Tangier, Morocco

Introduction:

Artificial Intelligence (AI) has increasingly shown promise in various fields, including the medical sector. In recent years, AI has been used to assist physicians in diagnosis, treatment planning, and research. One of the most notable AI technologies is ChatGPT, an advanced language model developed by OpenAI. Since its release in November 2022, ChatGPT has quickly become a hot topic, particularly for its use in educational contexts. It has swiftly demonstrated its ability to answer exam-type questions and provide explanations, raising questions about its potential role in education and assessment. Recently, it has been used to write scientific articles without being detected by human experts. Therefore, it is crucial to verify the accuracy with which ChatGPT can answer medical exam questions. The emergence of ChatGPT has sparked debates within the medical community regarding its potential to replace human doctors. From a dermatological perspective, it may be premature to engage in such discourse. Before delving into whether ChatGPT can "replace" human dermatologists, it is crucial to determine if ChatGPT is indeed a useful tool in dermatology or simply an overhyped technology. This will help ascertain whether busy dermatologists should dedicate their time to learning and mastering its use to enhance their clinical or research capabilities

Objective:

The main objective is to assess the various applications of ChatGPT by healthcare professionals, to determine the benefits and identify the limitations of using ChatGPT in dermatology.

Materials and methods:

This is a study based on an analytical cross-sectional survey conducted over a period of 5 months, from December 2023 to April 2024, in the northern region of Morocco. All healthcare professionals including dermatology professors, specialists, and residents were included. The survey questionnaire was developed and conducted by our multidisciplinary research team, including a community medicine physician and a dermatologist. The survey tool was developed in French. This survey was tested with a group of 79 healthcare professionals representing diverse demographic profiles to ensure clarity, consistency, and relevance in evaluating healthcare professionals' perceptions towards ChatGPT. The survey consisted of three parts. In the first part, healthcare professionals answered questions regarding demographic characteristics. The second part of the survey explored their knowledge of the nature of ChatGPT and its use for healthcare purposes. The third and final part assessed healthcare professionals' perceptions regarding potential barriers hindering the use of AI chatbots in healthcare settings. The survey included multiple-choice questions, with respondents selecting

one or more options to indicate their answers. No Likert scale was used in this study. For questions related to perceived barriers to using AI in medical practice and perceived utility of ChatGPT in medical practice, respondents were provided with several response options to select all applicable choices. Open-ended questions were included in the survey design.

Results :

A total of 79 healthcare professionals participated in the study. Most participants were female (58%), with the highest percentage in the age group of 25 to 34 years (39.5%), followed by 28.6% in the age group of 18 to 24 years. Nearly half of the participants were specialists (67.1%), 30.4% were residents, and 2% were teachers. Regarding familiarity with ChatGPT, 64.6% were very familiar with ChatGPT, while 35.4% were unfamiliar. Among those who had not used it, 74.1% expressed intention to use it in the future. Among the surveyed healthcare professionals, only 34.2% reported using ChatGPT in their medical practice, while 65.8% did not. Perception of the utility of ChatGPT in medical practice was captured among participants using multiple-choice questions, which included positive diagnosis including definition and treatment (16.5%), drafting medical letters or certificates (25.3%), drafting medical reports (25.5%), and aiding medical research (19.9%). Most healthcare professionals (76.7%) anticipate a positive effect, with 25.3% anticipating a negative impact and 7.6% anticipating no impact at all. Most healthcare professionals were concerned about lack of credibility and unclear information sources feeding AI chatbots (56.9%), followed by concerns about incorrect or harmful medical recommendations made by AI models (38.2%). Over a third of healthcare professionals (40.1%) expressed difficulties accessing AI models in their work environment. Medical-legal implications associated with AI use in patient care were also a concern for many healthcare professionals, with a percentage of 44.9%. Interestingly, 58.2% of healthcare professionals were concerned about the integration of ChatGPT into routine medical practice

Discussion :

The results of this systematic review provide a comprehensive assessment of the role of ChatGPT in the field of dermatology. The included studies highlight ChatGPT's potential in various applications, including patient education, self-assessment, patient-doctor communication, disease management, and generating research questions. However, they also underline several limitations and ethical considerations that require thorough exploration and careful regulation. We believe that insights from this review will be valuable not only for gastroenterology practitioners and researchers but also for policymakers, AI developers, and the healthcare community as a whole as we navigate the integration of AI into healthcare. Studies evaluating the effectiveness of ChatGPT in answering common patient questions reveal a mixed picture. While ChatGPT has shown the ability to generate credible medical information, its performance has been inconsistent. Some responses were accurate and clear, while others were not, indicating insufficient understanding of complex medical information. Moreover, AI-generated responses were written at significantly higher reading levels than recommended, potentially limiting accessibility to patients with low literacy levels. Importantly, this issue can be easily corrected with quick system-level adjustments. The current study revealed that healthcare workers (HCWs) had moderate to low levels of confidence in ChatGPT's ability to generate medical decisions, and only a small proportion had high confidence. These results are consistent with previous studies that have raised concerns about the accuracy and reliability of AI chatbots in healthcare and have been referred to as "Artificial Hallucinations." Howard et al. suggested that the main barrier to adopting ChatGPT in healthcare settings was gaps in

situational awareness, inference, and coherence. Users of ChatGPT and those with more clinical experience, self-assessed familiarity, and comfort in using ChatGPT for medical purposes have a positive perception of its utility and increased confidence. Therefore, providing more evidence-based data on the accuracy and reliability of ChatGPT in healthcare could help strengthen HCWs' confidence in its ability to generate medical decisions. Our study identified several obstacles and concerns regarding the use of ChatGPT in healthcare, including its lack of credibility and questioning of information sources, medical-legal implications, resistance to its use, as well as concerns about patient confidentiality and personalized care. However, the most significant obstacle identified was ChatGPT's lack of credibility and the question of information source, which is consistent with previous studies that have reported similar concerns about the accuracy and reliability of AI chatbots

Conclusion :

Will ChatGPT transform healthcare? Les avancées rapides de l'intelligence artificielle suscitent à la fois un enthousiasme et des préoccupations quant à leur impact sur la prestation des soins. ChatGPT, en tant qu'outil conversationnel alimenté par l'IA, offre un potentiel considérable pour améliorer divers aspects des soins de santé, tels que la communication patient-médecin, l'éducation des patients et la gestion des données médicales. Cependant, son adoption généralisée soulève des questions cruciales concernant la fiabilité de ses décisions médicales, la confidentialité des données des patients et les implications éthiques de son utilisation. En fin de compte, l'avenir de ChatGPT dans les soins de santé dépendra de la capacité de la communauté médicale à surmonter les obstacles et à tirer parti de son potentiel pour améliorer la qualité des soins et l'expérience des patients.

[1] : Nguyen A, Ngo HN, Hong Y, Dang B, Nguyen BT. Ethical principles for artificial intelligence in education.

[2] Javan R, Kim T, Mostaghni N, Sarin S. ChatGPT's potential role in interventional radiology. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2023;46:821–2

echnol 2022 Oct 13;28(4):4221-4241

[3] Homolak J. Opportunities and risks of ChatGPT in medicine, science, and academic publishing: a modern Promethean dilemma. *Croat Med J* 2023;64:1–3.

[4] Huang J, Tan M. The role of ChatGPT in scientific communication: writing better scientific review articles. *Am J Cancer Res* 2023;13(4):1148-1154

[5] Yu H. Reflection on whether Chat GPT should be banned by academia from the perspective of education and teaching. *Front Psychol* 2023 Jun 1;14:1181712-1181712

[6]: Kao YS. Do People Use ChatGPT to Replace Doctor? A Google Trends Analysis. *Ann Biomed Eng.* 2023;51(12):2652-2653.

[7] Will ChatGPT transform healthcare? *Nat Med* 2023; 29: 505–506

[8] Lahat A and Klang E. Can advanced technologies help address the global increase in demand for specialized medical care and improve telehealth services? *J Telemed Telecare* 2023

- [9] Lee TC, Staller K, Botoman V, *et al.* ChatGPT answers common patient questions about colonoscopy. *Gastroenterology* 2023; 165: 509–511.e7.
- [10] Lahat A, Shachar E, Avidan B, *et al.* Evaluating the utility of a large language model in answering common patients' gastrointestinal health-related questions: are we there yet? *Diagnostics (Basel)* 2023; 13: 1950.
- [11] Howard, A.; Hope, W.; Gerada, A. ChatGPT and antimicrobial advice: The end of the consulting infection doctor? *Lancet Infect. Dis.* **2023**, *23*, 405–406. [[CrossRef](#)]
- [12] Alkaissi, H.; McFarlane, S.I. Artificial Hallucinations in ChatGPT: Implications in Scientific Writing. *Cureus* **2023**, *15*, e35179. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- [13] van Dis, E.A.M.; Bollen, J.; Zuidema, W.; van Rooij, R.; Bockting, C.L. ChatGPT: Five priorities for research. *Nature* **2023**, *614*, 224–226. [[CrossRef](#)]

Profil épidémiologique, clinique et prise en charge de l'urticaire chronique à Casablanca

B.Amine, FZ.Elfotoiki, H.Rachadi, F.Hali, S.Chiheb

Service de dermatologie-vénérologie, CHU IBN Rochd, Casablanca

Introduction

L'urticaire est une dermatose inflammatoire fréquente, motivant 1 à 2 % des consultations de dermatologie. L'urticaire chronique (UC) correspond à la présence d'urticaire superficielle et/ou d'angioedème pendant au moins 6 semaines. Le diagnostic positif est clinique. Le traitement repose sur les antihistaminiques de deuxième génération.

Objectifs de l'étude

L'objectif de notre travail est de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs des UC au sein d'une consultation spécialisée de dermato-allergologie au Centre Hospitalier Universitaire de Casablanca, et de comparer nos résultats avec les données de la littérature.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, réalisée en consultation spécialisée de dermato-allergologie au CHU de Casablanca. Tous les patients avec un diagnostic d'UC ayant consulté entre janvier 2018 et janvier 2024 ont été inclus. Le diagnostic d'UC était clinique. Les cas d'urticaire aiguë ont été éliminés. Des fiches type étaient remplies à partir du dossier médical, recueillant les données suivantes : données démographiques, caractéristiques de la maladie, examens paracliniques demandés.

Résultats

Deux cent quatre-vingt patients ont été inclus durant cette période. Il s'agissait de 230 femmes et 50 hommes, avec un sex-ratio H/F de 0,22 et une moyenne d'âge de 38,4 ans. Un angioedème était noté dans 37% des cas. Une atopie personnelle a été retrouvée dans 66% des cas, une atopie familiale dans 33% des cas, un terrain auto immunité dans 34% des cas et des épigastralgies dans 25% des cas. 14% des cas rapportaient le rôle d'un choc émotionnel en tant que facteur déclenchant de la maladie. Un recours à la corticothérapie orale pour le traitement des poussées sévères était noté dans 39% des cas.

Tous nos patients ont reçu des antihistaminiques de deuxième génération avec augmentation des doses par palier. La durée totale du traitement était en moyenne de 33 mois avec des extrêmes allant de 8 mois jusqu'à 3 ans et demi. Les anti-leucotriènes ont été administrés dans 28% des cas. Une évolution favorable était notée dans la majorité des cas.

Discussion

Dans notre série, l'UC a intéressé surtout la femme jeune avec un terrain d'atopie et d'auto-immunité, conformément aux données de la littérature. La survenue d'un angioedème en association avec une prise de corticothérapie générale était retrouvée dans les antécédents. La prise en charge repose sur les antihistaminiques de deuxième génération avec une durée totale suffisante du traitement.

Session MEIDAM- AFRICA

Fatimata Ly

Professeur de dermatologie -vénérologie

Université Cheikh Anta Diop

BP 5825 Dakar Fann

Tel : +221780143759

Email : fatimata.ly@ucad.edu.sn

Abstract de conférence sur : La dermatologie au féminin

La santé des femmes désigne tous les éléments qui peuvent spécifiquement influencer la santé des femmes. La dermatologie féminine pourrait être définie comme l'ensemble des affections cutanéomuqueuses et phanériennes qui surviennent exclusivement ou préférentiellement chez des patients de sexe féminin tout au long de la vie.

Pour des raisons physiologiques, génétiques, hormonales, anatomiques, socio-économiques et culturelles, une différence notable est retrouvée dans la fréquence, la présentation clinique et la prise en charge thérapeutique des affections dermatologiques survenant chez la femme. Il existe une diversité de cette pathologie dont certaines sont liées aux comportements. Il peut s'agir de dermatoses infectieuses, immuno-allergiques, tumorales

De plus, l'OMS estime qu'en raison des violences basées sur le genre, la femme est victime dans les zones de conflits, de famine et sont considérées comme arme de guerre avec de nombreuses conséquences psychologiques et les IST.

la dermatologie féminine varie de la naissance à la ménopause sous l'influence des facteurs hormonaux et génétiques. Plus spécifiquement au cours de la grossesse les dermatoses ont un impact sur le couple mère enfant. Le couple mère- enfant est à considérer dans les dermatoses de la grossesse mais également au cours des IST où il existe un échange de mauvais procédés. Sur le plan de la dermatologie topographique, il existe des dermatoses spécifiques à la sphère génitale et de la région mammaire.

Les conditions de travail tout comme l'environnement constituent des facteurs de survenue de certaines dermatoses immuno-allergiques. Enfin le suivi de la mode à travers diverses pratiques et procédés expose à la survenue de dermatoses infectieuses immuno-allergiques et tumorales. Les femmes sont particulièrement sensibles à toutes ces dermatoses qui ont un retentissement important sur le plan esthétique, fonctionnel, économique et sur la qualité de vie. Il est important de noter que certaines de ces dermatoses engagent le pronostic vital. La vulnérabilité des femmes est un frein à l'accès aux soins avec des conséquences sur la qualité de la prise en charge. En effet, la précarité et un moindre accès à l'information pour les femmes constituent des entraves à une prise en charge optimale.

Heureusement que les femmes sont particulièrement résilientes et ouvertes aux stratégies de prévention.

Ainsi, à travers des séries de cas, des études et une revue de la littérature, nous tenterons d'illustrer ce concept de la dermatologie féminine : du diagnostic à la prise en charge.

Weekly hair washing: the recommended solution for women with Afro-textured hair

Dlova et al

Background Dandruff and scalp discomfort are a common concern for women and men in Africa, however, current literature does not provide data on the incidence or the pathophysiological mechanisms of these conditions in this population. Women with Afro-textured hair are prone to scalp discomfort owing to reduced hair wash frequency and frequent use of greasy oil-based products on their scalp. The aim of this study was to investigate the mechanisms behind scalp discomfort and dandruff in African women.

Methods The study was conducted in Durban, South Africa, over a three-week period with 60 African women aged 20-40 years, 30 women with and 30 without dandruff. Evaluations of scalp condition and sample collection were performed at various time points during the three weeks. Clinical grading of dandruff was performed by a dermatologist and *Malassezia spp.* and bacterial loads were quantified by qPCR method.

Results Clinical grading of dandruff showed that dandruff peaked at the end of first week after hair washing and levelled off from this point in both groups. Self-assessment revealed that itching was the most pronounced scalp discomfort, compared with the sensation of tingling and burning. Dandruff was associated with a higher *Malassezia* and bacterial load compared to healthy 'non-dandruff' scalp, and there was a direct correlation between *Malassezia spp.* load and dandruff score.

Conclusion Peak colonisation with *Malassezia spp.* and bacteria is associated with dandruff and itching one week after hair wash. We recommend weekly hair washing to reduce both dandruff and discomfort caused by itchy scalp.

Punch grafting for lip leucoderma using hair transplant punch, in African patients from Durban, Kwa-Zulu Natal.

Ncoza Dlova (MBCChB, FCDerm, PhD)

Dermatology Department, Nelson R Mandela School of Medicine ,UKZN.

Background: Lip leucoderma (LL) is a frequent concern causing immense psychological repercussions and impacts negatively on the quality of life of affected patients as some can be labelled as having rubero's sign. Its location on the glabrous mucosa makes it resistant to standard topical treatment due mainly to the absence of hair follicles. Various forms of melanocyte transfer, therefore, remain an option for the leucoderma

Objective: Repigmentation of LL using the hair transplant punch graft machine developed by Dr Umar (Zeus) and to document the time to complete repigmentation as well as the extent and any cobblestoning or other side effects encountered

Methods: A total of six African male and female patients with stable mucosal lip vitiligo and leukoderma were treated using the above method after failing to respond to the standard topical treatment. Follow up has been for 1yr thus far.

Results: The graft was well taken for 5patients, the 6th patient was lost to ff up and lost his grafts on return. Cobblestoning was not observed in any of the patients and most patients attained complete repigmentation within 8months, some even earlier than the stipulated six months period.

Conclusion: PG using the Zeuss or hair transplant machine seems to be effective, and does not result in the cobblestoning which is a common side effect of other punch grafts. The only challenge is that the patient has to follow strict instructions , and avoid any interference ,with the grafted area ,which can sometimes be a problem with feeding for at least seven days.

Health-related quality of life of adults with cutaneous leishmaniasis at ALERT Hospital, Addis Ababa, Ethiopia

Pr ShimelisNigusse Ethiopia

Background

Cutaneous leishmaniasis (CL) is a growing public health threat in Ethiopia. *Leishmania aethiopica* is the predominant causative organism. Affected individuals develop chronic skin lesions on exposed parts of the body, mostly on the face, which are disfiguring and cause scarring. The effects of CL on the health-related quality of life (HRQoL) of affected individuals has not been assessed in Ethiopia.

Objective

To assess HRQoL in adults with active CL at ALERT Hospital, Addis Ababa, Ethiopia.

Methods

A cross-sectional study was done using the Amharic version of the Dermatology Life Quality Index (DLQI). Trained health staff administered the DLQI.

Results

Three hundred and two adults with active CL participated and all of them exhibited a reduced HRQoL. The median DLQI score was 10 (IQR 8). Almost half of the participants reported very poor HRQoL, 36.4% and 11.3% fell within the very large and extremely large effect categories respectively. DLQI scores were higher (median 18) in patients diagnosed with diffuse cutaneous leishmaniasis (DCL) compared to those with localized cutaneous leishmaniasis (LCL). The DLQI domain of 'work and school' was the most affected, scoring 73.3% and 66.6% of total possible score for female and male respectively, followed by that of 'symptom and feeling' (at 50.0% and 56.6% for female and male respectively). Men were more affected than women in the domains of 'leisure' ($P = 0.002$) and 'personal relationships' ($P = 0.001$). In the multivariate ordinal logistic regression site of lesion, clinical phenotype and age of participant remained associated with significantly poor HRQoL.

Conclusion

The HRQoL impairment associated with CL is significant. Thus, patient-reported outcome measure should be used to assess the efficacy of treatments along with clinical outcome measures.

Adult-Onset Tinea Capitis in Ethiopia

Pr ShimelisNigusse Ethiopia

Prevalence: Although tinea capitis is more common in children, cases of adult-onset tinea capitis are increasingly reported in Ethiopia, particularly in rural and underserved areas. Exact data on adult prevalence are limited, but it likely remains underreported and it is estimated to be around 5 percent among all cases of tinea capitis.

Risk Factors:

- **Environmental:** Overcrowding, poor hygiene, and Ethiopia's warm, humid climate.
- **Close contact:** Family transmission and sharing of personal items.
- **Immunosuppression:** HIV/AIDS, diabetes and other conditions.
- **Delayed diagnosis:** Misdiagnosis as other scalp conditions like seborrheic dermatitis or psoriasis.

Clinical Features:

- Scalp scaling, hair loss (patchy with "black dots"), itching, and inflammation.
- Severe cases may present with kerions (painful, swollen areas) and pustules.
- Chronic cases can lead to permanent hair loss and scarring.

Challenges: Limited access to healthcare, delayed treatment, and financial barriers in rural areas complicate diagnosis and management.

Défis diagnostiques en dermatologie chez les patients à peau pigmentée

Pr Ibrahima Traoré, Guinée

Introduction

Les diagnostics dermatologiques chez les patients à peau pigmentée (Skin of Color, SOC), notamment pour les phototypes IV à VI, posent des défis importants en raison de différences structurelles et fonctionnelles uniques. SOC, englobant des individus aux origines africaines, latines, asiatiques, indigènes et océaniques, présente souvent des manifestations cutanées distinctes, conduisant à des retards diagnostiques et à des inégalités de traitement. Ces disparités, exacerbées par une faible représentation dans la recherche clinique, soulignent l'urgence de pratiques dermatologiques inclusives.

Méthodologie

Une revue systématique de la littérature a été réalisée en utilisant les bases de données PubMed et EMBASE, en ciblant des études pertinentes et des cas cliniques représentatifs des défis diagnostiques rencontrés chez les patients SOC. L'analyse a inclus environ **25 études** traitant des troubles pigmentaires, des dermatoses inflammatoires, des infections cutanées et des cancers de la peau, avec une évaluation des résultats cliniques et de l'impact de technologies diagnostiques avancées, telles que la dermoscopie. Les images illustratives proviennent de la pratique clinique de l'auteur, soulignant les erreurs diagnostiques fréquentes et les besoins spécifiques de cette population de patients.

Résultats et Discussion

Les troubles pigmentaires comme l'hyperpigmentation post-inflammatoire et le vitiligo sont souvent sous-diagnostiqués ou mal interprétés, le vitiligo étant parfois confondu avec d'autres troubles hypopigmentés. De même, les dermatoses inflammatoires (ex. psoriasis, lichen planus) apparaissent sans érythème marqué, ce qui entraîne des erreurs de diagnostic fréquentes. Les mélanomes sur peau foncée, souvent localisés sur des zones non exposées au soleil (paumes, plantes), sont détectés plus tardivement, réduisant les chances de survie. Les résultats montrent que l'utilisation de la dermoscopie et de l'imagerie haute résolution améliore significativement la précision diagnostique. Cependant, l'absence de formation ciblée et la faible diversité dans les essais cliniques limitent les avancées.

Conclusion

Pour répondre à ces défis, une formation spécialisée pour les cliniciens, une inclusion accrue de patients SOC dans les essais cliniques, et l'adoption d'outils avancés comme la dermoscopie sont essentiels pour améliorer l'équité en soins dermatologiques. Ces actions sont cruciales pour réduire les inégalités de santé et promouvoir une pratique dermatologique équitable, assurant un diagnostic et un traitement précis pour les patients SOC.

Mots-clés: Peau pigmentée, Défis diagnostiques, Dermoscopie, Équité en dermatologie, Diversité dans les essais cliniques

Diagnostic Challenges in Dermatology for Patients with Skin of Color

Abstract

Introduction

Diagnosing dermatological conditions in patients with Skin of Color (SOC), particularly Fitzpatrick types IV to VI, presents unique challenges due to structural and functional skin differences. SOC includes individuals of African, Latinx, Asian, Indigenous, and Pacific Islander descent, who often exhibit distinct skin manifestations that lead to diagnostic delays and treatment inequalities. These disparities, compounded by low representation in clinical research, highlight the urgent need for inclusive dermatological practices.

Methodology

A systematic literature review was conducted using PubMed and EMBASE databases, focusing on relevant studies and representative clinical cases of the diagnostic challenges encountered in SOC patients. The analysis included approximately **25 studies** addressing pigmentary disorders, inflammatory dermatoses, cutaneous infections, and skin cancers, assessing clinical outcomes and the impact of advanced diagnostic technologies such as dermoscopy. Illustrative images from the author's clinical practice highlight common diagnostic errors and the specific needs of this patient population.

Results and Discussion

Pigmentary disorders, such as post-inflammatory hyperpigmentation and vitiligo, are often underdiagnosed or misinterpreted, with vitiligo sometimes mistaken for other hypopigmented conditions. Similarly, inflammatory dermatoses (e.g., psoriasis, lichen planus) may present without marked erythema, leading to frequent diagnostic errors. Melanomas in darker skin, often located on non-sun-exposed areas (palms, soles), are detected later, reducing survival chances. Results show that the use of dermoscopy and high-resolution imaging significantly improves diagnostic accuracy. However, the lack of targeted training and limited diversity in clinical trials hampers progress.

Conclusion

Addressing these challenges requires specialized training for clinicians, increased inclusion of SOC patients in clinical trials, and the adoption of advanced tools like dermoscopy to improve dermatological care equity. These actions are crucial to reducing health disparities and promoting fair dermatological practice, ensuring accurate diagnosis and treatment for SOC patients.

Keywords: Skin of Color, Diagnostic Challenges, Dermoscopy, Dermatology Equity, Clinical Trial Diversity

Posters

- 1- Acné
- 2- Allergologie
- 3- Dermatoses neutrophiliques et éosinophiliques
- 4- Dermatoses inflammatoires
- 5- Dermatoses bulleuses
- 6- Maladies infectieuses
- 7- Vascularites et Maladies de système
- 8- Dermatologie pédiatrique
- 9- Oncologie
- 10- Endocrinopathies
- 11- Les toxidermes médicamenteuses
- 12- Psoriasis
- 13- Troubles pigmentaires
- 14- Peau et psy
- 15- Peau et soleil
- 16- Dermato-pathologie
- 17- Plaies et cicatrisation
- 18- Cuir chevelu
- 19- Ongle
- 20- Dermoscopie
- 21- Enquêtes et études épidémiologiques
- 22- Qualité de vie
- 23- Autres

Acné

Acné : Les facteurs influençant l'adhérence au traitement

Almheirat yousef¹ ; Kaddar Khadija¹ ; N.Zerrouki^{1,2} ; Nada Zizi^{1,2}

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

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

Introduction :

L'acné est une pathologie inflammatoire chronique du follicule pilo-sébacé évoluant par poussées. Elle touche 70 à 80 % des adolescents et jeunes adultes. Sa physiopathologie est complexe, faisant intervenir plusieurs facteurs. Son impact sur la qualité de vie du patient, ses relations sociales et son fonctionnement psychologique est profond. Dans les maladies chroniques, l'observance du traitement est un problème majeur qui affecte les résultats du traitement et augmente les budgets des soins de santé.

Matériels et méthodes : C'est une étude rétrospective descriptive monocentrique, colligeant tous les patients suivis pour une acné durant la période Janvier 2015- mai 2023. Le but de notre travail était d'évaluer l'adhérence au traitement chez les patients atteints de l'acné. L'adhérence a été définie comme bonne si le patient prend chaque jour son traitement, modérée s'il le prend entre un jour sur deux et un jour sur trois alors que la faible adhérence a été définie par la prise du traitement de plus d'un jour sur quatre.

Résultats : Nous avons colligé 382 patients atteints de l'acné. L'âge moyen des patients était de 20,3 ± 7,6 ans, avec une nette prédominance féminine soit 77.2% des patients. Pour le niveau de scolarité, 82.6% des patients avaient un diplôme universitaire. L'acné modérée était la forme la plus fréquente (59,3%), suivie de l'acné sévère (36,45%) puis légère (4,25%). Soixante-huit pourcent des patients présentaient une altération modérée à importante de la qualité de vie (QDV) selon l'indice de qualité de vie (DLQI). Les deux tiers des patients étaient sous traitements topique et oral, 26% sous traitement local seul et 8% n'utilisaient que des produits cosmétiques. Les traitements locaux utilisés étaient l'association peroxyde de benzoyle 2.5% et adapalène 0.1% (62%) et les rétinoïdes (12%). Les traitements oraux utilisés étaient les cyclines (51%) et les rétinoïdes (49%). Trente-deux pourcent des patients ont eu des effets secondaires sous traitement oral notamment la sécheresse cutanéomuqueuse, la chéilite, le prurit et la photosensibilité et 19% sous traitement local notamment l'irritation cutanée. Cinquante-quatre pourcent des patients appliquent le traitement topique avec bonne observance thérapeutique. D'autre part, 71% des patients prenaient le traitement oral de façon régulière. Soixante-douze pourcent des patients étaient satisfaits du résultat obtenu par le traitement. Les facteurs qui poussaient les patients à arrêter les traitements étaient : le coût (60%), les effets indésirables (31%), la durée du traitement (24%), la disparition des lésions (10%) et l'absence d'amélioration clinique (9%). On a noté également que dans le groupe « faible adhérence » 58% des patients présentaient une acné légère, 66% des patients étaient âgés de moins de 20 ans et 34% présentaient une acné du dos.

Discussion : L'observance thérapeutique est une condition indispensable à la réussite de la prise en charge thérapeutique. Hayran et al ont trouvé que l'observance thérapeutique était mauvaise

chez 64,4 % des patients. L'adhérence au traitement était plus élevée chez les femmes et les patients utilisant l'isotrétinoïne orale et elle était positivement corrélée à la satisfaction du traitement ($p < 0.001$). Zaghoul et al ont confirmé que l'observance thérapeutique chez les patients sous isotrétinoïne était supérieure aux autres traitements notamment les traitements topiques. On peut expliquer l'adhérence élevée à l'isotrétinoïne par la satisfaction importante des patients qui sont sous ce traitement malgré les effets indésirables classiques des rétinoïdes. D'autre part, la faible adhérence aux traitements topiques peut être justifiée par les effets secondaires. Pour éviter ces EI, dans notre contexte, on demande aux patients d'appliquer le traitement topique un jour sur deux avec une bonne hydratation du visage puis on passe à une application par jour ce qui explique l'adhérence élevée au traitement topique dans notre étude. L'étude de Zaghoul et al a montrée que l'adhésion au traitement est positivement corrélée à la satisfaction du traitement, la sévérité de la maladie, l'âge moins de 20 ans, un niveau scolaire universitaire et un traitement oral par l'isotrétinoïne. The French Acne Guidelines Working group recommande d'éduquer les patients pour améliorer l'observance thérapeutique, d'informer le patient que le traitement n'est pas curatif, l'efficacité du traitement n'est pas immédiate; une application et/ou une prise régulière pendant plusieurs semaines est nécessaire pour obtenir une amélioration des lésions. Le traitement d'entretien est obligatoire une fois que la rémission a été obtenue par le régime d'induction. L'irritation locale fréquemment induite par les traitements topiques peut être évitée en commençant par une application un jour sur deux et en utilisant des crèmes hydratantes.

Conclusion : Notre étude montre que l'adhérence au traitement topique est élevée, notamment lorsque l'on éduque les patients sur la prévention des effets indésirables. En plus, l'identification du profil des patients à faible adhérence au traitement est indispensable pour permettre une stratégie thérapeutique efficace.

Références :

- 1/ Hayran, Yıldız; İncel Uysal, Pınar; Öktem, Ayşe; Gür Aksoy, Güneş; Akdoğan, Neslihan; Yalçın, Başak (2019). Factors Affecting Adherence and Patient Satisfaction with Treatment: A Cross Sectional Study of 500 Patients with Acne Vulgaris. Journal of Dermatological Treatment,
- 2/ Donnarumma, M., Fattore, D., Greco, V., Ferrillo, M., Vastarella, M., Chiodini, P., & Fabbrocini, G. (2019). How to Increase Adherence and Compliance in Acne Treatment? A Combined Strategy of SMS and Visual Instruction Leaflet. Dermatology, 1–8.
- 3/ Le Cleach, Guidelines for the management of acne: recommendations from a French multidisciplinary group, British Journal of Dermatology, 2023

La prise en charge de l'acné par les médecins généralistes de la région de Souss-Massa

H. Boumlik, S. AMAL

Service de dermatologie, CHU Mohammed VI, Marrakech

Introduction : L'acné est une pathologie fréquente, est principalement prise en charge par les médecins généralistes en raison de la pénurie de dermatologues. Cette étude se concentre sur la gestion de l'acné par les médecins généralistes de la région de Souss-Massa.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive transversale, réalisée par questionnaire, diffusé auprès de 150 médecins généralistes de la région de Souss-Massa entre juin 2023 et janvier 2024.

Résultats : Au total, 110 médecins généralistes ont participé à l'étude. Plusieurs points de difficulté ont été identifiés : seulement 55 % des médecins prescrivaient le traitement adéquat pour l'acné rétentionnelle, et un tiers d'entre eux proposaient un traitement approprié pour l'acné juvénile à prédominance inflammatoire. Néanmoins, certains aspects semblaient mieux maîtrisés, comme l'antibiothérapie, avec la doxycycline, majoritairement prescrite. Plus de 50 % des praticiens indiquaient des examens complémentaires en cas de suspicion d'acné hormonale. 33% des médecins généralistes prescrivaient l'isotrétinoïne par voie orale. De plus, 73% des médecins prescrivaient un traitement de première intention pour une durée de 3 mois avant de reconrôler. Enfin, 95 % des médecins orientaient les patients vers un dermatologue en cas de besoin. L'étude a également montré que les pratiques des médecins étaient influencées par des facteurs tels que les années d'expérience, la participation à un stage en dermatologie et la formation médicale continue sur l'acné.

Discussion : Cette enquête a mis en évidence la complexité de la prise en charge thérapeutique des patients acnéiques par les médecins généralistes, en particulier dans le cas d'une acné juvénile à prédominance inflammatoire et l'acné hormonale

Conclusion : Les médecins généralistes de la région de Souss-Massa adoptent de manière inégale les recommandations pour la prise en charge de l'acné. Il est crucial d'élaborer des algorithmes de traitement d'acné adaptés à notre contexte marocain afin d'améliorer leur application dans la pratique clinique.

ACNE AUX ANTITUBERCULEUX

Étude prospective à l'Hôpital Militaire Moulay Ismail de Meknès

(À propos de 51 cas)

La tuberculose est une maladie infectieuse, contagieuse, mais curable, toujours endémique dans notre pays. Son traitement repose sur la combinaison de plusieurs molécules pendant au moins 6 mois. Ces antituberculeux ne sont pas dénués d'effets secondaires, notamment cutanés, responsables dans certains cas d'une mauvaise observance thérapeutique avec risque d'émergence de souches résistantes.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective qui s'est déroulée sur une période de 3 ans, au sein du service de dermatologie et de pneumo-phtisiologie de l'Hôpital Militaire Moulay Ismail de Meknès.

Résultats

224 patients tuberculeux sont colligés. 51 patients, soit 22,7% des cas, ont développé des lésions acnéiformes après traitement antituberculeux. Leur moyenne d'âge était de 28 ans, le sexe ratio H/F était de 2. La durée moyenne d'apparition des lésions par rapport au début du traitement était de 71 jours. La forme clinique principale était une acné inaugurale (54,90%) plutôt qu'une poussée acné (29,41%) ou une éruption acnéiforme (15,69%). L'évolution était

favorable soit spontanément soit sous traitement. Aucune récurrence n'était constatée après contrôle à 3 mois.

Conclusion

Notre étude suggère qu'il s'agirait d'une véritable acné induite aux antituberculeux, présentant certaines particularités par rapport à une acné classique, d'évolution bénigne avec rémission après arrêt du traitement. Cependant, vu le jeune âge de nos patients et le faible échantillonnage de notre série, ces résultats devraient être confirmés par de larges études ultérieures.

Acné et dépression

L'acné est une dermatose inflammatoire chronique du follicule pilo-sébacé qui affecte surtout les adolescents et les sujets jeunes. Son caractère affinant, sa chronicité ainsi que la phobie de garder des cicatrices disgracieuses, sont responsables d'un retentissement psychologique important allant de l'angoisse et la perte de l'estime de soi à la dépression.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective étalée sur 18 mois, effectuée au sein du service de dermatologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès, colligeant tous les patients consultant pour l'acné.

Une recherche systématique objective d'une dépression par échelle NADS-D est faite avant tout traitement, suivie d'une évaluation après le traitement. Une corrélation entre la prise d'isotrétinoïne et la dépression sera également recherchée.

Résultats

Nous avons colligé 134 patients consultant pour une acné, dont 14 étaient considérés dépressifs. La moyenne d'âge était de 18,86 \pm 2,38, avec une prédominance féminine de 64,3%. Tous les patients sont célibataires, sans antécédents psychiatriques personnels ni familiaux. Les antécédents familiaux d'acné étaient présents chez 42,9% des patients.

L'ancienneté de l'acné était en moyenne de 3,14 \pm 1,87.

On notait une prédominance d'acné rétentionnelle pure à 57,1%, contre 37,5% pour les lésions mixtes. La topographie multi locale était prédominante à 64,3% et c'était un paramètre statistiquement significatif. La sévérité était moyenne à 50%, sévère à 28,6% et très sévère à 21,4%.

La rémission de la dépression était objectivée après l'amélioration de l'acné. Aucun nouveau cas n'est constaté notamment chez les patients mis sous isotrétinoïne.

Discussion

Parmi les paramètres étudiés, seule la localisation étendue était un paramètre significatif dans notre population. Il n'y avait pas de corrélation entre prise d'isotrétinoïne et de dépression.

Conclusion L'acné peut engendrer une dépression, cela reste rare mais possible. L'isotrétinoïne n'est pas un facteur prédisposant. L'amélioration de l'acné a donné une amélioration du score de dépression chez tous les patients. L'émergence d'une dépression ne dépend pas toujours de la sévérité objective de l'acné.

Acné et variation saisonnière

N. TAHRI¹, O. HORMI¹, K. BELHARTI¹, N. ZERROUKI^{1,2}, S. DIKHAYE^{1,2}, N. ZIZI^{1,2}

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

4- Laboratoire d'épidémiologie, de recherche scientifique et de santé publique, faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Maroc.

Introduction :

L'acné est une pathologie inflammatoire chronique du follicule pilosébacé qui touche généralement l'adolescent.

C'est une maladie multifactorielle, sa gravité peut varier selon plusieurs facteurs comme le stress, le régime alimentaire, le climat et la saisonnalité.

Le but de notre travail est d'étudier les variations de la sévérité de l'acné selon les saisons chez les patients suivis dans notre service.

Matériels et méthodes :

Pour la réalisation de ce travail, nous avons colligé les patients suivis dans notre service pour un acné vulgaire durant la période allant de Janvier 2022 à Janvier 2024. Afin de limiter les biais potentiels, seuls les patients n'ayant reçu aucun traitement préalable ont été retenus.

Les données sociodémographiques ont été recueillies par l'interrogatoire. Le degré clinique de l'acné a été évalué à l'aide d'une échelle standard, divisant les patients en acné légère, modérée et sévère. Ainsi, les variations saisonnières de l'acné ont été évaluées en utilisant cette échelle (les patients ont été montrés des images représentatives de différentes sévérités d'acné pour qu'ils puissent évaluer les variations en fonction des conditions climatiques).

L'étude analytique a été réalisée à l'aide du test Chi 2 ou test de Fischer pour comparer les variables qualitatives. Un seuil de $p < 0,05$ était considéré comme significatif.

Résultats :

Nous avons colligé au total 121 patients, dont 85 hommes (70,25%) et 36 femmes (29,75%), avec un âge moyen de 22,5 +/- 3,2 ans. 70,24% des patients étaient des étudiants. La durée moyenne de l'évolution d'acné était de 2,84 +/- 2,58 ans. L'acné modérée était la forme la plus fréquente (55,5%), suivie de l'acné sévère (34,1%) puis légère (10,4%). Vingt-six virgule quarante-cinq pourcent des patients seulement utilisaient une protection solaire.

Quarante-quatre virgule soixante-trois pourcent (44,63%) des patients n'ont pas noté une variation de la gravité de leur acné avec le changement des saisons, alors que 55,37% des patients ont noté un changement. Parmi ces derniers : 47,76% ont noté une aggravation de leur acné durant l'été seulement (dont 62,5% étaient du sexe masculin Vs 37,5% du sexe féminin), 22,40% ont noté une aggravation de leur acné durant l'automne (53,33% hommes Vs 46,67% femmes) et 29,84% des ont noté l'aggravation durant les 2 saisons (55% hommes Vs 45% femmes).

Une association statistiquement significative a été notée entre l'aggravation de l'acné et l'été ($p=0,03$).

Discussion :

L'acné est une affection cutanée inflammatoire fréquente, touchant une grande proportion de la population adolescente et jeune adulte. Bien qu'il ait longtemps été admis que l'exposition au soleil améliore l'acné grâce à ses effets asséchants et antibactériens, notre étude, ainsi que plusieurs recherches récentes, montrent que cette croyance est nuancée, les variations saisonnières jouant un rôle significatif dans l'évolution de l'acné.

Nos résultats montrent que l'acné s'aggrave souvent en été, ce qui concorde avec l'étude de Yentzer et al., qui attribue cette exacerbation à une production accrue de sébum stimulée par la chaleur et l'humidité. La chaleur active les glandes sébacées, augmentant la production de sébum, obstruant les follicules pileux et favorisant la prolifération de *Propionibacterium acnes*. De plus, la transpiration excessive en été contribue à l'occlusion des pores et à l'inflammation cutanée. Bien que le soleil puisse avoir un effet asséchant temporaire, il peut également entraîner une production compensatoire accrue de sébum. De plus, l'exposition prolongée peut provoquer une inflammation et aggraver les lésions acnéiques.

Dans notre étude, l'acné s'est également aggravée en hiver chez certains patients. Ce phénomène peut être expliqué par le froid sec qui augmente la déshydratation, entraînant une production accrue du sébum comme mécanisme compensatoire. Ainsi, la réduction de l'exposition au soleil en hiver limite également les effets immunomodulateurs naturels des UV, favorisant l'inflammation cutanée et l'acné. En outre, le stress, particulièrement fréquent chez les jeunes patients durant les périodes d'examens, peut également expliquer l'aggravation de l'acné. Le stress est connu pour stimuler la production de cortisol, une hormone qui peut exacerber l'inflammation cutanée et aggraver les symptômes de l'acné.

Notre étude a révélé une amélioration de l'acné en automne, ce qui concorde avec l'étude d'Emmanuel et al., ou a noté une réduction significative des lésions acnéiques pendant l'automne et le printemps, attribuée à la stabilité climatique et à une exposition solaire modérée offrant des effets anti-inflammatoires sans les risques associés à une exposition excessive.

En pratique, Pour atténuer ces fluctuations saisonnières, il est recommandé d'utiliser des écrans solaires non comédogènes en été et des crèmes hydratantes riches en hiver pour protéger la barrière cutanée. Une routine de soins équilibrée et un suivi dermatologique régulier sont essentiels, particulièrement en automne, pour stabiliser l'acné.

Conclusion :

Les variations saisonnières jouent un rôle significatif dans l'évolution de l'acné, avec des exacerbations notables en été et en hiver, et des améliorations durant le printemps et l'automne. Une compréhension approfondie de ces influences saisonnières permet d'adapter les stratégies thérapeutiques et préventives, optimisant ainsi la prise en charge clinique de l'acné tout au long de l'année.

Références :

1. Yentzer, B. A., et al. (2012). Seasonality of acne vulgaris: winter regression and summer flare in patients treated in a multiracial acne clinic. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 66(3), e85-e91. DOI:

10.1016/j.jaad.2010.12.020

2. Kim, J. (2005). Review of the innate immune response in acne vulgaris: activation of Toll-like receptor 2 in acne triggers inflammatory cytokine responses. *Dermatology*, 211(3), 193-198. DOI: 10.1159/000086538
3. Yeung, C. K., et al. (2002). Acne vulgaris: an overview of diagnosis and treatment. *Journal of Dermatological Treatment*, 13(2), 103-112. DOI: 10.1080/095466302317583391
4. Kligman, A. M. (1974). Acne vulgaris: tricks and treatments. *Postgraduate Medicine*, 55(5), 86-90.
5. Vaughan-Jones, S. A., et al. (2000). Winter exacerbation of acne vulgaris: a study of seasonal variation in sebum excretion. *British Journal of Dermatology*, 142(3), 600-604.
6. Ghodsi, S. Z., et al. (2009). The prevalence and severity of acne among schoolchildren in Iran: results of a nationwide study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 23(2), 144-148.
7. Farrar, M. D., et al. (2013). Changes in skin microbiota following exposure to ultraviolet radiation. *Journal of Investigative Dermatology*, 133(1), 92-98.
8. Mallon, E., et al. (1999). The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using generic questionnaires. *British Journal of Dermatology*, 140(4), 672-676.
9. Emmanuel, T., et al. (2016). Seasonal variation and the impact of sunlight on acne: a cross-sectional study in adolescents. *Photodermatology, Photoimmunology & Photomedicine*, 32(5-6), 231-235.
10. Draelos, Z. D. (2010). The effect of sun exposure on acne. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 9(4), 265-270
11. Del Rosso, J. Q., & Kim, G. (2013). Optimizing use of oral antibiotics in acne vulgaris. *Dermatologic Clinics*, 31(1), 15-24.
12. Zaenglein, A. L., et al. (2016). Guidelines of care for the management of acne vulgaris. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 74(5), 945-973.e33.

Efficacité et innocuité de la spironolactone orale dans le traitement de l'acné hormonale de la femme adulte : à propos de 5 cas

W. Atine ; F. Hali ; B. Baghdad ; S. Chihab

Service de dermatologie-vénérologie, CHU Ibn Rochd

Introduction :

L'incidence de l'acné vulgaire chez la femme adulte est en nette augmentation. Sa physiopathologie se distingue de celle des adolescentes essentiellement par deux facteurs : inflammatoire et surtout hormonal. Sur le plan thérapeutique, les quatre types de traitements systémiques approuvés pour l'acné féminine comprennent les cyclines dont la prescription est limitée par les résistances bactériennes, les sels de zinc qui s'avèrent moins efficaces que les cyclines et les antiandrogènes qui exposent au risque de phlébite et l'isotrétinoïne, mais son utilisation chez les femmes en âge de procréer est déconseillée en raison des risques tératogènes. Dans ce contexte, la spironolactone pourrait représenter une alternative intéressante.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude monocentrique prospective étalée sur 9 mois depuis février 2024 jusqu'à octobre 2024, menée au sein du service de dermatologie-vénérologie au CHU Ibn Rochd, Casablanca. Nous avons inclus les patientes dont l'âge est supérieur à 20 ans qui présentent une acné vulgaire et qui n'ont pas utilisé des antibiotiques et/ou des isotrétinoïnes topiques au cours des 15 derniers jours, des cyclines et/ou des sels de zinc au cours des 3 derniers mois, et des isotrétinoïnes systémiques et/ou des antiandrogènes au cours des 6 derniers mois. Nous avons exclu les patientes affectées par des maladies évolutives, les patientes atteintes de rosacée et les patientes ayant une contre-indication au traitement par la spironolactone. Le protocole

d'intervention était la spironolactone orale à dose de 150mg/j pendant 9 mois associée à un traitement topique à base de peroxyde de benzoyle à 5%. L'efficacité était appréciée par le score AFAST 1 (GEA), AFAST 2 (score mandibulaire), score ECLA (F2) et le score CADI (qualité de vie). L'innocuité était basée sur le nombre et type des effets secondaires rapportés et sur l'ionogramme sanguin.

Résultats :

Au total 5 patientes ont été colligées avec une moyenne d'âge de 25 ans. A M0 : 3 patientes avaient un score AFAST 1 à 3, un score AFAST 2 à 2, un score ECLA à 2 et un score CADI à 13 et 2 patientes avaient un score AFAST 1 à 4, un score AFAST 2 à 3, un score ECLA à 4 et un score CADI à 15. A M9 : toutes les patientes avaient un score AFAST 1 (GEA) à 1, un score AFAST 2 à 1 avec une nette diminution des lésions rétentionnelles et inflammatoire du visage, une amélioration du score ECLA (F2) avec une nette régression des lésions acnéiformes localisées à distance du visage et une amélioration des scores de la qualité de vie (CADI questionnaire). Quant aux effets secondaires, une patiente avait rapporté une polyurie et une autre avait mentionné des céphalées, par ailleurs, l'utilisation de la spironolactone orale chez le reste des candidates était bien tolérée. L'ionogramme (K⁺, Na⁺, Ca²⁺, Cl⁻) était normal dans tous les cas.

Discussion :

La spironolactone pourrait être un choix thérapeutique intéressant à travers son effet anti androgénique. Elle bloque l'activité de la 5 alpha réductase type 1 au niveau du follicule sébacé inhibant ainsi la transformation de la testostérone en dihydrotestostérone (DHT), augmente la synthèse des globines liant la testostérone (SHBG) diminuant ainsi la fraction de la testostérone libre active et inhibe la production de l'hormone lutéinisante (LH) au niveau de la glande hypophysaire. Rejoignant nos résultats, l'étude FASCE mené à Nantes a démontré la supériorité de la spironolactone sur la cycline dans le traitement de l'acné de la femme adulte, il s'agit d'un essai randomisé qui pourrait avoir un impact sur la pratique quotidienne, conduisant le dermatologue à prescrire ce traitement avec la garantie d'une balance bénéfique/risque acceptable.

Conclusion :

Le traitement fréquemment utilisé dans l'acné féminine est l'antibiotique systémique à plusieurs cures, car il s'agit d'une maladie inflammatoire chronique. Dans le contexte de la récente révélation de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la menace mondiale grave que représente la résistance aux antibiotiques pour la santé publique, la prescription de la spironolactone pourrait offrir au médecin une autre alternative dans le traitement de l'acné chez la femme adulte, au lieu d'utiliser l'isotrétinoïne, qui est plus complexe, à gérer.

Cicatrices d'acné : prévalence et impact sur la qualité de vie : une série de 147 cas

H. Ammari, H.kerrouch M.amraoui, T. Hanafi,J. El azhari, Y. Zemmez, R. Frikh, N. Hjira
Service de dermatologie, hôpital militaire d'instruction Mohammed V, université Mohammed
V, Rabat

Introduction : L'acné est une affection dermatologique courante, en guérissant, cette affection laisse des marques plus ou moins profondes et durables. Certaines disparaissent complètement, d'autres laissent des cicatrices indélébiles. Mais quelle que soit leur intensité, elles représentent la première crainte des patients acnéiques. Malgré la rareté des données, on pense que les cicatrices d'acné ont un impact négatif sur la qualité de vie des patients. Par conséquent, le but de la présente étude était d'évaluer la prévalence des cicatrices d'acné et leur impact sur la qualité de vie (QV) de nos patients.

Méthodes : Une étude rétrospective menée sur des patients admis dans notre service de dermatologie. Nous avons inclus 147 patients souffrant d'acné. Les données recueillies à partir des dossiers médicaux comprenaient : l'âge de début de l'acné, l'âge au moment de la prise en charge initiale, le sexe, la gravité de l'acné, l'impact des cicatrices sur la qualité de vie a été réalisé à l'aide de l'indice de qualité de vie en dermatologie (DLQI).

Résultats : Au total, 147 patients souffrant d'acné ont été inclus. 66,7 % étaient des femmes et 33,3 % étaient des hommes. Leur âge moyen était de $24,4 \pm 5,26$ ans. Pour tous les patients, l'âge au début de l'acné, l'âge au moment du traitement initial étaient respectivement de $16,4 \pm 1,58$ et de $19,4 \pm 2,11$ ans. Pour la gravité de l'acné, 27,2% des patients avaient une acné légère, 53,1% une acné modérée, 12,2% une acné sévère et 7,5% une acné très sévère. Sur les 147 patients atteints d'acné, 124 patients (84,4%) avaient des cicatrices d'acné. Les scores totaux moyens DLQI étaient de $6,1 \pm 3,9$ pour les patients avec cicatrices, ce qui est significativement plus élevé que $4,5 \pm 3,4$ pour les patients sans cicatrices.

Conclusion : Cette étude met en évidence la forte prévalence des cicatrices chez les patients atteints d'acné et leur impact significatif sur la qualité de vie qui augmente avec la gravité des cicatrices.

Impact des cicatrices d'acné sur la qualité de vie des patients

Kaoutar Belharti^{1,2}, Nada Tahri^{1,2}, Nassiba Zerrouki ^{1,2} ; Nada Zizi^{1,2} ; Siham Dikhaye^{1,2}

1 Service de dermatologie, vénéréologie et allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda

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

Introduction

Les cicatrices d'acné constituent une séquelle fréquente et psychologiquement débilite de l'acné, particulièrement chez les jeunes adultes. L'évaluation de la gravité des cicatrices et leur impact sur la qualité de vie des patients sont essentiels pour guider les stratégies thérapeutiques. Notre objectif est d'évaluer l'impact de la sévérité des cicatrices d'acné sur la QDV des patients dans la population générale.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude analytique rétrospective menée au service de dermatologie, ayant colligé les patients ayant consulté pour acné, durant la période de juin 2021 à juin 2024. L'évaluation de la

sévérité des cicatrices d'acné a été faite par l'ECCA (échelle d'évaluation clinique des cicatrices d'acné) et les scores FASQoL (Facial Acne Scar quality of life) et DLQI ont été utilisés pour évaluer la qualité de vie.

Nous avons défini 2 groupes de patients, un groupe qui avait des cicatrices sévères selon le score de l'ECCA et un groupe non sévère (associant les patients avec un score léger et modéré). La comparaison entre les deux groupes a été réalisée avec le test de Chi2, une valeur $p < 0,05$ a été utilisée pour caractériser les résultats statistiquement significatifs.

Résultats

Au total, 180 ont été colligées, l'âge moyen était de $25,5 \pm 6,7$ ans, avec une nette prédominance féminine avec un sex-ratio F/H de 1,88. Selon l'échelle d'évaluation clinique des cicatrices d'acné (ECCA), 32% de nos patients ont présenté des cicatrices sévères, par rapport à 68% avec des cicatrices non sévères (31% avec un score léger et 37% un score modéré). Le score moyen du FASQoL était de 27 ± 7.1 dans le groupe des patients avec cicatrices d'acné sévère, par rapport à 7.5 ± 2.8 dans le groupe cicatrices non sévère avec une différence statistiquement significative (**$p = 0,016$**). Un score DLQI supérieur à 11 était présent chez 41,2% des patients avec cicatrices sévères par rapport à 12,7% des patients avec cicatrices non sévères soit une différence statistiquement significative entre les 2 groupes (**$p = 0,021$**).

Discussion :

Selon l'échelle d'évaluation clinique des cicatrices d'acné (ECCA), 38% de nos patients présentaient des cicatrices sévères. Le score moyen du FASQoL était de 27 ± 7.1 chez les patients avec cicatrices sévères, de même, un score DLQI supérieur à 11 a été observé chez 41,2% des patients avec cicatrices sévères, avec des différences statistiquement significative. Nos résultats corroborent les travaux de Dreno et al., qui ont démontré que la sévérité des cicatrices d'acné est fortement corrélée à une détérioration de la qualité de vie, mesurée par le DLQI. De plus, une étude menée par Layton AM et al. montre que les cicatrices d'acné sévères sont souvent associées à une détresse émotionnelle et à une baisse significative de l'estime de soi, ce qui se reflète dans les scores FASQoL plus élevés observés dans notre cohorte [1-3].

Conclusion :

L'acné et ses séquelles cicatricielles ont un impact significatif sur la qualité de vie des patients, en particulier chez les jeunes adultes. Nos résultats soulignent la nécessité d'une prise en charge précoce et adéquate des cicatrices d'acné pour minimiser leur impact psychologique et améliorer la qualité de vie des patients.

Références

1. **Koo J, Yeung J.** "Psychosocial impact of acne and post-acne scarring in the context of the patient experience." *Journal of the American Academy of Dermatology*, 86(2), 287-294. DOI:10.1016/j.jaad.2021.08.032.
2. **Dreno B, Thiboutot D, Layton AM, et al.** "Large-scale international study of quality of life in patients with severe acne." *Journal of Dermatological Treatment*, 29(6), 575-580. DOI:10.1080/09546634.2018.1443106.
3. **Layton AM, Henderson CA, Cunliffe WJ.** "Psychosocial impact of facial scarring and the need for acne management strategies." *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, 14, 443-450. DOI:10.2147/CCID.S300593

"Comprendre l'inévitable : Facteurs prédictifs de la survenue des cicatrices d'acné"

O. Hormi¹ ; L. El yamani¹ ; N. Zerrouki^{1,2} ; N. Zizi^{1,2}

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

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

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

Introduction :

L'acné est une dermatose inflammatoire chronique multifactorielle très répandue, en particulier chez les adolescents et les jeunes adultes.

Bien qu'elle soit généralement perçue comme une condition bénigne, ses effets sur la qualité de vie des individus peuvent être profonds, en particulier lorsque des cicatrices permanentes se développent.

Les cicatrices d'acné présentent une séquelle fréquente et souvent débilitante, elles peuvent non seulement altérer l'aspect esthétique de la peau, mais également avoir un impact psychologique significatif, affectant la confiance en soi et la santé mentale des patients. (1)

Le but de notre étude est d'identifier les différents facteurs associés à la survenue des cicatrices chez les patients acnéiques.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique menée sur les patients ayant consulté au Centre Hospitalier Mohammed 6 d'Oujda pour acné, durant la période allant de janvier 2020 à Janvier 2024.

Deux groupes de patients ont été définis : Le premier groupe comporte les patients ayant consulté pour une acné mais n'ayant pas développé de cicatrices. Le deuxième groupe comprend les patients ayant également consulté pour acné, mais présentant des cicatrices résultant de cette condition cutanée

Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne \pm écart type et les variables qualitatives ont été exprimées par l'effectif et le pourcentage. [1]

La régression logistique a été utilisée pour étudier les facteurs associés à la survenue des cicatrices en analyse univariée puis multivariée.

Un seuil de $p < 0,001$ a été considéré comme significatif. [1]

Résultats :

Sur les 340 patients acnéiques inclus dans l'étude, 232 (68,2 %) présentaient des cicatrices.

L'âge moyen dans le groupe avec cicatrices d'acné était de 26,19 ans \pm 6,99, tandis que celui du groupe sans cicatrices d'acné était de 23,02 ans \pm 5,16, avec une différence statistiquement significative (odds ratio (OR) = 1,075 (IC à 95 % : 1,035-1,117 ; $p < 0,001$).

En ce qui concerne la répartition par sexe, une prédominance féminine a été notée dans les deux groupes.

Le pourcentage d'acné sévère dans le groupe avec cicatrices était de 81,9%, tandis qu'il était de 38,8% dans le groupe sans cicatrices, la sévérité de l'acné était un facteur prédictif de la survenue des cicatrices (OR = 6,81 (IC à 95 % : 2.68-13.32) ; $p < 0,001$).

Pour les antécédents familiaux, 78,4% ont signalé des antécédents familiaux d'acné dans le groupe avec cicatrices, contre seulement 16,7% dans le groupe sans cicatrices, avec une association statistiquement significative (OR = 38,81 (IC à 95 % : 14,03-107,36) ; $p < 0,001$).

Quant à la photoprotection, aucune différence significative n'a été constatée entre les 2 groupes. Cependant, la manipulation des lésions a été identifiée comme un facteur de risque majeur (OR de 17,319 (IC à 95 % : 9,682-30,98) ; $p < 0,001$).

De même, l'évolution prolongée de l'acné était fortement associée à la formation de cicatrices (OR de 9,785 (IC à 95 % : 5,63-16,99) ; $p < 0,001$) ; dans le groupe présentant des cicatrices d'acné, la répartition des patients selon la durée de leur affection est la suivante : 3,4% ont eu de l'acné depuis moins d'un an, 70,7% ont déclaré une durée de 1 à 5 ans, et 25,9% de plus de 5 ans. En revanche, dans le groupe sans cicatrices d'acné, la répartition est notablement différente, avec 56,5% des patients ayant développé de l'acné dans l'année précédant l'étude, 34,3% présentant une durée d'évolution de 1 à 5 ans, et seulement 9,3% signalant une histoire d'acné de plus de 5 ans.

Le délai moyen d'instauration du traitement dans le groupe avec cicatrices était plus long par rapport au groupe sans cicatrices (9,42 mois +/- 6,24 mois Vs 5,23 mois +/- 2,77 mois), avec une différence statistiquement significative entre les 2 groupes (OR de 1,208 (IC à 95 % : 1,135-1,286) ; $p < 0,001$).

Enfin, la prise d'isotrétinoïne a été identifiée comme un facteur protecteur contre les cicatrices d'acné (OR de 3,550 (IC à 95 % : 1,399-9,007) ; $p < 0,001$).

Discussion :

Les cicatrices d'acné représentent une réponse altérée de la cicatrisation à l'inflammation cutanée, ce qui conduit à un déséquilibre dans la dégradation de la matrice et la biosynthèse du collagène. Bien que la cicatrisation soit une conséquence fréquente de l'acné vulgaire inflammatoire, tous les patients ne développent pas de cicatrices. (2)

Alors que de nombreuses études épidémiologiques ont examiné les facteurs de risque de l'acné, moins d'études ont spécifiquement étudié les facteurs de risque de la sévérité de l'acné et des cicatrices.

Une méta-analyse réalisée par Liu, L. et al en 2023, a révélé que 47 % des patients atteints d'acné souffraient de cicatrices d'acné et que le sexe masculin, les antécédents familiaux positifs d'acné et la sévérité de l'acné étaient des facteurs de risque pour les cicatrices d'acné. (3)

Une autre étude menée en Équateur, incluant 404 participants, a conclu que le sexe masculin, la durée de l'acné supérieure à 1 an, une peau grasse et la présence d'acné sur le cou étaient significativement associées à la présence de cicatrices d'acné. (4)

Notre étude a révélé une prédominance féminine chez les patients présentant des cicatrices, ce qui concorde avec les résultats de Hayachi et al ; ceci peut être expliqué par la tendance des femmes à consulter davantage que les hommes pour des problèmes liés à l'acné. (5)

Dans le groupe sans cicatrices, l'âge au moment du premier traitement était significativement plus jeune et le délai moyen d'instauration du traitement était plus court par rapport au groupe avec cicatrices, suggérant que la formation de cicatrices peut être évitée en commençant le traitement à un âge plus précoce. (6)

Say et al ont observé que le fait qu'un seul parent soit atteint d'acné augmenterait la probabilité de cicatrices d'acné de grade 3/4 à 14,925%, ce qui concorde avec notre étude où les antécédents familiaux positifs étaient significativement liés à la survenue des cicatrices d'acné. (7)

Parmi les autres facteurs prédictifs, la durée prolongée de l'évolution de l'acné était associée à la présence de cicatrices dans notre étude, ce qui a été également rapporté par Tan et al. (8)

Conclusion :

Comprendre les facteurs qui influencent la survenue des cicatrices d'acné revêt une importance cruciale dans la gestion clinique de cette affection. En identifiant ces facteurs prédictifs, les cliniciens peuvent non seulement évaluer le risque individuel de développer des cicatrices d'acné, mais également élaborer des stratégies de prévention et de traitement personnalisées pour minimiser leur incidence et leur gravité.

Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre les mécanismes sous-jacents de ces associations et développer des interventions ciblées pour la gestion de l'acné sévère.

Références :

1. Hazarika, N. (2021). Acne vulgaris: new evidence in pathogenesis and future modalities of treatment. *Journal of dermatological treatment*, 32(3), 277-285.
2. Holland, D., Jeremy, A. H. T., Roberts, S. G., Seukeran, D. C., Layton, A. M., & Cunliffe, W. J. (2004). Inflammation in acne scarring: a comparison of the responses in lesions from patients prone and not prone to scar. *British Journal of Dermatology*, 150(1), 72-81.
3. Liu, L., Xue, Y., Chen, Y., Chen, T., Zhong, J., Shao, X., & Chen, J. (2023). Prevalence and risk factors of acne scars in patients with acne vulgaris. *Skin Research and Technology*, 29(6), e13386.
4. Camacho, Mikaela Dominique, et al. "Risk factors for acne scarring in Ecuador." *medRxiv* (2023): 2023-05.
5. Hayashi, N., Miyachi, Y., & Kawashima, M. (2015). Prevalence of scars and "mini-scars", and their impact on quality of life in Japanese patients with acne. *The Journal of dermatology*, 42(7), 690-696.
6. Dreno, Brigitte, et al. "Evaluation of the prevalence, risk factors, clinical characteristics, and burden of acne scars among active acne patients in Brazil, France, and the USA." *journal of the american academy of dermatology*. mosby-elsevier, 2017.
7. Say, Y. H., Heng, A. H. S., Reginald, K., Wong, Y. R., Teh, K. F., Rawanan Shah, S. M., ... & Chew, F. T. (2021). Modifiable and non-modifiable epidemiological risk factors for acne, acne severity and acne among Malaysian Chinese: a cross-sectional study. *BMC public health*, 21(1), 1-
8. Tan, J., Kang, S., & Leyden, J. (2017). Prevalence and risk factors of acne scarring among patients consulting dermatologists in the USA. *Journal of drugs in dermatology: JDD*, 16(2), 97-102. scarring

Évaluation du statut en ferritine chez les patients atteints d'acné

Ouissal Essadeq, Hyba Taounza, Karima Senouci, Leila Benzekri Service de dermatologie-vénérologie, Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina, Université Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction et Objectifs : L'acné est une affection dermatologique courante, souvent associée à des facteurs hormonaux et génétiques. Cependant, le rôle des micronutriments, comme le fer, est moins étudié. Cette étude a pour but d'évaluer la prévalence de la carence en ferritine chez les patients atteints d'acné et d'explorer une éventuelle corrélation entre les niveaux de ferritine et la gravité de l'acné. **Matériels et Méthodes :** Cette étude transversale a été réalisée au sein du service de dermatologie du CHU Ibn Sina à Rabat, Maroc. Un total de 85 patients, de différents sexes et présentant divers degrés de gravité de l'acné, a été inclus. Les patients ont été répartis en quatre groupes en fonction du type d'acné : acné rétentionnelle, inflammatoire, mixte et acné conglobée sévère. Les niveaux de ferritine ont été mesurés chez tous les participants.

Résultats : L'étude a révélé que plus de 65 % des patients présentaient des niveaux de ferritine inférieurs à la normale. La carence en ferritine était plus fréquente chez les patients atteints d'acné inflammatoire et mixte. Cependant, aucune corrélation statistiquement significative n'a été trouvée entre les niveaux de ferritine et la gravité de l'acné. **Discussion :** Les résultats suggèrent une prévalence élevée de la carence en ferritine chez les patients souffrant d'acné, en particulier ceux présentant des formes inflammatoires. Bien que cette étude ne démontre pas une corrélation directe entre la gravité de l'acné et les niveaux de ferritine, elle souligne l'importance de prendre en compte le statut en fer dans la prise en charge de l'acné. En effet, la ferritine, étant un indicateur des réserves de fer, pourrait influencer la réponse immunitaire et les processus inflammatoires cutanés. De plus, ces résultats invitent à repenser le rôle des carences nutritionnelles dans les affections dermatologiques, au-delà des causes traditionnelles liées aux hormones et à la génétique. L'acné, particulièrement dans ses formes inflammatoires, pourrait être exacerbée par un déséquilibre des micronutriments, notamment le fer, dont la carence est souvent négligée en pratique clinique. **Conclusion :** Cette étude met en avant la nécessité de surveiller les niveaux de ferritine chez les patients acnéiques, en particulier ceux atteints de formes inflammatoires. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre le rôle du fer dans la pathogenèse de l'acné et pour déterminer si la correction de la carence en ferritine pourrait améliorer les résultats cliniques chez ces patients. Une approche plus globale incluant l'évaluation du statut nutritionnel pourrait ouvrir de nouvelles perspectives thérapeutiques dans la prise en charge de l'acné

Acné induite par l'application de l'huile de Ricin à propos de 2 cas

H. Hassan, A. Moussa, M. El Amraoui, M. Khalidi, R. Frikh, N. Hjira
Service de dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat

Introduction : L'acné se développe le plus souvent à la puberté. Elle atteint 80 % des jeunes entre 12 et 20 ans. Quelle que soit sa sévérité, l'acné a un fort retentissement psychosocial. L'acné exogène est induite par des facteurs externes tels que les agents cosmétiques, l'exposition aux huiles, la pression ou le frottement. Nous rapportant 2 cas d'acné inflammatoire sévère dû aux huiles.

Observations : Pour le premier cas, il s'agit d'une patiente âgée de 16 ans sans antécédent particulier ayant consulté pour des lésions acnéiformes localisées au niveau du visage d'apparition brutale 24h après l'application de l'huile de ricin. A l'examen, elle présentait une

acné inflammatoire de grade III avec un érythème et des multiples pustules sans nodules localisés au niveau des joues, du front, et du menton. **Il s'agit pour le deuxième cas**, d'une patiente âgée de 18 ans suivie pour acné légère du visage et du dos depuis 2 ans. Elle a présenté une acné sévère d'apparition brutale suite à l'application de l'huile de ricin au niveau du visage à but d'améliorer l'acné. A l'examen elle présentait une acné très inflammatoire sévère de grade IV avec multiples papules, des pustules, et des quelques nodules atteignant presque la totalité du visage. Le diagnostic d'une acné induite à l'huile de Ricin a été retenue. Elles ont été mises initialement sous Doxycycline pendant 3 mois sans amélioration. Une bonne évolution a été marquée sous Isotretinoïne.

Discussion : L'acné est une maladie inflammatoire chronique du follicule pilosébacé qui survient majoritairement à l'adolescence, et fait intervenir trois acteurs dans son développement : le kératinocyte du follicule pilosébacé, la glande sébacée, et une bactérie anaérobie *Propionibacterium acnes*. La forme commune de l'acné est l'« acné juvénile polymorphe ». *L'acné cosmétique* se présente généralement comme une acné avec des poussées inflammatoires et principalement des comédons. L'acné inflammatoire exogène est due à l'application d'huiles végétales ou de paraffine fluide (vaseline). Les Lésions prédominent surtout au niveau du menton et des joues. Ces deux patientes ont bien répondu à l'Isotretinoïne initialement 10mg/j pendant 3 mois puis 30mg/j avec une dose cumulée de 150mg/kg au total.

Conclusion : De nombreuses substances sont susceptibles de déclencher ou d'aggraver des lésions d'acné : huiles mécaniques, goudron, chlore (« chloracné ou acné chlorique »), cosmétiques inadaptés (« acnécosmetica »), huiles essentielles, etc. Le traitement par l'Isotretinoïne est proposé précocement dans les cas réfractaires aux cyclines afin de limiter la cicatrisation.

ACNE INFLAMMATOIRE DE LA FEMME ENCEINTE :

S.MHAIMER; R.CHAKIRI

DEPARTMENT DE DERMATOLOGIE VENEROLOGIE. CHU SOUSS MASSA

INTRODUCTION

L'acné est une dermatose chronique qui s'affecte par les changements hormonaux notamment durant la grossesse. Bien que les données épidémiologiques soient limitées, des études transversales et des enquêtes ont démontré que jusqu'à 43 % des femmes enceintes souffrent d'acné pendant la grossesse.

Bien que la pathogenèse soit complexe et peu étudiée, plusieurs changements hormonaux et physiologiques au cours des différentes étapes de la grossesse contribuent au développement de l'acné. L'acné pendant la grossesse est généralement inflammatoire, s'étend au tronc et est plus sévère pendant les deuxième et troisième trimestres.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective descriptive, menée les unités de planifications familiales mettre de la délégation d'Agadir Idaoutanane entre aout 2023 et aout 2024, incluant des femmes enceintes et des femmes en post partum immédiat qui présente une acné inflammatoire.

Résultats

- **Population étudiée** : un total de 32 patientes enceintes est recensé durant cette période, la majorité des femmes (50 %) avaient un IMC entre 25 et 30. 68,8 % des patientes avaient des antécédents d'acné.
- **Acné pendant la grossesse** : 45 % des patientes ont développé de l'acné précocement au cours de la grossesse, associé à un gain de poids de 4 à 7 kg ($p=0,037$). Les primipares (86 %) étaient plus susceptibles de présenter une acné précoce ($p=0,015$).
- **Sévérité de l'acné** : L'acné était principalement d'intensité légère à modérée, et ça était corrélé avec l'âge des patientes, chez la population moins de 30 ans y avait une prédominance de l'acné légère à moyenne, et contrairement à celles-ci l'acné sévère était présente chez la population de plus de 30 ans ($p=0,05$). les multipares étaient les plus exposées de développer une acné sévère contrairement à la primipare ou juste 18% entre elles avaient une acné sévère.
- **Localisation de l'acné** : Les joues étaient les plus touchées (22 patientes), suivies du menton (14 patientes).
- **Traitement** : Le traitement le plus souvent proposé était l'acide azélaïque, suivi du peroxyde de benzoyle. Bien que certaines patientes ont refusé tout traitement.
- **Retentissement psychologique** : 22 patientes ont signalé un retentissement psychologique lié à leur acné, indépendamment de la sévérité de l'acné ($p>0,05$). Ce retentissement psychologique est caractérisé par des refus de s'afficher, un manque d'estime de soi et une détérioration de la qualité de vie.

Discussion:

L'acné inflammatoire durant la grossesse constitue un défi clinique en raison des changements hormonaux et physiologiques associés à cette période. Nos résultats montrent que 45 % des patientes ont développé de l'acné précocement au cours de la grossesse, en lien avec un gain de poids significatif ($p=0,037$). Ce lien entre la prise de poids et le développement de l'acné souligne l'importance des modifications métaboliques dans la pathogenèse de l'acné chez les femmes enceintes.

De plus, nos données indiquent que les primipares sont plus susceptibles de développer une acné précoce (86 %, $p=0,015$), tandis que les multipares sont plus touchées par des formes sévères d'acné. Cette distinction suggère que la parité pourrait jouer un rôle important dans la sévérité de l'acné pendant la grossesse. L'âge des patientes a également influencé la gravité de l'acné, les femmes de moins de 30 ans présentant des formes plus légères, tandis que les femmes de plus de 30 ans étaient plus sujettes aux formes sévères ($p=0,05$).

La localisation des lésions a également été un point clé, les joues et le menton étant les zones les plus touchées, ce qui correspond aux données existantes sur la distribution de l'acné chez les

femmes enceintes. Le traitement proposé reposait principalement sur l'acide azélaïque et le peroxyde de benzoyle, des alternatives sûres pendant la grossesse, en complément une bonne protection solaire et des crèmes hydratantes non comédogènes avec un nettoyage régulier de la peau étaient recommandées, bien que 21.8 des patientes aient refusé tout traitement le pourcentage.

Un autre aspect important de nos résultats concerne le retentissement psychologique. Indépendamment de la gravité de leur acné, 22 patientes ont signalé un impact psychologique négatif. Ce résultat est en ligne avec les études existantes qui démontrent l'impact significatif de l'acné sur le bien-être émotionnel et la qualité de vie, même dans les formes légères de la maladie.

Ces données confirment que l'acné pendant la grossesse est un problème complexe qui mérite une attention particulière non seulement pour le traitement des lésions cutanées, mais aussi pour l'impact psychologique et émotionnel qu'elle entraîne. La prise en charge des patientes devrait ainsi intégrer une approche globale, tenant compte des facteurs physiques et psychologiques, afin d'améliorer leur qualité de vie pendant cette période particulière.

Conclusion :

L'acné inflammatoire pendant la grossesse est souvent aggravée, nécessitant des interventions thérapeutiques adaptées. Le lien entre le gain de poids, la parité, et la sévérité de l'acné, ainsi que l'impact psychologique, mérite une attention particulière.

Cela met en lumière l'importance d'une prise en charge adaptée de l'acné pendant la grossesse, tenant compte des implications physiologiques et psychologiques.

Comportement d'achat de produits anti-acnéiques chez les consommateurs marocains

K. Kaddar 1; Y. Joudeh 1 ; M. Benkaraache 1 ; N.Zerrouki 1,2 ; 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, Oujda Maroc

Introduction:

L'acné est une affection cutanée courante. Sa prise en charge peut varier en fonction des préférences des patients, de la gravité de l'acné et des options de traitement disponibles.

Comprendre le comportement d'achat des produits anti-acnéiques chez les consommateurs est essentiel pour améliorer la satisfaction des patients et optimiser les stratégies de commercialisation des produits.

Matériels et méthodes:

Nous avons recueilli les réponses d'un questionnaire pré-établi, qu'on a distribué aux patients consultant pour une acné. L'objectif de cette enquête était de mieux comprendre les préférences, les habitudes d'achat et les facteurs influençant les choix des produits anti-acnéiques au Maroc.

Résultats:

Cent cinquante-deux participants ont répondu au questionnaire, les femmes représentaient 65% avec des extrêmes d'âge allant de 18 à 35 ans et une moyenne d'âge de $25,51 \pm 3,93$ ans.

La majorité (88%) a déclaré avoir déjà souffert d'acné, avec une majorité signalant une acné de gravité modérée (53%). La durée moyenne d'évolution de leur acné était de $2,97 \pm 0,72$ ans avec des extrêmes de 2 à 4 ans. Parmi ceux qui ont souffert d'acné, 68% ont consulté un professionnel de santé pour le traitement de leur affection dont 57% ont vu un dermatologue.

En ce qui concerne le comportement d'achat, 62% des participants ont déclaré acheter des produits anti-acnéiques entre 1 à 4 fois par an. Les crèmes ou gels topiques étaient les produits les plus achetés (78%), suivis des gels nettoyants (56%), des masques pour le visage (29%) et des compléments alimentaires (18%). La plupart des participants (64%) ont acheté leurs produits anti-acnéiques en pharmacie ou en parapharmacie, 20% dans les grandes surfaces ou les boutiques de cosmétiques, tandis que 16% ont opté pour l'achat en ligne via des sites d'e-commerce.

Les recommandations d'un professionnel de santé étaient le principal facteur influençant le choix d'achat de produits anti-acnéiques (78%), suivi par le prix du produit (52%), la composition des ingrédients (47%) et la marque du produit (18%). Les avis et évaluations en ligne ou sur les réseaux sociaux (29%) ainsi que les conseils d'amis ou de la famille (27%) étaient également pris en compte lors de la décision d'achat.

La satisfaction générale des produits anti-acnéiques était mitigée, avec 57% des participants se déclarant satisfaits des résultats des produits qu'ils ont achetés, tandis que 43% n'étaient pas satisfaits. Parmi les participants insatisfaits, les principales raisons mentionnées étaient le manque d'efficacité du produit (63%) et l'apparition d'effets secondaires indésirables (29%) tels que l'irritation cutanée (14,8%), la sensation de brûlure (8,2%), la desquamation (5,6%) et une réaction allergique (0,4%).

La majorité des participants (78%) ont indiqué qu'ils aimeraient avoir accès à plus d'informations sur les produits avant de faire un achat. Ils souhaitaient principalement obtenir une liste complète des ingrédients (52%), des instructions d'utilisation détaillées (41%), et des recommandations de dermatologues (34%).

Discussion:

L'acné est un motif fréquent de consultation dermatologique au Maroc. Notre étude sur le comportement d'achat des consommateurs marocains souligne le rôle du dermatologue qui reste primordial dans le choix de ces produits. La majorité de nos participants préfèrent passer par le biais du dermatologue pour acheter des produits anti-acnéiques ce qui est en accord avec l'étude de Perche et al. (1).

Les produits anti-acnéiques sont disponibles dans différents points de vente, comme les pharmacies, les parapharmacies, les grandes surfaces, les boutiques de cosmétiques et les sites de vente en ligne. Cependant, plus de la moitié de nos participants préfèrent se procurer ces

produits des pharmacies ou parapharmacies en raison du profil de sécurité et de contrôle de ces structures, ainsi que de leur fiabilité et authenticité.

Parmi les facteurs influençant l'achat des produits, on trouve l'influence des recommandations des professionnels de santé et notamment les dermatologues. Ceci souligne l'importance de l'avis de ces derniers dans l'évaluation et la prescription des produits anti-acnéiques, tandis qu'une étude en Albanie portant sur les adolescents souffrant d'acné a mis en évidence le faible taux de consultation des dermatologues. (2)

Les préférences en matière de traitement de l'acné peuvent varier d'une population à une autre. Dans notre étude, les consommateurs marocains ont été influencés en deuxième lieu par le prix des produits, suivi la composition et la marque du produit. Tandis que dans une étude nigérienne (3) les facteurs qui influençaient le plus l'achat de produits étaient l'expérience de l'entourage (87,8%), le prix des produits (81,2%) et puis la marque du produit.

Conclusion:

Notre étude a permis de mettre en lumière les préférences et les habitudes d'achat des produits anti-acnéiques chez les consommateurs marocains.

Les résultats soulignent l'importance des recommandations des professionnels de la santé dans le choix des produits, ainsi que la demande pour plus d'informations détaillées avant l'achat. Les fabricants de produits anti-acnéiques pourraient utiliser ces informations pour mieux cibler leurs stratégies de marketing et de communication envers les consommateurs marocains.

Références:

- 1- Perche P, Singh R, Feldman S. Patient Preferences for Acne Vulgaris Treatment and Barriers to Care: A Survey Study. *J Drugs Dermatol.* 2022;21(11):1191-1195. doi:10.36849/JDD.6940.
- 2- Savo I, Jorgaqi E, Vasili E, Mishtaku S, Demaj D, Jafferany M. Treatment-seeking behavior, knowledge and beliefs about acne vulgaris among adolescents: A cross-sectional study in high school students in Tirana, Albania. *Dermatol Ther.* 2020;33(4):e13500. doi:10.1111/dth.13500
- 3- Israel CE, Ralph-Nwachukwu CI, Attah CA. Knowledge and Treatment Behaviour of Acne Vulgaris among Female Students of University of Nigeria, Enugu Campus, Enugu State, Nigeria. *Indian J Dermatol.* 2022;67(6):682-687. doi:10.4103/ijd.ijd_766_21

Acné : Au-delà de la peau, un combat psychologique.

S. Ait Oussous ; S. Belaasri ; I. Lakhal ; H. Kherbach ; S. Mhaimer ; H. El Halla ; B. El Idrissi ; Fz. El Alaoui El Abidi ; N. Kayouh ; R. Chakiri , Département de dermatologie, CHU Souss-Massa, Agadir, Maroc

Introduction : L'acné est une maladie inflammatoire chronique de l'unité pilosébacée. Lorsqu'elle n'est pas traitée elle peut entraîner la formation de cicatrices indélébiles et d'hyperpigmentation post-inflammatoire surtout chez nos phototypes méditerranéens.

Matériels et méthodes : Cette étude transversale descriptive et analytique, a été menée via un questionnaire anonyme sur « Google Forms » pendant une année. L'objectif était de recueillir les témoignages des patients afin d'explorer les répercussions psychologiques de l'acné, et de comprendre comment ils font face à cette condition.

Résultats : Au total, 386 réponses ont été colligées. L'âge moyen était de $20,2 \pm 6,5$ ans. Le sexe ratio F/H était de 5,1/1. La majorité des participants (83,9%) ont déclaré avoir au moins un parent atteint d'acné et 89,4% ont vu leurs premières lésions apparaître durant l'adolescence. Les zones les plus touchées étaient le visage (97,2%), le dos (40,4%), et les fesses (22,9%). La sévérité de l'acné était modérée à très sévère pour 67,1%, corrélée aux troubles de sommeil ($p < 0,001$), aux idées suicidaires ($p < 0,001$), aux automutilations ($p < 0,001$) et aux ruptures amoureuses ($p < 0,001$).

Concernant la prise en charge de l'acné, 11,1% ne faisait rien, tandis que la majorité suivaient diverses méthodes comme le recours au maquillage pour camoufler les lésions (69,9%), une hygiène rigoureuse (74,6%), ou des produits pharmaceutiques (72,8%).

Près de la moitié, avait recours aux produits naturels. L'usage de remèdes de grand-mère était corrélé à l'âge jeune ($p = 0,012$), le sexe féminin ($p < 0,001$), l'intensité légère de l'acné ($p < 0,001$), et l'antécédent familial d'acné ($p < 0,001$). Par ailleurs, 85,2% des participants souffraient quotidiennement de leur acné. 89,4% avaient une confiance en soi était altérée, 24,1% avaient vu une relation se terminer à cause de l'acné, et 12,4% avaient songé au suicide ou s'étaient infligés des blessures volontairement. L'acné serait également source de discrimination et d'injustice au travail comme à l'école d'après 47,7%. 78,8% ont déclaré être victime d'injures et de critiques par leur entourage, et 14,2% souffrait de violence physique ou verbale. En outre, la qualité de sommeil était altérée chez 73,6%.

Discussion : Souvent considérée comme une affection bénigne, l'acné peut être négligée par les patients et les professionnels de santé. Certains participants avaient essayé des approches non conventionnelles, ce qui souligne la nécessité de sensibiliser davantage le public aux traitements fondés sur des preuves scientifiques. Nos résultats démontrent l'impact psychologique majeur de l'acné, avec entre autres la baisse de l'estime de soi et les idées suicidaires. Il est crucial que les professionnels de santé écoutent attentivement les patients pour mieux comprendre leur expérience et adapter les traitements en conséquence.

Conclusion : Notre étude met en évidence la charge psychosociale considérable de l'acné, soulignant l'importance d'une prise en charge globale et multidisciplinaire.

Impact de l'adhérence thérapeutique sur l'amélioration clinique et psychologique des patients atteints d'acné

L. Benahmed¹, L. El Yamani¹, N. Zerrouki^{1, 2}, N. Zizi^{1, 2}

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 Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction

L'acné est une affection cutanée fréquente, touchant principalement les adolescents et les jeunes adultes. Ses répercussions vont bien au-delà des symptômes physiques, affectant profondément

le bien-être psychologique des individus. Une prise en charge optimale de l'acné nécessite une approche intégrée, combinant la prise en charge thérapeutiques et un soutien psychologique.

Matériel et Méthodes

Nous avons mené une étude transversale descriptive et analytique auprès de patients consultant pour acné en dermatologie. Un questionnaire a été diffusé sur les réseaux sociaux, explorant les caractéristiques démographiques, le type et la sévérité de l'acné, ainsi que les traitements suivis. Les données ont été analysées à l'aide du coefficient de corrélation de Pearson pour évaluer les relations entre la sévérité de l'acné, l'adhérence au traitement, la satisfaction des patients et leur bien-être psychologique.

Résultats

Parmi les 119 patients ayant répondu au questionnaire, 20 % avaient moins de 18 ans, 35 % entre 18 et 25 ans, et 25 % entre 26 et 35 ans. La majorité des patients étaient des femmes (78 %), et 40 % souffraient d'acné persistante depuis plus de 3 ans. Concernant le type d'acné, 60 % des patients ne connaissaient pas leur diagnostic précis, tandis que 20 % avaient une acné vulgaire et 12 % une acné comédonienne. La sévérité de l'acné était modérée chez 50 % des patients, et sévère chez 30 %.

Concernant les traitements anti-acnéiques, 63 % des patients suivaient un traitement : 45 % utilisaient des traitements topiques, 18 % des traitements oraux, et 16 % combinaient les deux. La fréquence d'application des traitements était rapportée comme "la plupart du temps" par 42 % des patients et "toujours" par 30 %. Pour les soins de la peau, 60 % des patients les utilisaient en complément de leur traitement médical, tandis que 20 % les utilisaient seuls. Les soins étaient principalement recommandés par des dermatologues (47 %), suivis des conseils de connaissances (24 %) et de recommandations sur les réseaux sociaux (17 %). Les produits les plus utilisés étaient les nettoyants pour peaux à imperfections (66 %), les écrans solaires (50 %) et les crèmes hydratantes (40 %).

Quant à l'amélioration de leur acné, 35 % des patients ont noté une amélioration "modérée" et 25 % une amélioration "significative". L'impact perçu des soins de la peau sur l'efficacité du traitement était jugé "modéré" par 40 % des patients et "léger" par 30 %. La satisfaction générale vis-à-vis de la gestion de l'acné était "satisfaisante" pour 50 % des patients, bien que 60 % d'entre eux souhaitaient encore améliorer leurs résultats. L'analyse psychologique a révélé que 30 % des patients se sentaient "souvent" stressés, et 20 % étaient "toujours" stressés.

Une corrélation négative modérée a été observée entre la sévérité de l'acné et l'adhérence au traitement ($r = -0,35$, $p < 0,01$), ainsi qu'une corrélation positive modérée entre la satisfaction perçue et l'adhérence au traitement ($r = 0,50$, $p < 0,001$). De plus, une corrélation positive modérée a été observée entre la satisfaction des patients et leur bien-être psychologique ($r = 0,45$, $p < 0,01$).

Discussion

Les caractéristiques démographiques de notre échantillon, notamment la prévalence élevée d'acné persistante et la majorité féminine, sont en adéquation avec les données de la littérature [1]. L'utilisation fréquente de traitements topiques concorde avec les recommandations de Zaenglein et al., qui soulignent leur efficacité pour les formes moins sévères d'acné [2].

L'adhérence relativement élevée aux traitements, avec 42 % des patients appliquant les traitements "la plupart du temps" et 30 % "toujours", est significative et conforme aux résultats d'autres études [3]. Par ailleurs, 60 % des patients utilisaient des soins de la peau en complément de leur traitement, ce qui est en accord avec les conclusions de Chularojanamontri

et al., qui insistent sur l'importance des nettoyants et hydratants dans la gestion de l'acné [4]. Zhao et al. ont également démontré que les soins de la peau peuvent renforcer l'efficacité des traitements anti-acnéiques [5].

La relation négative entre la sévérité de l'acné et l'adhérence au traitement met en avant l'importance de suivre rigoureusement les prescriptions. Une meilleure adhérence est corrélée à une réduction de la sévérité de l'acné. De plus, la corrélation positive entre la satisfaction perçue et l'adhérence confirme que les patients plus rigoureux dans leurs traitements sont généralement plus satisfaits des résultats obtenus. Enfin, l'analyse psychologique révèle que les patients ayant un meilleur bien-être psychologique sont également plus satisfaits de la gestion de leur acné, soulignant ainsi l'importance d'une approche holistique combinant les aspects cliniques et psychologiques [6].

Conclusion

En conclusion, la gestion de l'acné est optimisée lorsqu'une adhérence rigoureuse aux traitements est associée à une prise en compte des dimensions psychologiques. Les recherches futures devraient explorer des interventions visant à améliorer l'adhérence aux traitements et adopter des approches intégrées qui abordent à la fois les aspects cliniques et psychologiques de l'acné.

Références

- [1] B. Dréno, « Données récentes sur l'épidémiologie de l'acné », *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, vol. 137, p. S49-S51, nov. 2010, doi: 10.1016/S0151-9638(10)70024-7.
- [2] A. L. Zaenglein et al., « Guidelines of care for the management of acne vulgaris », *Journal of the American Academy of Dermatology*, vol. 74, no 5, p. 945-973.e33, mai 2016, doi: 10.1016/j.jaad.2015.12.037.
- [3] E. A. Kouotou et al., « Level of adherence to acne treatment and associated factors in patients with acne in Yaoundé, Cameroon (sub-Saharan Africa) », *Our Dermatol Online*, vol. 13, no 4, p. 368-374, oct. 2022, doi: 10.7241/ourd.20224.5.
- [4] L. Chularojanamontri, P. Tuchinda, K. Kulthanan, et K. Pongparit, « Moisturizers for Acne », *J Clin Aesthet Dermatol*, vol. 7, no 5, p. 36-44, mai 2014.
- [5] J. Zhao, Y. Wang, L. Jiang, et Y.-Z. Mu, « The application of skin care product in acne treatment », *Dermatol Ther*, vol. 33, no 6, p. e14287, nov. 2020, doi: 10.1111/dth.14287.
- [6] D. B et al., « The Impact of Acne, Atopic Dermatitis, Skin Toxicities and Scars on Quality of Life and the Importance of a Holistic Treatment Approach », *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, vol. 14, p. 623-632, juin 2021.

Sacro-iliite et impotence fonctionnelle partielle chez un adolescent après traitement par Isotrétinoïne: Un effet secondaire à ne pas méconnaître

Meryem El Bakkali, Ouiame El Jouari, Salim Gallouj

Service de dermatologie, CHU Mohammed IV Tanger

Faculté de médecine et de pharmacie Tanger, Université Abdelmalek Essaadi, Tanger, Maroc

Introduction :

L'acné vulgaire est un trouble inflammatoire chronique de l'unité pilo-sébacée. C'est également l'un des problèmes de santé les plus répandus auxquels les dermatologues sont régulièrement confrontés, et qui touche de nombreuses personnes à un moment ou à un autre de leur vie.

L'isotrétinoïne est un traitement efficace de l'acné sévère. Les effets secondaires musculo-squelettiques liés à l'isotrétinoïne sont fréquemment rapportés.

Nous rapportons le cas d'un patient de 15 ans qui a développé des complications musculo-squelettiques conduisant à une impotence fonctionnelle après avoir pris de l'isotrétinoïne systémique.

Observation :

Un patient de 15 ans, sans antécédents médicaux, s'est présenté à notre consultation pour une acné conglobata sévère du visage et du haut du dos avec des cicatrices atrophiques et hyperpigmentées.

Après l'examen, la décision thérapeutique a été de commencer l'isotrétinoïne à une dose de 15 mg/jour après une évaluation clinique et biologique pré-thérapeutique.

Au cours du suivi, le patient a présenté des douleurs lombaires sévères, des douleurs à la hanche et des myalgies avec une impotence fonctionnelle partielle (boiterie à la marche), 3 semaines après début du traitement par isotrétinoïne avec une dose cumulative totale de 315 mg. Le patient était asymptomatique et n'avait pas d'antécédents de blessures musculo-squelettiques récentes, de myalgies, d'interventions chirurgicales, d'exercice excessif ou d'injections intramusculaires.

L'isotrétinoïne a été arrêtée et un examen rhumatologique et neurologique a été effectué, révélant une atteinte musculaire avec retentissement sur la marche et la station debout.

Des examens biologiques et radiologiques ont été effectués : le taux de CPK sérique était normal, et l'IRM rachidienne et lombaire a montré un hypersignal STIR bilatéral et symétrique des bords osseux des deux articulations sacro-iliaques sans anomalie de l'espace articulaire ni irrégularité osseuse, ce qui n'est pas l'aspect habituel de la sacroiliite, qui est non spécifique. Avec hypersignal osseux de l'épine iliaque antéro-inférieure droite, non spécifique, probablement lié à une enthésite. Une IRM musculaire a également été demandée et n'a révélé aucune anomalie musculaire.

Nous concluons, sur la base d'une réévaluation rhumatologique, à un stade inflammatoire précoce de sacro-iliite bilatérale induite par la thérapie orale par isotrétinoïne.

Nous avons rapporté le cas à la pharmacovigilance.

Pour la prise en charge thérapeutique des antiinflammatoire non stéroïdien ont été prescrit avec une rééducation physique menant à une amélioration significative, sans rémission complète.

Discussion :

L'isotrétinoïne, ou acide 13-cis rétinoïque, est un dérivé de la vitamine A utilisé depuis 1982 pour traiter l'acné récalcitrante sévère. Bien que l'isotrétinoïne soit un médicament très efficace, il peut être associé à de nombreux effets secondaires. Il est ainsi important que le clinicien soit attentif aux différents effets secondaires de ce traitement assez souvent prescrit.

Il existe de nombreux rapports de cas ou de séries de cas indiquant les effets secondaires musculo-squelettiques de l'isotrétinoïne, les plus rapportés sont les arthralgies, les myalgies, la sacroiliite, l'hyperostose squelettique idiopathique diffuse et la calcification des ligaments et des tendons.

Selon une revue systématique regroupons les cas et les séries de cas rapportons les effets secondaires musculosquelettique des isotretinoïnes, L'âge des patients varié de 15 à 55 ans, avec un âge moyen d'environ 25,4 ans, et en ce qui concerne la dose, les doses quotidiennes rapportées varié de 20 mg à 40 mg par jour. Dans certains cas, les symptômes sont apparus peu de temps après le traitement, tandis que dans d'autres, ils se sont développés des mois, voire des années plus tard.

Dans notre cas, les symptômes sont apparus peu après le début du traitement avec une dose de 15 mg par jour.

Des taux sanguins élevés de CPK et des symptômes musculaires ont été rapportés chez 15 à 50 % des patients recevant de l'isotrétinoïne pour l'acné. Une étude récente a rapporté qu'il n'y a pas de relation entre les niveaux sériques de CPK et la force/ atteinte musculaire chez les patients sous isotretinoïne.

L'approche thérapeutique proposée dans la littérature varie de la prise des AINS seul à l'arrêt de l'isotrétinoïne, en fonction de la gravité des symptômes.

Dans de nombreuses publications, les symptômes se sont améliorés ou ont disparu complètement après la réduction de la dose ou l'arrêt du traitement. Cependant, dans quelques cas, les symptômes ont persisté ou sont réapparus même après l'arrêt du traitement. Eksioğlu et al. ont rapporté un cas de coxalgie bilatéral qui s'est complètement amélioré après trois mois de l'arrêt des isotretinoïnes.

Conclusion :

Les effets secondaires musculo-squelettiques, tels que les lombalgies, les myalgies et les arthralgies, sont fréquents chez les patients sous isotrétinoïne. Notre cas, en plus des autres cas rapportés dans la littérature, souligne la nécessité de surveiller les patients sous traitement isotrétinoïne afin de dépister les complications musculo-squelettiques potentielles et de les prendre en charge à temps.

La prise en charge de l'acné par les médecins généralistes de la région de Souss-Massa

Boumlik Hanane , AMAL Said

CHU Mohammed VI Marrakech

Introduction : L'acné est une pathologie fréquente, est principalement prise en charge par les médecins généralistes en raison de la pénurie de dermatologues. Cette étude se concentre sur la gestion de l'acné par les médecins généralistes de la région de Souss-Massa.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive transversale, réalisée par questionnaire, diffusé auprès de 150 médecins généralistes de la région de Souss-Massa entre juin 2023 et janvier 2024.

Résultats : Au total, 110 médecins généralistes ont participé à l'étude. Plusieurs points de difficulté ont été identifiés : seulement 55 % des médecins prescrivaient le traitement adéquat pour l'acné rétentionnelle, et un tiers d'entre eux proposaient un traitement approprié pour l'acné juvénile à prédominance inflammatoire. Néanmoins, certains aspects semblaient mieux maîtrisés, comme l'antibiothérapie, avec la doxycycline, majoritairement prescrite. Plus de 50 % des praticiens indiquaient des examens complémentaires en cas de suspicion d'acné hormonale. 33% des médecins généralistes prescrivaient l'isotrétinoïne par voie orale. De plus, 73% des médecins prescrivaient un traitement de première intention pour une durée de 3 mois avant de reconstrôler. Enfin, 95 % des médecins orientaient les patients vers un dermatologue en cas de besoin. L'étude a également montré que les pratiques des médecins étaient influencées par des facteurs tels que les années d'expérience, la participation à un stage en dermatologie et la formation médicale continue sur l'acné.

Discussion : Cette enquête a mis en évidence la complexité de la prise en charge thérapeutique des patients acnéiques par les médecins généralistes, en particulier dans le cas d'une acné juvénile à prédominance inflammatoire et l'acné hormonale

Conclusion : Les médecins généralistes de la région de Souss-Massa adoptent de manière inégale les recommandations pour la prise en charge de l'acné. Il est crucial d'élaborer des algorithmes de traitement d'acné adaptés à notre contexte marocain afin d'améliorer leur application dans la pratique clinique.

Allergologie cutanée

Allergies de contact à la BÉTADINE®

Maryam Ghaleb ,Ouiame Eljouari, Salim Gallouj

*Service de dermatologie et vénéréologie , centre hospitalier universitaire Mohammed VI,
Faculté de médecine et de pharmacie de Tanger*

Introduction :

Les antiseptiques locaux largement utilisés en médecine pour la désinfection cutanée peuvent donner des eczémas de contact. Ces réactions localisées ne mènent malheureusement pas toujours à des tests allergologiques.

Observation :

Nous présentons le cas d'une patiente hospitalisée au service de néphrologie, consultant pour un placard érythémateux prurigineux apparu peu après son intervention chirurgicale au niveau du dos. Il s'agit donc d'un eczéma de contact à un des produits utilisés pendant l'intervention chirurgicale.

L'arrêt de la bétadine, et un traitement topique par dermocorticoïde a suffi à faire disparaître l'eczéma de contact en quelques jours. Cette patiente n'a plus présenté d'eczéma de contact depuis que la prophylaxie antiseptique a été modifiée.

Discussion :

L'efficacité prophylactique de la povidone iodée 5% n'est plus débattue aujourd'hui. Cependant sa tolérance est variable. Bon nombre de patient utilise d'ailleurs cet argument pour interrompre le suivi. Une étude paru dans Contact Dermatitis a montré que la sensibilisation à la povidone iodée était possible. Des prick-tests à la povidone iodée 5% ont été retrouvés positifs. Devant ces patients intolérants à la povidone iodée, il est nécessaire de proposer une alternative.

L'hypochlorite de sodium 0.06% est utilisé de manière empirique avec très peu d'étude validant son efficacité. La chlorhexidine aqueuse 0.1% en revanche, a montré qu'elle était mieux tolérée et tout aussi efficace que la povidone iodée.

Conclusion :

Les réactions allergiques retardées à la povidone iodée et sa mauvaise tolérance imposent le choix d'un autre antiseptique au moins aussi efficace, avec une meilleure tolérance. La chlorhexidine aqueuse qui est par ailleurs déjà utilisée, en tant que solution d'entretien pour lentille, ou pour traiter les amibes, pourrait être un candidat potentiel. Les cohortes australiennes ont montré que l'usage de la chlorhexidine aqueuse était sans danger pour nos patients. Certains centres l'utilisent d'ailleurs en première intention. Une étude française la comparant à la povidone iodée pourrait être très intéressante.

De l'Eczéma Résistant à la Psychopathologie : Étude d'une Patiente avec un Trouble Histrionique

Kaoutar Benchekroun, Ouiame Eljouari, Salim Gallouj

CHU TANGER

Introduction

L'eczéma chronique est une affection dermatologique fréquente, souvent résistante aux traitements conventionnels. Ce cas clinique présente une patiente de 45 ans, souffrant d'eczéma chronique localisé au niveau des mains, résistant à divers traitements et présentant un comportement particulièrement préoccupant, conduisant à une évaluation psychiatrique. Ce lien entre troubles dermatologiques et psychologiques mérite d'être exploré, car il soulève des questions sur la gestion des patients présentant des comorbidités psychiatriques.

Observation

Nous avons observé une patiente âgée de 45 ans, hypertendue sous amlodipine et asthmatique sous traitement de crise, admise pour mise au point thérapeutique d'un eczéma chronique diagnostiqué par biopsie. L'examen clinique a révélé : Une lésion érythémateuse lichenifiée au niveau de la face antérieure de la main droite, surmontée de squames brunâtres. Un placard érythémateux bien limité, lichenifié, avec des signes de grattage, sur la face postérieure de l'avant-bras droit. Un placard érythémateux autour du poignet, sur les deux faces antérieure et postérieure du tiers inférieur de l'avant-bras droit, avec des squames pityriasisiformes.

Durant son hospitalisation, après l'échec des dermocorticoïdes, un bolus de corticothérapie a été administré, suivi d'un traitement local au tacrolimus puis elle a bénéficié d'un bilan pré-thérapeutique pour commencer l'immunosuppresseur. Malgré ces interventions, la patiente n'a montré aucune amélioration. Son profil dépressif, associé à son habitude de couvrir ses mains avec des bandes et à ses demandes répétées d'injections pour soulager son prurit, a suscité des inquiétudes. Un avis psychiatrique a été demandé, conduisant au diagnostic d'un trouble histrionique de la personnalité. Par la suite, on a arrêté l'IS et elle a été mise sous antidépresseur avec une nette amélioration par la suite.

Discussion

Ce cas illustre la complexité de la gestion des patients souffrant d'eczéma chronique, particulièrement lorsqu'un trouble psychologique sous-jacent, tel qu'un trouble histrionique, est présent. Des études récentes ont démontré que des troubles de la personnalité peuvent influencer la perception de la douleur et l'adhésion au traitement chez les patients dermatologiques.

Par exemple, une étude menée par Tyler J. Torrico et al. (2024) a révélé que les patients avec des traits de personnalité histrioniques ont tendance à rapporter une intensité de prurit plus élevée, contribuant ainsi à un cycle de demande de traitement et d'insatisfaction. De même, une recherche publiée par Mohammed Jafferany et al. (2020) a montré que les patients avec des troubles de la personnalité présentaient souvent une résistance accrue aux traitements dermatologiques, nécessitant une approche multidisciplinaire.

Dans notre cas, la prise en charge de la patiente a nécessité l'intervention de psychiatres, ce qui est crucial dans la gestion des patients souffrant de troubles dermatologiques chroniques. En intégrant une approche psychiatrique, nous avons pu aborder non seulement l'eczéma, mais aussi les facteurs psychologiques exacerbant sa condition.

Conclusion

Le cas de cette patiente met en lumière l'importance d'une approche holistique dans le traitement des patients atteints d'eczéma chronique résistant. L'identification précoce de comorbidités psychiatriques, telles que les troubles de la personnalité, peut influencer positivement les résultats thérapeutiques. Il est essentiel pour les dermatologues de collaborer avec des professionnels de la santé mentale pour optimiser la prise en charge des patients, améliorer leur qualité de vie et favoriser l'adhésion aux traitements. Des études futures devraient explorer plus en profondeur le lien entre troubles dermatologiques et psychologiques pour mieux orienter les stratégies thérapeutiques.

Références

1. Tyler J. Torrico et al. (2024). " Trouble de la personnalité histrionique
2. Mohammed Jafferany et al. 2020 Implications thérapeutiques des troubles de la personnalité en dermatologie

Alerte Beauté : Dermate de Contact Causée par la Teinture des Sourcils

N.Chebbawi, H.Rachadi, F. ElFetoiki, F.Hali, , S.Chiheb

Service de dermatologie et vénérologie, CHU Casablanca

Introduction :

Les produits de teinture pour sourcils connaissent une popularité croissante. En conséquence, la dermatite de contact allergique (DCA) dans ces zones anatomiques est devenue un problème émergent au cours de la dernière décennie. Le p-phénylènediamine (PPD) et ses dérivés sont les allergènes les plus courants dans les teintures pour cils et sourcils.

Observation clinique :

Une femme de 28 ans s'est présentée à notre service de dermatologie avec une réaction eczémateuse sévère au niveau des sourcils 48 heures après un contact avec une crème de teinture pour sourcils appliquée par son esthéticienne. La patiente a signalé une sensation de brûlure extrême et des démangeaisons, avec un érythème, et un œdème cliniquement évidents. Elle n'avait jamais utilisé de teintures capillaires auparavant. A l'examen on notait un érythème occupant le pourtour des 2 sourcils avec présence de papules infiltrées par endroit très prurigineux. La patiente avait apporté la teinture en question, et parmi les ingrédients, on trouvait du PPD.

Une résolution complète de la dermatite, obtenue en 2 semaines grâce à une application quotidienne de dermocorticoïdes et à une administration d'antihistaminique en double dose, des tests cutanés étaient prévus dans les prochaines consultations.

Discussion :

La dermatite de contact (DC) est une réaction inflammatoire cutanée résultant d'une exposition à des substances allergènes ou irritantes. Ce cas illustre les risques associés aux teintures pour sourcils, qui contiennent des agents sensibilisants courants comme le p-phénylènediamine (PPD). La patiente a présenté une réaction sévère 48 heures après l'application d'un produit contenant cet ingrédient, mettant en lumière la nécessité d'une vigilance accrue lors de l'utilisation de cosmétiques.

Les tests allergologiques permettent de confirmer le diagnostic, indiquant une réponse croisée potentielle qui pourrait expliquer l'intensité de la réaction. La présence d'allergènes supplémentaires dans les colorants synthétiques, tels que les colorants azoïques, souligne l'importance d'une analyse approfondie des ingrédients cosmétiques.

Cette situation souligne plusieurs points essentiels. D'abord, il est crucial d'examiner les antécédents médicaux et les sensibilités allergiques des patients avant l'utilisation de teintures. Ensuite, les professionnels de la santé doivent sensibiliser les utilisateurs aux risques associés aux teintures et à l'importance des tests de tolérance. Par ailleurs, une réglementation stricte concernant l'étiquetage et l'interdiction d'allergènes connus pourrait réduire les cas de dermatite de contact. Enfin, il est nécessaire d'explorer des alternatives moins irritantes et d'évaluer les mécanismes d'allergénicité des ingrédients utilisés.

En conclusion :

Ce cas met en avant la nécessité d'une sensibilisation accrue à la dermatite de contact induite par les cosmétiques et appelle à des actions concrètes pour améliorer la sécurité des produits appliqués sur la peau, afin de minimiser les risques de réactions indésirables.

Dermatoses neutrophiliques et dermatoses éosinophiliques

Dermatose neutrophilique des mains mimant un érythème polymorphe post-herpétique

H. Majdoul, F. Hali, B. Baghdad, S. Chiheb

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

Introduction :

La dermatose neutrophilique des mains est une entité rare récemment décrite, de nosologie encore discutée car, pour beaucoup d'auteurs, il ne s'agirait en réalité que d'une forme acrale du syndrome de Sweet, du fait de sa présentation anatomo-clinique et de son profil évolutif sensiblement comparables.

Observation :

Un patient de 61 ans, ayant comme antécédent un herpès péri-buccal il y a 15 jours, consulte pour une éruption cutanée aigue douloureuse des mains dans un contexte de fièvre et fléchissement de l'état général. L'examen clinique retrouve des placards inflammatoires érythémato-violacés, de surface mamelonnée, réalisant par endroits un aspect en cocarde à centre parfois bulleux, siégeant électivement de façon bilatérale et symétrique au niveau des faces palmaires et dorsales des mains et des doigts, leur conférant une allure tuméfiée pseudo-cellulitique. Le bilan biologique retrouve une augmentation isolée de la CRP, sans polynucléose neutrophile associée ; avec à l'histologie la présence d'un important infiltrat inflammatoire dermique fait de PNN, sans signes de vascularite. Le diagnostic de dermatose neutrophilique des mains est donc retenu, et la recherche d'une localisation extra-cutanée ou d'une maladie associée, notamment hématologique, digestive ou tumorale, est négative. Le traitement est double, local par dermocorticoïdes et oral par colchicine et vitaminothérapie. L'évolution est rapidement favorable, avec affaissement progressif des lésions jusqu'à disparition totale en 3 semaines.

Discussion :

La dermatose neutrophilique des mains se distingue du syndrome de Sweet par sa survenue chez des sujets plus âgés, son tropisme pour le dos des mains et son polymorphisme clinique, pouvant associer des plaques érythémato-violacées infiltrées, des vésiculo-pustules et des ulcérations. Les signes généraux ainsi que le syndrome inflammatoire biologique sont souvent absents. L'histologie est celle d'une dermatose neutrophilique dermique, associant parfois une vascularite leucocytoclasique. L'évolution est généralement favorable sous traitement, bien qu'une évolution spontanément résolutive ait également été décrite.

Conclusion :

Notre observation se distingue d'une part par la survenue de l'éruption à la suite d'un épisode infectieux herpétique, prêtant ainsi à confusion avec un érythème polymorphe ; et d'une autre part par l'atteinte à la fois palmaire et dorsale des mains, ce qui est relativement rarement rapporté. Elle souligne également la difficulté pratique de distinction entre les différentes formes de dermatoses neutrophiliques, renforçant de ce fait la notion de continuum dans la maladie neutrophilique. Enfin, il s'agit d'une entité encore méconnue, souvent confondue avec un processus infectieux et donc pouvant être traitée à tort par une antibiothérapie abusive ou pire encore, par des gestes chirurgicaux délabrants, inutiles et surtout évitables par un simple diagnostic de coup d'œil.

Mots clés : Dermatose neutrophilique des mains – Syndrome de Sweet – Erythème polymorphe

Syndrome de Sweet : diagnostic à ne pas manquer, à propos d'un cas :

Introduction :

Le syndrome de Sweet est une dermatose neutrophilique la plus fréquente et du prototype des dermatoses neutrophiliques aiguës dermiques superficielles. Son incidence est rare. C'est une infiltration brutale du derme superficiel par des polynucléaires neutrophiles en l'absence d'infection locale. Il est caractérisé par des lésions érythémateuses douloureuses, associées à une fièvre, des arthralgies ainsi qu'une leucocytose neutrophile. Les étiologies sont diverses.

Nous rapportons le cas d'un syndrome de Sweet déclenché par un érysipèle chez un patient de 38 ans.

Observation :

Patient âgé de 38 ans, tabagique actif à 6 paquets /année, consommateur du cannabis depuis 2018, hospitalisé pour prise en charge d'un érysipèle grave du membre inférieur gauche, avec un placard érythémateux œdémateux, chaud, douloureux s'étendant de la cheville au 1/3 supérieur de la jambe gauche, avec présence de purpura par endroit et diminution du ballonnement du mollet.

L'examen ganglionnaire trouve adénopathie inguinale gauche de 1.5 cm, douloureuse à la palpation, mobile par rapport aux plans superficiel et profond.

Une antibiothérapie a été initiée avec bilan biologique demandé.

Le bilan biologique trouvait un syndrome infectieux avec hyperleucocytose à $18290/\text{mm}^3$ à prédominance neutrophile $15729/\text{mm}^3$, CRP à 186.5 mg/L.

L'évolution de la symptomatologie a été marquée par une bonne amélioration clinique de la dermohypodermite après 7 jours d'hospitalisation avec régression de l'œdème et des signes inflammatoires locaux.

Au cours de son hospitalisation à j 10, le patient a installé un œdème du coude droit chaud, douloureux. On avait suspecté une infection nosocomiale, l'antibiothérapie changée, avec triple antibiothérapie sans amélioration clinique, ni biologique, la CRP s'est ascensionnée à 213.4 mg/L. Une échographie des parties molles faite en faveur d'une dermo-hypodermite du membre supérieur droit. Sérologies HIV, hépatite B et C négatives.

Quelques jours plus tard, La symptomatologie s'est aggravée par l'installation des œdèmes de : avant bras droit, cheville droite, épaule droite et poignet droit.

Devant cette symptomatologie, un syndrome de Sweet a été évoqué.

Une biopsie cutanée faite associée à l'administration de corticothérapie : Cortancyl 20 mg/j (0.5 mg/kg/j).

L'examen histologique de la biopsie cutanée a confirmé ce diagnostic en objectivant : un épiderme normoacanthosique, le derme est le siège d'un discret œdème. Présence de nécrose des lobules adipeux au niveau de l'hypoderme avec aspect d'adipocytes fantômes. Il existe en outre un infiltrat inflammatoire léger à modéré fait essentiellement de polynucléaires neutrophiles avec quelques lymphocytes et histiocytes.

L'évolution clinique a été marquée par l'amélioration de la symptomatologie avec amélioration de l'œdème et de la douleur, ainsi la CRP qui a passé de 213.4 mg/L à 13.7 mg/L après corticothérapie. Le patient est revu après 3 semaines de corticothérapie, on notait une très bonne amélioration clinique avec disparition de la douleur et de la tuméfaction de toutes les articulations, avec desquamation post inflammatoire. On avait prescrit une dégression de la corticothérapie de 5 mg chaque 15 jours avec bonne amélioration clinique.

Discussion :

Le syndrome de Sweet a été décrit pour la première fois en 1964 par Robert Douglas Sweet sous le terme de dermatose aiguë fébrile neutrophilique. Il touche avec prédilection les adultes de 30 à 50 ans, rare chez l'enfant. Il existe une prédilection féminine avec un sex-ratio compris entre 4/1 et 2/1, sauf chez l'enfant où l'incidence est équilibrée entre les deux sexes.

Il est caractérisé par une fièvre, une éruption de plaques érythémateuses, surélevées et douloureuses, précédé par un stade prodromal sous forme d'une infection des voies respiratoires supérieures, conjonctivite, arthralgies et douleurs abdominales d'environ 1 à 3 semaines avant l'éruption cutanée. Dans le bilan biologique, on objective un syndrome inflammatoire et à l'histologie, un infiltrat dermique massif constitué essentiellement de polynucléaires neutrophiles est retrouvé.

Le plus souvent idiopathique, il peut accompagner ou révéler diverses pathologies de type inflammatoire ou néoplasique. Les récurrences peuvent se voir dans un tiers des cas. Ces dernières sont plus fréquentes en cas de néoplasie ou de syndrome de Sweet gravidique.

La corticothérapie à la dose de 0.5 à 1 mg/kg/j constitue le traitement de référence mais d'autres molécules sont également efficaces notamment l'indométacine 100 mg/j et la colchicine à raison de 1 mg/j pendant 3 semaines.

L'iodure de potassium (600 à 1200 mg/j) est le traitement classique mais il est désormais moins utilisé en pratique. Les formes réfractaires pourraient bénéficier des antagonistes du récepteur de l'interleukine 1. Le traitement doit être poursuivi 3 semaines et sevré prudemment car les rechutes sont fréquentes.

Conclusion : Le syndrome de Sweet est une dermatose neutrophilique rare. Son diagnostic est clinico-histologique reposant sur des critères bien établis. La prévention des récurrences est difficile.

Panorama des pustuloses aseptiques généralisées

Z.Mortaji (1) ; M.A.Aouzal (1) ; S.Ait Oussous (1) ; S.Bellasri (1) ; I.Lakhal ; R.Chakiri (1)

1 : Service de dermatologie, CHU Souss-Massa d'Agadir

Introduction

Les pustuloses aseptiques généralisées représentent un groupe hétérogène de dermatoses inflammatoires caractérisées par l'apparition de pustules stériles sur la peau, en l'absence d'infection microbienne. Ces affections, bien que rares, englobent diverses entités cliniques, telles que le psoriasis pustuleux généralisé, la pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG)

ainsi que les pustuloses liées à l'hypocalcémie. Nous rapportons un panorama de pustuloses aseptiques généralisées.

Observations

Observation 1

Il s'agit d'une patiente âgée de 43 ans, suivie pour psoriasis depuis 25ans, qui a présenté 3 mois précédant son admission une éruption pustuleuse généralisée évoluant dans un contexte de fièvre non chiffrée. L'examen clinique a retrouvé une érythrodermie avec une surface cutanée estimée à 90%, des placards érythémateux squameux surmontés de pustules. L'examen biologique a objectivé une hyperleucocytose avec une CRP élevée, le reste du bilan biologique était sans particularités. La biopsie cutanée était en faveur de psoriasis pustuleux. La patiente a été mise sous Acitretine 20mg/j et sous dermocorticoïdes avec une bonne évolution clinique.

Observation 2

Il s'agit d'une patiente âgée de 40 ans qui était admise pour une éruption pustuleuse et prurigineuse évoluant dans un contexte de fièvre non chiffrée, précédée 2 jours avant par la prise d'Amoxicilline-acide clavulanique pour un syndrome grippal. L'examen clinique a retrouvé un léger un exanthème scarlatiniforme touchant 70% de la surface cutanée surmonté de pustules non folliculaires en tête d'épingles avec présence de chéilite desquamative. L'examen biologique a révélé une hyperéosinophilie à 854/mm³ avec le reste du bilan sans particularités. L'ensemble du tableau clinique était compatible une PEAG induite par l'Amoxicilline, ce qui a été confirmé par le service de pharmacovigilance. L'évolution a été marquée par la régression de l'érythème et la disparition des pustules et avec normalisation de son bilan biologique à sa sortie.

Observation 3

Il s'agit d'une patiente âgée de 72ans qui a présenté 1 semaine précédant son admission une éruption pustuleuse prurigineuse diffuse évoluant dans un contexte de fièvre. L'examen clinique a montré des placards érythémateux généralisés surmontés de pustules confluentes. L'examen biologique a objectivé une hyperleucocytose à à prédominance PNN, une CRP élevée, une insuffisance rénale fonctionnelle, une hypocalcémie à 16.03mg/l, une hyperphosphorémie et une PTH basse. Le bilan thyroïdien était en faveur d'une thyroïdite de Hashimoto. Le diagnostic de pustule liée à l'hypocalcémie été retenu. Un ECG a été fait visualisant des signes électriques liés à l'hypocalcémie, une TDM cérébrale a révélé des calcifications des noyaux gris centraux en faveur du syndrome de Fahr. La prise en charge a reposé sur la correction des troubles hydro électrolytiques, des bains quotidiens aux antiseptiques, avec prise en charge de son hypothyroïdie. La patiente a présenté une évolution spectaculaire après correction de la calcémie avec disparition des lésions à sa sortie.

Discussion

Les pustuloses aseptiques généralisées englobent plusieurs pathologies dermatologiques caractérisées par des pustules stériles, telles que la PEAG et le psoriasis pustuleux généralisé. Elles peuvent également se manifester dans des affections comme la dermatite herpétiforme, le syndrome SAPHO et l'hypocalcémie, d'où l'importance de mesurer la calcémie en présence de pustules généralisées. Le psoriasis pustuleux généralisé de type Von Zumbusch touche surtout

les femmes autour de 50 ans et se déclenche par l'arrêt des corticoïdes, une infection ou la grossesse. Il se manifeste par des pustules reposant sur fond érythémateux pouvant survenir sur une peau saine ou sur des plaques de psoriasis préexistantes. Le traitement inclut l'Acitrétine, le Méthotrexate, la Ciclosporine, ou encore des thérapies ciblées comme les anti-TNF et les inhibiteurs de l'IL-17. La PEAG est une toxidermie caractérisée par l'apparition de pustules non folliculaires stériles reposant sur un fond érythémateux, survenant dans un intervalle compris entre 1j et 11j après exposition à un médicament, notamment aux antibiotiques (Macrolides, β -lactamines). Elle se résout en général 1 à 2 semaines après l'arrêt du traitement. Enfin, la pustulose amicrobienne liée à l'hypocalcémie est une entité rare et associée à l'hypoparathyroïdie, l'insuffisance rénale chronique ou à la carence en vitamine D. Le diagnostic repose sur le dosage de la calcémie, et la correction de celle-ci entraîne la résolution des lésions.

Conclusion

Les pustuloses aseptiques généralisées sont des dermatoses caractérisées par des pustules stériles généralisées, englobant des pathologies variées telles que le psoriasis pustuleux généralisé, le PEAG et la pustulose liée à l'hypocalcémie. Le diagnostic repose sur des critères cliniques, biologiques et histopathologiques. Bien que rares, ces affections nécessitent une prise en charge rapide et adaptée pour prévenir les complications.

Dermatose pustuleuse sous-cornée :à propos d'un cas.

S.Alaoui, S.Hamada, N.Ismaili, M. Meziane, L.Benzekri, K.Senouci.

Service de dermatologie-vénérologie du CHU Ibn Sina Rabat Maroc

Introduction : La maladie de Sneddon-Wilkinson est une affection cutanée rare qui se classe parmi les dermatoses neutrophiliques. Elle affecte principalement les femmes âgées de 40 à 60 ans et présente généralement des symptômes cliniques caractéristiques. Bien que cette maladie soit bénigne, elle est chronique et peut être liée à d'autres conditions médicales, nécessitant ainsi une surveillance prolongée et régulière.

Observation : Patiente âgée de 64 ans, ayant comme antécédents une hypertension artérielle avec néphropathie hypertensive, hémodialysée chronique qui consulte pour une éruption cutanée faite de pustules ayant débutée au niveau de l'abdomen puis étendues au reste du corps sans autres signes associés.

L'histologie montrait des pustules sous cornées épidermiques uniloculaires. L'immunofluorescence direct ainsi que le prélèvement bactériologique du pus étaient négatifs. On a retenu le diagnostic de maladie de Sneddon-Wilkinson.

La patiente a été traitée par une corticothérapie orale à raison de 0,5mg/kg/j vu qu'elle avait une anémie normochrome normocytaire liée à son insuffisance rénale chronique avec une bonne amélioration après 1 mois de traitement .

Discussion :

Cliniquement, la pustulose sous-cornée se manifeste par des poussées d'éruptions vésiculo-pustuleuses, caractérisées par de grandes pustules flasques qui fusionnent pour former des

plaques annulaires ou polycycliques. Le diagnostic nécessite une analyse histologique, qui révèle la présence d'une pustule amicrobienne intra-épidermique uniloculaire, sous la couche cornée, remplie de cellules polynucléaires, au-dessus d'un épiderme non altéré. Elle peut être associée à diverses pathologies telles que les gammopathies monoclonales (de type IgA), qui sont fréquentes et doivent être dépistées régulièrement. Il existe également des troubles lymphoprolifératifs et myéloprolifératifs, des dermatoses neutrophiliques, notamment le syndrome de Sweet, le pyoderma gangrenosum ou l'erythema elevatum diutinum. D'autres affections diverses peuvent également être observées, notamment la polyarthrite rhumatoïde, le lupus érythémateux disséminé, l'hyperthyroïdie, la maladie de Crohn, les apudomes, la sclérose en plaques, la myasthénie grave et le syndrome SAPHO. Le traitement de choix est la dapsonne en doses quotidiennes comprises entre 50 et 150 mg. En cas de contre-indication hématologique ou d'absence de réponse, d'autres options thérapeutiques ont démontré une efficacité variable : rétinoïdes, colchicine, méthotrexate, corticostéroïdes oraux, photothérapie et récemment anti-TNF alpha .

Conclusion : La pustulose amicrobienne de Sneddon-Wilkinson a été peu étudiée et dans certains cas, elle est liée à d'autres affections, soulignant ainsi l'importance d'un suivi régulier des patients.

La Papulo-érythrodermie d'Ofuji : À propos d'un cas.

N.Lahmamsi¹, M.Charaa¹, O.Sbai¹, M.El Jazouly¹, S.Chiheb¹⁻²

1-Hopital Universitaire International Cheikh Khalifa

2-CHU Ibnou Rochd

Introduction

Initialement rapportée au Japon par Ofuji, la papulo-érythrodermie d'Ofuji (PEO) est une érythrodermie d'évolution chronique, touchant le plus souvent l'homme d'âge avancé.

La PEO reste une entité rare, et son étiologie n'est pas bien élucidée. Des rapports antérieurs ont tenté d'illustrer son association avec les tumeurs malignes, la prise médicamenteuse, l'atopie et les infections [1].

Nous en rapportons un cas chez un homme de 69 ans, traité avec succès par photothérapie.

Observation

Monsieur A.H âgé de 69 ans diabétique sous insuline depuis 10 ans, s'est présenté en consultation dermatologique pour une éruption cutanée généralisée prurigineuse évoluant par poussée rémission depuis six mois et traitée initialement par dermocorticoïdes.

L'interrogatoire ne retrouvait pas la notion d'infection récente ou de prise médicamenteuse.

L'examen dermatologique a révélé une éruption à type d'érythrodermie faite de lésions papuleuses érythémateuses regroupées en plaques par endroit et respectant les plis axillaires inguinaux et particulièrement les plis abdominaux et le bas du dos. Le reste de l'examen était sans particularités notamment pas d'adénopathies périphériques ni d'organomégalie.

Le bilan biologique demandé retrouvait une hyperéosinophilie à 886 par mm³ associée à une augmentation des Immunoglobulines E totales à 1276 UI/ml. Les sérologies HVB, HVC et HIV étaient négatives ainsi que l'électrophorèse des protéines sériques et le taux de LDH.

Une biopsie au punch a retrouvé un épiderme acanthosique siège d'une hyperplasie psoriasiforme avec exosérose et présence d'un infiltrat lymphocytaire dermo-épidermique dense à renforcement périvasculaire.

L'étude immunohistochimique a révélé l'absence d'arguments histopathologiques en faveur d'un Mycosis fongoïde. Les arguments cliniques, biologiques et histopathologiques ont permis de poser le diagnostic de la PEO.

Le patient a bénéficié d'un traitement par dermocorticoïdes locaux et des séances de Photothérapie (UVB) LT01 avec une évolution favorable.

Discussion La papulo-érythrodermie d'Ofuji (PEO) demeure une entité rare, affectant préférentiellement les hommes âgés [2]. Les critères diagnostiques proposés par Torchia et al., publiés dans une revue systématique, constituent un élément essentiel pour le diagnostic positif, qui peut être difficile en raison de la grande similitude avec d'autres dermatoses. Ces critères incluent à la fois des éléments majeurs et mineurs. Les éléments majeurs comprennent une érythrodermie résultant de la confluence de papules érythémateuses à brunes, épargnant les plis cutanés (signe de la chaise longue), le prurit, l'exclusion histopathologique du lymphome cutané à cellules T, ainsi qu'un bilan exhaustif visant à éliminer toute pathologie sous-jacente notamment une tumeur maligne, une cause infectieuse, une atopie ou encore une prise médicamenteuse. L'association de l'ensemble de ces critères permet de poser le diagnostic de PEO idiopathique primaire. En outre, les critères mineurs, bien que non indispensables au diagnostic, incluent un âge supérieur à 55 ans, le sexe masculin, une éosinophilie périphérique et/ou tissulaire, une élévation des IgE sériques et une lymphopénie périphérique [3].

À ce jour, l'étiopathogénie de la PEO reste inconnue. Certains auteurs ont proposé de considérer le PEO comme phénomène paranéoplasique, soulignant la nécessité d'un bilan complémentaire. Les options thérapeutiques restent nombreuses, l'efficacité des immunosuppresseurs et anticorps monoclonaux a été démontré par plusieurs études [4]. Cependant, l'approche thérapeutique la plus courante comprend une alternance de corticostéroïdes topiques ou oraux, d'antihistaminiques, de rétinoïdes oraux ou de PUVA [5,6].

Conclusion

Ainsi, notre cas souligne l'importance de reconnaître cette entité et de l'envisager devant un tableau clinique évocateur même en l'absence de tous les critères diagnostiques et rechercher une pathologie néoplasique sous-jacente.

Références

1. Lewis HM, Shahsavari A, Goodman MB. *StatPearls [Internet]* Treasure Island, FL: StatPearls Publishing ; 2023. Papuloerythroderme d'Ofuji.
2. Papuloerythroderma of Ofuji. Desai K, Miteva M, Romanelli P. *Clin Dermatol*. 2021;39:248–255.
3. Papuloerythroderma 2009: two new cases and systematic review of the worldwide literature 25 years after its identification by Ofuji et al. Torchia D, Miteva M, Hu S, Cohen C, Romanelli P. *Dermatology*. 2010;220:311–320.

4. A case of Papuloerythroderma successfully treated with dupilumab. Mizuno A, Habe K, Matsushima Y, Kondo M, Yamanaka K. *Case Rep Dermatol.* 2022;14:117–122.
5. Treatment outcomes in patients with Papuloerythroderma of Ofuji: a systematic review. Mufti A, Lytvyn Y, Abduelmula A, Kim P, Sachdeva M, Yeung J. *JAAD Int.* 2021;3:18–22.
6. Papuloerythroderma of Ofuji. Li S, Yu X, Wang T. *JAMA Dermatol.* 2020;156

Le scléroedème de Buschke, à propos d'un cas au CHU de Tanger

Y. El Bouhali, Fz. El Ali, F. Soulami, H. Dahmani, Y. El Ghallal, O. El Jouari, S. Gallouj

Service de Dermatologie et Vénérologie CHU Tanger Tétouan Al-Hoceima

Faculté de Médecine et de pharmacie Tanger

Introduction :

Le scléroedème de Buschke est une affection dermatologique rare qui se caractérise par la présence d'un œdème scléreux qui atteint la partie supérieure du tronc avec une extension possible aux membres en épargnant de façon caractéristique les extrémités.

Nous rapportons à travers ce travail, un cas de scléroedème de Buschke au sein de notre service et nous discutons les aspects cliniques, épidémiologiques et la prise en charge de cette maladie rare.

Observation :

Il s'agit d'une patiente A.F, âgée de 49ans, ayant comme ATCDs :

*une HTA

*diabétique type 2, sous ADO et insulinothérapie au stade de complications dégénératives (Rétinopathie diabétique avec cécité séquellaire droite), avec un déséquilibre chronique de son diabète

*suivi il y a 2 ans pour polyarthrite séro-positve non érosive non déformative sous corticothérapie et méthotrexate

Elle était hospitalisée au service de rhumatologie en décembre 2023 dans le cadre sa polyarthrite séro- positive, notre avis a été sollicité devant une découverte fortuite lors de l'examen clinique d'une induration du dos.

A l'examen clinique : peau du dos dure, difficile à plier avec une hyperpigmentation en regard du cou, sans sclérodactylie ni phénomène de Raynaud.

Capillaroscopie : sans anomalies.

Biologiquement :

→ Syndrome inflammatoire (VS à 75 et CRP à 16), Facteur rhumatoïde à 330UI/ml

→ HBA1c à 8,5

→ Les bilans rénal, hépatique, thyroïdien, EPP, CPK, Protéinurie de 24h étaient corrects, les sérologies négatives

→ Bilan des AAN négatif

Radiologiquement :

→ ETT, TDM thoraco-abdominal : sans anomalies.

→ Une biopsie cutanée a été faite revenant en faveur d'un scléroedème de Buschke.

Sur le plan thérapeutique :

→ Une abstention thérapeutique vu le non retentissement de la maladie avec une surveillance chaque 6mois.

Discussion :

Le scléroedème de Buschke est une maladie très rare qui se caractérise par la présence d'un œdème scléreux qui atteint la partie supérieure du tronc avec une possibilité de l'extension aux membres en épargnant de façon caractéristique les extrémités. Il existe trois types :

Le type 1 est aigu, secondaire à une infection, il évolue favorablement en quelques mois.

Le type 2 survient en dehors d'une infection ou contexte diabétique, son évolution est chronique avec une association à une gammopathie monoclonale.

Le type 3 dénommé aussi scléroedème diabétique, associé au DT2, il touche les diabétiques insulino-dépendants mal équilibrés et plus spécifiquement au cours des complications dégénératives.

Le principal diagnostic différentiel de scléroedème de Buschke est la sclérodermie systémique.

Le diagnostic de scléroedème de Buschke est clinico-histologique. La biopsie montre de volumineux faisceaux de collagène intercalés par une substance colorable au bleu alcian, la mucine.

Devant un scléroedème de Buschke il faut chercher un foyer infectieux, un diabète et une gammopathie.

Sur le plan thérapeutique, diverses thérapeutiques ont été proposées (dermocorticoïdes, corticoïdes systémiques, ciclosporine, méthotrexate, immunoglobulines, radiothérapie...).

L'administration des immunoglobulines, peut améliorer sur le plan clinique le scléroedème du Buschke tandis que l'équilibration du diabète ne contribue pas généralement dans l'amélioration de cette affection.

Une abstention thérapeutique est possible si pas de retentissement fonctionnel.

Par ailleurs, dans le cas de retentissement fonctionnel à type de diminution de mobilité, une dysphagie ou un syndrome respiratoire restrictif, une administration des immunoglobulines intraveineuses (IgIV) est indispensable pour améliorer la rigidité du tégument, la mobilité et la dyspnée.

Conclusion :

Le scléroedème de Buschke est un syndrome sclérodermiforme dont la physiopathologie reste inconnue. Il existe trois types cliniques.

Notre patiente présente le troisième type qui est une forme chronique associée à un diabète mal équilibré ;

Devant le non retentissement fonctionnel de la maladie, une abstention thérapeutique a été posée avec une surveillance régulière chaque 6 mois.

REFERENCES :

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0248866320306238>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19361705/>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0248866319309725>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0248866316300546>

Dermatoses inflammatoires

Le lichen plan pigmentogène inversé: À propos d'un cas

RIME BABA, SALMA BARAZ, AMINE ENNACIRI, MOHAMMED EL AMRAOUI,
RACHID FRIKH, NAOUFAL HJIRA

Service de Dermatologie Venerologie de l'Hôpital Militaire Mohammed V - Rabat

Introduction: Le lichen plan pigmentosus inversus est un sous-type rare de lichen plan caractérisé par des lésions hyperpigmentées siégeant exclusivement au niveau des plis. Nous présentons un cas de lichen pigmentogène inversé éruptif.

Description du cas: Notre patient est un homme de 39 ans sans antécédents notables et sans notion de prise médicamenteuse qui s'est présenté en consultation pour des lésions hyperpigmentées axillaires bilatérales prurigineuses évoluant depuis 2 mois. Les lésions étaient érythémato violines légèrement infiltrées avec des stries de Wickham, à la dermoscopie des points bruns gris étaient disposés en peppering sur un fond érythémateux épargnant les ostia folliculaires. Un lichen pigmentogène a été le diagnostic le plus probable, ce qui a été confirmé à l'histologie. Un traitement par dermocorticoïdes classe forte a été prescrit sans amélioration au bout de 4 mois. Le passage au tacrolimus topique et une rémission complète a été obtenue après 3 mois de traitement, sans récurrence avec un recul de 8 mois.

Discussion: Le lichen plan pigmentogène inversé est considéré comme une variante rare du lichen plan pigmentaire. Environ 20 cas sont rapportés dans la littérature. L'étiologie est inconnue, sans aucun lien causal avec les médicaments ou l'exposition solaire. La pathogenèse semble être liée à une activité cytotoxique médiée par les lymphocytes T contre les kératinocytes basaux. Du point de vue clinique, cette maladie se caractérise par des lésions maculeuses ou papuleuses hyperpigmentées, asymptomatiques ou légèrement prurigineuses, avec des bords bien délimités, une surface lisse. et parfois des stries de Wickham mesurant de quelques millimètres à quelques centimètres de diamètre, avec des bordures

définies, affectant les plis, le plus souvent au niveau axillaire et inguinal. La dermoscopie est similaire au lichen pigmentogène classique avec présence de points bleu gris et stries de Wickham. Le diagnostic différentiel clinique du lichen plan pigmentaire inversus comprend les dyschromies acquises et les réactions aux médicaments topiques ou systémiques. L'huile d'amande, l'huile d'ajonjolieu, le henné, les frictions dans les zones intertrigineuses, l'huile de moutarde, le nickel et la paraphényldiamine peuvent exacerber le lichen plan pigmentogène inversé. Le diabète sucré, l'hyperlipidémie et l'hypothyroïdie peuvent potentiellement être associés au lichen plan pigmentogène inversé. Sa prise en charge se base sur l'éviction des vêtements et les inhibiteurs topiques de la calcineurine tels que le tacrolimus.

Conclusion: Le lichen pigmentogène inversé doit être envisagé en cas de lésions hyperpigmentées prurigineuses au niveau des plis. L'examen dermoscopique quasi-pathognomonique permettra de conforter le diagnostic. Contrairement au lichen plan, cette forme de lichen s'améliore rarement sous dermocorticoïdes mais régresse avec le tacrolimus topique.

Solitary Lichen Planus Keratosis : A potential clinical and dermoscopic mimicker of malignant skin neoplasm.

L.Mansour Billah¹, M. El Jazouly¹, M. Faik El Ouahab¹, S.Chiheb^{1,2}

¹Dermatologie, Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa, Casablanca, Maroc

²Dermatologie, C.H.U Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Background: Solitary Lichen Planus Keratosis (SLPK) is a benign cutaneous lesion first described in 1966 by Lumpkin and Helwi. Many clinicians are unaware of this entity which presents many misleading clinical faces and different dermoscopic features. However, SLPK appears to be quite common in skin histopathology.

Case report :

Observation 1: Male 82 year-old patient with no medical history, presented a flat erythematous, finely scaly, rounded lesion on the medium area of his back that has been evolving for several months. Dermoscopic evaluation found an erythematous background with scale, sharp borders, telangiectatic vessels and shiny white blotches. Punch biopsy with histopathological features confirmed the diagnosis of SLPK. We noticed a spontaneous regression of the lesion in the following months.

Observation 2: Woman 66 year-old patient, receiving chemotherapy for multiple myeloma, reported a 2 weeks itchy, pink-erythematous lesion in the upper thigh. A second lesion similar to the first one and nearby appeared during the follow-up. Dermoscopic findings showed a red-orange background, telangiectasis and dotted vessels, and shiny white blotches. Skin biopsy with histopathological study confirmed the diagnosis of SLPK. Cryotherapy treatment was refused by the patient. Partial regression of the lesion was noticed in the following weeks.

Discussion :

SLPK was first described as a solitary form of lichen planus and later as a lichen planus-like keratosis. Its pathogenesis involves a chronic inflammation-mediated involution of a preexisting lentigo or other precursor lesion. Clinical diagnosis of LK is often challenging. It is seen most commonly as a solitary lesion that occurs after the age of 30, mainly affects women, with a predilection for non-exposed areas. Dermoscopy of SLPK has no pathognomonic features. They are often mistaken for melanoma and non-melanoma skin cancer, such as Bowen disease and basal cell carcinoma (BCC). In fact, SLPKs and BCCs share multiple dermoscopy findings as telangiectasias, and milky red-white. When BCC does not show its specific dermoscopic

characteristics, differential diagnosis between BCC and SLPK is more difficult. Histopathological examination confirms the diagnosis and shows irregular acanthosis, hyperkeratosis and an inflammatory infiltrate of plasma cells in the papillary dermis. The lesion usually regresses spontaneously. Treatment, when performed, is conservative including cryotherapy, curettage, electrocoagulation or surgery. No recurrence or carcinomatous differentiation has been reported.

Conclusion : We believe that dermatologists have to know about SLPKs clinical subtypes and its dermoscopic features, as it is an absolutely benign cutaneous lesion, in order minimize the number of patients undergoing unnecessary wide surgical excisions.

Deux localisations atypiques du Lichen pigmentogène : À propos de deux cas.

N. Lahmamsi¹, A. Kelati¹, O.Sbai¹, M.Charaa¹, S.Chiheb¹⁻²

1-Hopital Universitaire International Cheikh Khalifa

2-CHU Ibnou Rochd

Introduction Le lichen plan pigmentogène (LPP) est une variante rare du lichen plan cutané. Il s'agit d'un trouble pigmentaire chronique d'étiologie inconnue, décrit pour la première fois en Inde par Bhutani et al [1]. Sur le plan clinique, le LPP est caractérisé par la présence de macules pigmentées siégeant surtout au niveau des zones photo-exposées ou des plis [2]. Nous en rapportons deux localisations inhabituelles. Le premier cas est un LPP affectant particulièrement les oreilles et le deuxième cas est un LPP sur des cicatrices chéloïdes.

Observation

Cas 1 Le premier cas concerne une patiente âgée de 28 ans sans antécédents particuliers qui s'est présentée en consultation dermatologique pour une pigmentation des oreilles et du visage datant de plusieurs mois. L'interrogatoire a éliminé des antécédents de frottement ou de traumatisme à cet endroit ainsi qu'une prise médicamenteuse concomitante. L'examen clinique a retrouvé des macules hyperpigmentées confluentes siégeant au niveau des lobes et de l'hélix des deux oreilles associées à une atteinte du visage et de l'abdomen. L'examen du cuir chevelu a révélé un recul de la lisière frontale d'environ un cm correspondant au premier stade de l'alopecie frontale fibrosante. La dermoscopie des lésions des oreilles a montré des lignes réticulées pigmentées avec des cercles pigmentés centrés par un point (Figure 2). Celle du visage retrouvait des points pigmentés organisés en lignes parallèles et réticulaires sur un fond pigmenté et érythémateux par endroits. Enfin les images dermoscopiques du cuir chevelu ont objectivé un érythème et des squames péripilaires.

Cas 2 Le deuxième cas est celui d'une patiente âgée de 42 ans sans antécédents particuliers qui s'est présentée en dermatologie pour de multiples cicatrices chéloïdes d'apparition spontanée. L'examen dermatologique a retrouvé trois cicatrices chéloïdes siégeant respectivement au niveau du décolleté, de l'épaule et du dos. Les trois lésions étaient entourées d'une hyperpigmentation diffuse. Les images dermoscopiques ont dévoilé un pseudo-réseau pigmenté avec des points et des globules épais gris disposés en cercle.

Le bilan biologique demandé, comprenant un bilan endocrinien pour le premier cas et une sérologie VHC, était sans particularités. Le diagnostic retenu dans les 2 cas était un LPP associé à une alopecie frontale fibrosante pour le premier cas et sur cicatrices chéloïdes pour le deuxième cas.

Discussion Le LPP est un trouble pigmentaire relativement courant observé le plus souvent chez les individus de phototype foncé. Il affecte principalement le visage, le cou et les membres supérieurs avec des macules ou papules homogènes hyperpigmentées mal définies de couleur gris ardoise à brun-noir [1].

La littérature rapporte certaines formes cliniques rares du LPP, telles que le LPP inversus (atteinte flexurale), les formes blaschkoïde, zostériforme, segmentaire et muqueuse [2].

L'étiologie du LPP reste inconnue mais on considère qu'il s'agit d'un lichen plan avec phénomène de Koebner causé par le soleil [3]. Cependant, le fait que le LPP puisse se développer aussi bien dans des zones non exposées au soleil que dans des zones exposées nécessite une nouvelle hypothèse pour sa pathogénie.

Dans notre cas, l'exposition solaire est clairement incriminée dans cette atteinte particulière des oreilles chez la première patiente. Chez la deuxième patiente, la localisation péri-cicatricielle est probablement reliée à un phénomène de Koebner. Cette forme particulière n'a pas été décrite auparavant.

Le traitement du LPP n'est toujours pas codifié. Il comprend l'élimination des facteurs aggravants, une photoprotection vigoureuse, l'utilisation d'agents topiques tels que le tacrolimus, les dermocorticoïdes et des agents dépigmentant dont l'hydroquinone, l'agent le plus couramment utilisé, souvent en association avec l'acide rétinoïque, l'acide azélaïque, l'acide kojique et l'acide glycolique [4,5].

Conclusion

Le lichen plan pigmentogène (LPP) est un trouble pigmentaire chronique dont l'étiologie reste incertaine, présentant des formes cliniques et des localisations rares telles que celles décrites dans nos deux observations. De futures études sont nécessaires pour la compréhension de sa physiopathologie permettant une meilleure prise en charge thérapeutique.

Références

1. Bhutani LK, Bedi TR, Pandhi RK, Nayak NC. Lichen planus pigmentosus. *Dermatologica*. 1974;149 :43–50.
2. Mahajan R, Kumaran MS, Parsad D. Lichen planus pigmentosus: A retrospective clinico-epidemiologic study with emphasis on the atypical variants. *Pigment Int*. 2014 ;1:90–4.
3. Sassolas B, Zagnoli A, Leroy JP, Guillet G: Lichen planus pigmentosus associated with acrokeratosis of Bazex, *Clin Exp Dermatol*, 19: 70–73, 1994.
4. Kanwar AJ, Dogra S, Handa S, Parsad D, Radotra BD. A study of 124 Indian patients with lichen planus pigmentosus. *Clin Exp Dermatol*. 2003 ;28 :481–5.
5. Al-Mutairi N, El-Khalawany M. Clinicopathological characteristics of lichen planus pigmentosus and its response to tacrolimus ointment: An open label, non-randomized, prospective study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010;24 :535–40.

Lichen plan palmoplantaire

Marie Rose LAMAH, Nisrine ELHAMDI, Youness EL KHACHINE, Abderazzak JAKAR, Jalal EL BENAYE.

Service de Dermatologie, Hôpital Militaire Moulay Ismail, Meknès.

Le lichen plan est une dermatose inflammatoire qui peut toucher n'importe quelle partie du tégument et revêtir des aspects variables, classant la maladie dans le registre des pathologies « grandes simulatrices ».

Un patient de 45 ans, militaire de profession, consulte pour une kératodermie palmo-plantaire prurigineuse, apparue il y a 3 mois, répondant partiellement aux dermocorticoïdes. L'examen trouve des plaques érythémateuses finement squameuses des paumes avec extension vers le poignet et également atteinte des voûtes plantaires. L'examen de la cavité buccale objective un réseau réticulé jugal. Une biopsie cutanée confirme le diagnostic d'un lichen plan et le patient est mis sous méthotrexate et dermocorticoïdes avec une rémission complète.

Les étiologies d'une kératodermie palmo-plantaire acquise sont multiples ; certaines sont plus fréquentes, plus faciles à diagnostiquer ; d'autres restent rares et nécessitent une expérience et surtout un bon examen cutané avec une bonne analyse sémiologique.

Lichen plan pigmentogène : Profil épidémioclinique et associations pathologiques au service de dermatologie CHU Mohammed VI Marrakech

K.Rharib, L.Bendaoud, M.Aboudourib, O.Hocar, S.Amal
Service de dermatologie-vénéréologie
CHU Mohamed VI-Marrakech, Maroc

Introduction :

Le lichen plan pigmentogène (LPP) est une variante rare de LP cutané caractérisée par la présence de lésions hyperpigmentées sur le tégument. Cette dermatose a été rarement décrite en association avec d'autres maladies. L'objectif de notre étude est de décrire le profil épidémiologique et les associations pathologiques du LPP.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective menée dans notre service de dermatologie sur une période de 11 mois (allant de septembre 2023 à Juillet 2024) portant sur les cas du LPP confirmés par histologie.

Résultats :

Nous avons recensé 65 cas de LPP confirmés histologiquement, ayant un phototype variant du 3 à 5. Le sex-ratio était de H/F = 0,3. L'âge moyen était de 43.5 ans, sur une durée d'évolution moyenne de 6.5 ans. Et il y avait deux cas similaires dans la famille. Les facteurs déclenchants déterminés étaient le gommage au Hammam, une exposition solaire sans photoprotection, l'utilisation de Henné au bain maure et de masques traditionnels, une grossesse ainsi qu'une prise médicamenteuse à type

d'oestrogénostatifs, levothyrox, salazopyrine, metformine, insuline, paroxétine et de fluoxétine. Le dos et les bras étaient les zones les plus touchées par le LPP, suivis par l'atteinte du visage, les avant-bras, le cou et les pieds. Une atteinte de la muqueuse buccale était notée chez deux patients, et pas d'atteinte unguéale. L'histologie était réalisée chez tous les malades confirmant le diagnostic du LPP. Les associations pathologiques étaient dominées par l'alopecie frontale fibrosante (73.8%), la dépression (41.5%), le diabète type 2 (18.4%), l'hépatite virale B (10.7%), l'hypothyroïdie (7.6%), le lichen plan pilaire (6.1%) et la maladie de Crohn (1.5%).

Discussion :

Le LPP est une dermatose d'étiologie inconnue, rare mais relativement fréquente dans notre région, caractérisée par des petites macules rondes ou ovalaires, bien limitées puis confluentes formant de larges plages hyperpigmentées. Il diffère cliniquement du lichen plan classique par le caractère pigmenté des lésions, l'absence d'atteinte des ongles, et l'atteinte exceptionnelle des muqueuses. Les résultats de notre série confirment les données de la littérature quant à la prédominance du sexe féminin et la survenue dans la 3^{ème} ou la 4^{ème} décennie de la vie mais pas à la rareté de cette entité. Nous avons trouvé une association avec d'autres maladies, telles que le diabète, l'hypothyroïdie et les MICI. Ainsi, des mécanismes immunologiques pourraient être impliqués dans la pathogenèse du LPP. La fréquente association avec l'atteinte dépressive, pourraient également mettre en évidence l'implication des facteurs psychologiques dans la genèse de cette pathologie.

Lichen et syndrome métabolique

G.Erramli, M .Aboudourib, H.Marghadi, L .Bendaoud , O .Hocar , S .Amal

Service de dermatologie, Hôpital Arrazi, CHU Mohammed VI, Marrakech

Laboratoire de recherche en biosciences, FMPM, Université Cadi Ayyad, Marrakech

Introduction et objectifs :

Le lichen plan (LP) est une dermatose inflammatoire idiopathique de la peau, des cheveux, des ongles et des muqueuses.

Le lichen plan a été associé à des troubles métaboliques tels que la dyslipidémie et le diabète.

Cette étude visait à déterminer la prévalence du syndrome métabolique chez les patients atteints de LP.

Matériels et méthodes :

C'est une étude rétro et prospective multicentrique s'est déroulée sur une période de 21 mois allant de janvier 2023 à septembre 2024, elle visait à connaître la prévalence du syndrome métabolique chez les patients atteints de LP ayant consulté au service de dermatologie du CHU de Marrakech.

L'étude a inclus tous les patients de plus de 18 ans ayant un diagnostic clinique et histologique de LP et ayant donné leur consentement oral après en avoir été informé.

Les patients diabétiques, ceux souffrant d'hypertension, de dyslipidémie, de maladie cardiaque, de maladie hépatique chronique, de maladie rénale chronique, de troubles de la thyroïde, de psoriasis et ceux ayant des antécédents d'accident vasculaire cérébral, les patients traités avec des stéroïdes systémiques, des rétinoïdes ou de la ciclosporine ont été exclus de l'étude.

Un questionnaire structuré prétesté a été utilisé pour recueillir les données de tous les patients.

L'âge, le sexe, le tour de taille et de hanche, l'indice de masse corporelle, la tension artérielle systolique et diastolique, la glycémie à jeun, les triglycérides et les taux de HDL ont tous été mesurés dans les cas.

Le syndrome métabolique a été établi lorsque trois critères ou plus spécifiés dans le Programme national d'éducation sur le cholestérol modifié : les lignes directrices du Panel de traitement pour adultes III (NCEP-ATP III) ont été remplis.

Résultats:

Sur les 116 patients inclus dans l'étude, 70 (60 %) étaient des femmes, 46 (40 %) étaient des hommes et l'âge moyen des patients était de 45,3 ans.

Le type morphologique prédominant de lichen plan était LP pigmentogène, observé chez 62 patients, soit 53,4 % des cas.

Dans cette étude, 57 patients sur le total inscrit (49,3 %) ont reçu un diagnostic de syndrome métabolique avec des taux de 57.7 % d'obésité (IMC et tour de taille) (66 patients), 31.8% d'hypertriglycéridémie, 28.4 % d'hyperglycémie.

Les trois patients atteints de lichen plan buccal présentaient un syndrome métabolique.

Discussion:

Dans notre étude, les femmes étaient plus nombreuses que les hommes. Dans la littérature, le ratio femmes/hommes dans le lichen plan varie et les rapports sur la dominance sexuelle diffèrent.

La littérature rapporte que l'âge moyen des patients atteints de lichen plan varie de 40,5 à 52,8 ans. Dans notre étude, l'âge moyen des patients LP était de 45,3 ans, ce qui concorde avec ces résultats.

Arias-Santiago et coll. ont initialement exploré la relation entre le syndrome métabolique et le lichen plan, sans trouver de corrélation. Cependant, des études ultérieures ont depuis identifié une relation.

Dans l'étude de Baykal et al., la prévalence du syndrome métabolique (SEP) a été rapportée à 26,6 % chez les patients atteints de lichen plan (LP) et à 34,5 % chez les patients LP présentant une atteinte muqueuse. Hashba et coll. ont signalé un syndrome métabolique chez 31,6 % des patients atteints de LP cutanée et 43,6 % de ceux atteints de LP orale, mais cette différence n'était pas statistiquement significative. Dans notre étude, la prévalence du syndrome métabolique était de 49,3 % parmi les cas de lichen plan.

Peu d'études explorant l'association entre différents sous-types de lichen plan et le syndrome métabolique, Krishnamoorthy et al. et Baykal et al. ont noté que la SEP était plus répandue chez les patients présentant une atteinte muqueuse de LP.

Conclusion:

Il n'existe pas de lien entre la sévérité du lichen plan et le syndrome métabolique, ce qui est différent du psoriasis. Le syndrome métabolique est surreprésenté chez les patients souffrant de lichen plan.

Les deux sont en partie liés par l'inflammation chronique via des cytokines communes (IL1, IL6), mais aussi par la sédentarité, le régime riche, des facteurs neuropsychologiques.

Amylose cutanée papuleuse : à propos d'un cas

I.BEJJA/H.BAYABY/Z.DOUIH/M.SOUGHI/S.ELLOUDI/FZ.MERNISSI

Service de dermatologie, CHU HASSAN II, Fès

Introduction :

L'amylose papuleuse, autrefois connue sous le nom de lichen amyloïde, est une forme rare et chronique d'amylose cutanée primitive localisée. Elle se caractérise histologiquement par l'accumulation de dépôts amyloïdes dans le derme. Son mécanisme physiopathologique reste encore mal connu. Bien que des cas familiaux de lichen amyloïde aient été rarement rapportés, leur incidence reste limitée dans la littérature.

Nous en rapportons un cas.

Observation :

Il s'agit d'un patient de 43 ans, de phototype V, malvoyant sans autres antécédents particuliers qui consulte pour prise en charge de lésions en reliefs prurigineuses d'évolution chronique depuis 2ans. L'examen dermatologique révèle la présence de multiples papules de couleur brun kératosiques regroupées, dont certaines sont excoriées siégeant en médiathoracique, face latéro-cervicale droite et faces antero-externes des bras et des jambes. La dermoscopie polarisée montre un pigment central avec des lignes pigmentaires de distribution radiaire « hub and spoke pattern », sans autres anomalies cutanées ni paternelles. On avait évoqué les diagnostics suivants : le lichen amyloïde, la mucinose folliculaire, la maladie de Darier et la dyskératose de Grover. Une biopsie cutanée a été réalisée montrant une hyperkératose orthokératosique, une acanthose modérée, une papillomatose irrégulière avec des dépôts acidophiles anhistes et feuilletés au niveau des papilles dermiques ayant des affinités tinctoriales des amyloses rehaussés par la coloration rouge congo et le cristal violet compatible avec le diagnostic d'amylose papuleuse. Le patient a été mis sous dermocorticoïdes classe très forte avec une bonne évolution.

Discussion :

L'amylose cutanée primaire se caractérise par le dépôt d'amyloïde limité au derme ou l'épiderme contrairement à l'amylose systémique.

Le lichen amyloïde constitue la forme la plus prévalente des amyloses cutanées primaires. Il se voit souvent chez les sujets de sexe masculin de phototype foncé dans les cinquième et sixième décennies. Le prurit intense est le symptôme initial et cliniquement, il se manifeste sous forme de papules hyperkératosiques bien pigmentées et regroupées, qui peuvent évoluer en grandes plaques siégeant fréquemment sur les tibias et les avant-bras et moins souvent le haut du dos.

La dermoscopie est d'un grand apport en montrant l'aspect de papules pigmentées autour d'« un carrefour central ». L'aspect histologique typiques incluent des dépôts amorphes roses dans le derme papillaire qui se colorent positivement par les colorants rouge congo et violet de cristal.

Les dermocorticoïdes constituent le traitement de première intention de l'amylose papuleuse avec des réponses plus ou moins satisfaisantes. D'autres alternatives thérapeutiques ont été essayées dans des cas isolés tel que le calcipotriol, le tacrolimus topique, le laser CO₂.

Conclusion :

L'amylose papuleuse reste une affection rare d'étiologie inconnue. Le diagnostic de certitude repose sur l'histologie avec colorations spéciales et le traitement fait appel à des topiques conventionnels sans jamais de cas rapportés d'évolution systémique de l'amylose.

Références :

1. Tay CH, Dacosta JL. Lichen Amyloidosis-clinical study of 40 cases. *Br J Dermatol* 1970;82:129–36
2. Salim T, Shenoï SD, Balachandran C, et al. Lichen amyloidosis: a study of clinical, histopathologic and immunofluorescence findings in 30 cases. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2005;71:166–9
3. Chuang, Y. Y., Lee, D. D., Lin, C. S., Chang, Y. J., Tanaka, M., Chang, Y. T., & Liu, H. N. (2012). Characteristic dermoscopic features of primary cutaneous amyloidosis: A study of 35 cases. *British Journal of Dermatology*, 167(3), 548–554.
4. Fernandez-Flores. Cutaneous amyloidosis: a concept review. *Am J Dermatopathol*. 2012; 34(1): 1-17.

Lichen plan bulleux familial à révélation vulvaire

Y. Mahdar, F. Hali, S. Chiheb

Service de Dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction:

Le lichen bulleux est une variante rare du lichen plan, caractérisé par l'apparition de bulles et de vésicules sur des lésions de lichen. La variante familiale est plus fréquente, avec une durée de maladie plus longue et des éruptions plus étendues.

Nous en rapportons ici un nouveau cas de lichen plan bulleux à révélation vulvaire.

Observation:

Il s'agit d'une patiente âgée de 53 ans, ayant un antécédent familial d'une sœur présentant la même symptomatologie. Elle consulte pour des lésions bulleuses et érosives génitales évoluant depuis 23 ans par poussées et rémissions, associées à des brûlures mictionnelles et d'un prurit intense. L'examen clinique a révélé des lésions érosives et papuleuses violines, bien limitées, localisées au niveau de la région vulvaire et fessière, associées à des plaques alopeciques du cuir chevelu. On ne note pas d'atteinte de la muqueuse buccale ni d'autres lésions cutanées. L'examen gynécologique ne révèle pas d'anomalies. La biopsie cutanée confirme le diagnostic de lichen bulleux érosif. La patiente a reçu un traitement à base de corticothérapie locale et générale, associée à l'azathioprine en raison de la résistance au traitement local, avec bonne évolution après 3 mois.

Discussion:

L'atteinte vulvaire du lichen bulleux familial est généralement diagnostiquée chez les femmes âgées de 40 à 60 ans. Elle est souvent associée à d'autres localisations qu'il faut rechercher systématiquement (bouche, vagin, œsophage, peau, cuir chevelu, conjonctive). Rarement asymptomatique, le lichen plan bulleux génital est responsable de douleurs, de brûlures, de prurit, de dyspareunie, de pertes ou de symptômes urinaires. Des remaniements anatomiques

liés à l'accolement des muqueuses enflammées sont fréquemment associés, surtout lorsque que le délai diagnostique est long, supérieur à 2 ans. Le traitement repose sur des dermocorticoïdes en première intention, associés à un traitement systémique en cas d'échec.

Conclusion:

Le lichen plan bulleux vulvaire est une dermatose inflammatoire chronique rare pouvant entraîner une altération de la qualité de vie et des remaniements anatomiques d'où l'importance d'un diagnostic précoce. Il est souvent associé à une atteinte extra-génitale qu'il faut rechercher.

Lupus miliaire disséminé de la face

L.E. MARHRAOUI ; F.Z.EL FETOIKI ; H.RACHADI ; F.HALI ; S.CHIHEB

Service de dermatologie et vénérologie

CHU Ibn Rochd de Casablanca, Maroc

Introduction :

Le lupus miliaire disséminé de la face est une dermatose rare d'étiologie inconnue, qui atteint essentiellement les adultes de sexe masculin.

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 27 ans présentant un lupus miliaire disséminé de la face.

Observation :

Patiente âgée de 27 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, ayant présenté depuis 6 mois des lésions papuleuses érythémateuses, de petite taille, non prurigineuses et diffuses au niveau du visage, sans autres signes associés.

L'examen clinique a révélé des lésions papuleuses érythémateuses, pustuleuses par endroits et ombiliquées par d'autres, localisées au niveau de la région centro-faciale, essentiellement sur la région sourcilière. Le reste de l'examen clinique était sans particularité.

L'examen histologique a mis en évidence un granulome épithélio-giganto-cellulaire centré par une zone de nécrose caséuse. Les colorations de Ziehl-Neelsen et de PAS étaient négatives.

Le diagnostic de lupus miliaire disséminé de la face a été retenu. La patiente a été mise sous dapsons 100 mg / j avec une régression quasi complète des lésions après 14 mois de traitement, laissant des cicatrices atrophiques hyperpigmentées.

Discussion :

Le Lupus miliaire est une dermatose faciale granulomateuse chronique rare. L'atteinte extra-faciale est exceptionnelle.

Il peut être confondu avec la tuberculose, la rosacée, la sarcoïdose ou même la démodécidose.

Malgré l'absence de consensus thérapeutique, plusieurs alternatives peuvent être utilisés, notamment la dapsonne (comme dans le cas de notre patiente), l'hydroxychloroquine, les cyclines, l'isotrétinoïne orale, la corticothérapie orale, le méthotrexate et les anti TNF.

Le pronostic est bon malgré les difficultés thérapeutiques, le principal défi étant le préjudice esthétique.

Lichen nitidus génital mimant un vitiligo : un faux semblant !

Y.Berrada¹, Y.Tamim¹, S. Hamada¹, M. Meziane¹, N. Ismaili¹, L. Benzekri¹, K. Senouci¹
¹*Service de dermatologie, Université Mohamed V de Rabat, Hôpital universitaire Ibn Sina, Maroc*

Introduction :

Le lichen nitidus (LN) est une dermatose inflammatoire rare dont l'étiologie reste mal connue. Dans la majorité des cas le lichen nitidus ne nécessite aucun traitement car l'éruption guérit spontanément et sans séquelles après quelques mois à un an chez la majorité des patients. Un traitement est cependant nécessaire devant un prurit invalidant.

Nous rapportons un cas de lichen nitidus génital symptomatique mimant un vitiligo.

Observation :

Patient âgé de 23 ans, sans antécédents particuliers, consulte pour une hypopigmentation prurigineuse de la verge évoluant depuis 4 mois.

L'examen clinique trouve une éruption papuleuse, faite de petites papules brillantes, en tête d'épingle, monomorphes, rose blanchâtres, confluentes au niveau de la verge prenant un aspect dépigmenté et s'étendant vers la totalité de la région génitale ainsi que l'abdomen et le flanc droit. Le reste l'examen cutanéomuqueux était sans particularité.

L'examen au dermoscope a objectivé la présence de zones arrondies blanchâtres sans structures de quelques millimètres reposant sur une peau normale.

Une biopsie cutanée a été réalisée au niveau de l'abdomen évoquant un lichen nitidus.

Le patient a été mis sous préparation à base de dermocorticoïdes classe très forte en dégression avec une très bonne amélioration et disparition du prurit.

Discussion :

Le LN est une dermatose chronique rare, touchant le plus souvent l'adolescent et l'adulte jeune, sans prédilection ethnique ou de sexe. La pathogénie du LN est encore obscure. Certains auteurs le considèrent comme une forme anatomoclinique du lichen plan (LP). La coexistence de ces deux affections a déjà été rapportée ainsi que la progression de lésions de LN vers celles de LP.

Cliniquement, le LN se caractérise par la présence de petites papules de couleur chair, de petite taille, siégeant avec prédilection au niveau des avant-bras, du thorax, de l'abdomen et du fourreau de la verge. Les lésions sont le plus souvent localisées mais de rares cas d'éruption généralisée ont été décrits. De plus, contrairement à notre cas, le LN est le plus souvent asymptomatique.

Le LN génital peut être confondu avec d'autres dermatoses, telles qu'un LP, un psoriasis, des végétations vénériennes, des molluscum contagiosum, des nodules scabieux ou encore un vitiligo observé chez notre patient.

L'histologie confirme le diagnostic de LN en montrant un infiltrat dense micronodulaire bien circonscrit du derme papillaire, constitué de lymphocytes, d'histiocytes, de cellules épithélioïdes géantes et parfois de plasmocytes. L'épiderme est aminci et souvent parakératosique.

Le LN peut régresser spontanément sans séquelles, récidiver ou persister. Aucun traitement n'est généralement requis, notamment pour les localisations génitales isolées. Les corticostéroïdes topiques ou systémiques, la photothérapie UVA ou UVB ainsi que l'acitrétine peuvent trouver leur indication en cas de LN symptomatique ou généralisé.

Conclusion :

Le lichen nitidus est une maladie rare pour laquelle un examen physique suffit souvent pour établir le diagnostic. La dermoscopie peut s'avérer utile pour une orientation étiologique. En cas de doute, une biopsie cutanée avec examen histopathologique sont nécessaires pour confirmer le diagnostic.

Lichen plan érosif muqueux multifocal : à propos d'un cas

C.EZ-ZAKI ; S. MHAIMER ; S. ELMSAYRYB ; H. KHERBACH ; R. CHAKIRI

DEPARTMENT DE DERMATOLOGIE VENEROLOGIE. CHU SOUSS MASSA

Introduction :

Le lichen plan (LP) est une dermatose inflammatoire auto-immune chronique d'origine inconnue secondaire à une réponse à médiation cellulaire T. Il survient préférentiellement chez l'adulte d'âge moyen (30-60ans) avec prédominance féminine. Il affecte la peau et les muqueuses. La muqueuse buccale est le site d'atteinte le plus fréquent du LP, suivie des organes génitaux, de l'œsophage et du nasopharynx. Les canaux auditifs et les surfaces oculaires sont moins atteints. Bien que l'atteinte conjonctivale soit peu fréquente chez les patients atteints de LP, une morbidité cliniquement significative et une perte de vision potentiellement irréversible peuvent en résulter.

Observation :

Il s'agissait d'un patient âgé de 70ans, ayant comme antécédents une cardiopathie ischémique depuis 10 ans sous traitement, une hypertrophie bénigne de la prostate depuis 8 ans sous alpha-bloquant, opéré pour cataracte de l'œil droit il y a 10 ans et un tabagisme chronique à 25 paquets/année sevré il y a 14 ans. Il s'est présenté pour des ulcérations douloureuses de la cavité buccale depuis 3 ans évoluant par des poussées mais sans rémission complète avec des gingivorragies provoquées par l'alimentation ; associé à une atteinte nasale faite de sécrétions verdâtres nauséabondes parfois hémorragiques avec une sensation de prurit. La symptomatologie s'est aggravée depuis 1 an, par l'installation d'une rougeur oculaire, une douleur type de picotement, des sécrétions purulentes et une notion de brouillard visuel ; avec installation d'odynophagie aux solides et sensation de brûlure au niveau de la gorge.

L'examen clinique a objectivé un mauvais état bucco-dentaire, une gingivite érosive avec présence d'ulcérations mal limitées à enduit blanchâtre au niveau de la partie postérieure de la

face interne des joues et du palais, pas d'atteinte de la muqueuse génitale et le reste de l'examen cutané était sans anomalies. L'examen ophtalmologique a objectivé une surinfection conjonctivale sur terrain d'entropion et symblépharon. L'examen ORL a trouvé une rhinite crouteuse, des cornets hypertrophiés avec présence des ulcérations et une légère inflammation du pharynx. Le patient a bénéficié d'une fibroscopie œso-gastro-duodénale qui a objectivé une œsophagite stade I.

Une biopsie de la muqueuse buccale a montré un épiderme hyperacanthosique surmonté d'une hyperorthokératose, le chorion est siège d'un infiltrat lymphohistiocytaire sans PNE, cet infiltrat grignote la basale qui est vacuolisée. Pas de dépôts d'IgG, IgA ou de complément à l'IFD. L'IFI à la recherche des anticorps anti-membrane basale est négative. Ce qui était en faveur d'un lichen plan érosif.

Le patient a été mis sous prednisone par voie orale 1mg/kg/jour avec cyclines à 200mg/jour ; avec un traitement local, dermoval 4 application/jour au niveau de la cavité buccale et cyclosporine 2% à raison de 4 gouttes/jour au niveau oculaire après traitement de la surinfection, associé à un traitement symptomatique. Après 6 semaines on a commencé la dégression de la corticothérapie après le début d'amélioration clinique.

Discussion :

Le lichen plan est une maladie papulosquameuse auto-immune qui affecte la peau et les muqueuses. Il peut se présenter sous diverses formes cliniques. L'étiologie du lichen plan reste encore inconnue ; cependant, la plupart des études suggèrent qu'il est dû à une réponse immunologique médiée par les lymphocytes T, qui induit une apoptose des kératinocytes au niveau de la zone de la membrane basale. Cette réaction immunitaire est déclenchée par un antigène non encore identifié chez les personnes génétiquement prédisposées.

Le lichen plan muqueux isolé représente 25 % des cas de lichen plan. Les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes. La muqueuse buccale est le plus souvent touchée, suivie par la muqueuse génitale, mais toutes les muqueuses peuvent être atteintes : l'œsophage, le larynx, l'anus, la conjonctive et, de façon exceptionnelle, le conduit auditif externe et la membrane tympanique.

Le LP buccal regroupe plusieurs formes cliniques : la forme réticulaire, la plus fréquente, généralement asymptomatique, et donc de découverte souvent fortuite. La forme érosive, que présentait notre patient, se caractérise par des zones érosives douloureuses à limites irrégulières recouvertes de pseudomembranes, qui siègent préférentiellement sur la face postérieure des joues, la face dorsale et les bords latéraux de la langue et sur la gencive. La forme atrophique

qui présente un risque accru de transformation carcinomateuse. D'autres formes sont décrites notamment la forme hypertrophique, la forme pigmentaire et la forme bulleuse.

L'atteinte génitale est moins fréquente que l'atteinte de la muqueuse buccale, la coexistence des deux chez la femme réalise le syndrome vulvo-vaginal-gingival. Trois formes cliniques sont décrites : érosive, papulo-squameuse et hypertrophique. L'évolution cicatricielle et la constitution des adhérences peut altérer profondément la qualité de vie des patients. Notre patient ne présentait pas d'atteinte génitale.

L'atteinte œsophagienne est rare, elle est souvent sous diagnostiquée. Dans la majorité des cas elle est associée à une atteinte des autres muqueuses, comme chez notre patient. L'œsophage proximal est affecté dans 90 % des cas, avec ou sans atteinte distale. Il est important d'envisager une endoscopie digestive haute, chez les patients atteints du LP qui se plaignent de dysphagie, d'odynophagie ou de perte de poids. Chez notre patient, il présentait une odynophagie qui a indiqué une FOGD, celle-ci a révélé une œsophagite.

L'atteinte oculaire est rare, elle est souvent associée à d'autres manifestations cliniques du LP. Mais une atteinte conjonctivale isolée a également été rapportée. Une atteinte des paupières, une conjonctivite ou kérato-conjonctivite cicatrisante, une sténose des voies lacrymales sont possibles. Le LP oculaire peut entraîner des lésions irréversibles de la surface de l'œil et une cécité. Notre patient présentait une conjonctivite cicatricielle.

L'étude anatomopathologique d'une biopsie de la muqueuse buccale ou d'un autre site, avec les études d'immunofluorescence directe et indirecte, permet de distinguer le LP des autres maladies des muqueuses, tels que la pemphigoïde des muqueuses, le pemphigus vulgaire, le syndrome de Stevens-Johnson, la maladie à IgA linéaire et l'érythème polymorphe.

Dans le lichen buccal érosif, les corticoïdes locaux seuls ou en association avec la tretinoïne locale sont proposés en première intention, le tacrolimus est indiqué en deuxième intention. En cas d'atteinte conjonctivale associée le traitement de première intention comprend les corticostéroïdes topiques et la cyclosporine. En deuxième intention, lorsque les traitements topiques semblent inefficaces, les corticostéroïdes systémiques et les immunosuppresseurs, tels que la cyclosporine, l'azathioprine, ou le mycophénolate mofétil sont utilisés. En cas d'atteinte oculaire grave, la greffe de membrane amniotique peut être envisagée. Un traitement symptomatique doit être souvent associé.

Conclusion :

Le LP est une maladie médiée par les lymphocytes T, sa prévalence est inférieure à

5%, elle est plus fréquente chez les femmes. La nature chronique et souvent érosive du LP des muqueuses peut avoir des effets préjudiciables sur la qualité de vie des patients.

Le LP oculaire avec conjonctivite cicatricielle est une variante rare du LP, qui semble se développer après une atteinte sévère d'autres muqueuses. Un diagnostic précis par des biopsies et des études sérologiques est nécessaire pour distinguer cette entité pathologique des autres formes de conjonctivite cicatricielle.

Une collaboration étroite entre les dermatologues et les ophtalmologues est importante pour mettre en place un traitement anti-inflammatoire agressif et précoce afin d'éviter la perte de vision.

Lichen plan et hépatite virale B, quand la peau révèle les secrets du foie

Ghita Mikou (1), Hanane Rachadi (1), Fatima Zahra Elfatoiki (1), Fouzia Hali (1), Soumiya Chiheb (1) (1) centre hospitalier universitaire, Département de dermatologie-vénérologie, CHU IBN ROCHD, CASABLANCA

Introduction :

Le lichen plan (LP) est une maladie inflammatoire chronique touchant la peau et les muqueuses, impliquant une réponse immunitaire anormale se manifestant sous la forme de papules violacées et prurigineuses, localisées principalement sur les poignets, les chevilles et la région lombaire. L'atteinte buccale est fréquente et se caractérise par des plaques blanches réticulées pouvant devenir érosives. Bien que l'étiologie exacte ne soit pas complètement comprise, il existe une association documentée avec certaines infections virales, notamment le virus de l'hépatite B (VHB). Cette étude se concentre sur l'exploration des liens entre le lichen plan et l'infection par le VHB, comme c'est le cas pour notre patient, ainsi que sur les implications cliniques pour le diagnostic et la prise en charge. Observation M. MI, âgé de 34 ans, diabétique sous insulinothérapie s'est présenté aux urgences du CHU Ibn pour une éruption papuleuse aiguë fébrile et généralisée, avec altération de l'état général, caractérisée par un amaigrissement non chiffré et une asthénie. L'interrogatoire rapporte un syndrome grippal précédant l'éruption de deux semaines et un prurit généralisé au début de la symptomatologie. À l'examen, il présente des lésions maculopapuleuses sur le tronc, le dos et les membres, ainsi qu'une atteinte buccale respectant les muqueuses génitales. On note la présence de papules lichénoïdes brillantes, regroupées en plaques mal limitées au niveau de la face d'extension des bras et des genoux. La dermoscopie montre des papules lichénoïdes surmontées de stries de Wickham, qui sont squameuses par endroits. Un bilan biologique à l'admission a révélé une sérologie virale hépatique B positive et un syndrome infectieux, avec une CRP élevée. Le reste du bilan est sans particularité. Notre patient a bénéficié d'une préparation à base d'émollient et

de dermocorticoïdes. Concernant l'hépatite B, il a été adressé au service de gastro-entérocoque pour prise en charge spécialisée qq Discussion Plusieurs études ont mis en évidence une prévalence accrue du VHB chez les patients atteints de lichen plan, surtout dans les formes buccales. Les mécanismes postulés incluent : - Réaction Immunologique Croisée - Auto-immunité Secondaire - Impact du Statut Viral : L'association entre les deux pathologies reste un sujet controversé, principalement en raison de résultats d'études variables selon les zones géographiques. Par exemple, Carrozzo et al. (2004) ont montré que l'infection par le VHB est plus fréquente chez les patients italiens atteints de lichen plan buccal, tandis que d'autres études menées dans des populations non endémiques ne retrouvent pas cette corrélation significative. De plus, il existe une confusion entre les associations avec le VHB et le VHC (virus de l'hépatite C), les deux étant liés à des mécanismes de susceptibilité immunitaire similaires. Les études menées dans les pays endémiques de l'hépatite B (comme les régions méditerranéennes et asiatiques) montrent une prévalence de 15 à 40 % d'infection par le VHB chez les patients atteints de lichen plan. Comparativement, cette prévalence est d'environ 5 à 10 % dans la population générale. Les résultats hétérogènes observés pourraient être attribués à plusieurs facteurs : 1. Facteurs Génétiques 2. Co-facteurs Épidémiologiques 3. Différences Méthodologiques

Conclusion et perspectives

L'association entre le lichen plan et le VHB soulève des questions importantes quant au rôle des infections virales dans la pathogenèse des maladies auto-immunes. Une meilleure compréhension de ce lien permettrait de mieux orienter les stratégies thérapeutiques et de surveillance. Il est essentiel d'approfondir cette relation par des études multicentriques prenant en compte les facteurs géographiques et génétiques. Si l'association est confirmée, cela pourrait changer les recommandations de dépistage chez les patients atteints de lichen plan et améliorer la prise en charge clinique.

Références :

- El-Khalawany, M. (2020). Lichen Planus and Hepatitis Viruses: What's the Link?, Clinics in Dermatology.
- George, A.O. et al. (2019). Immunopathogenesis of Lichen Planus in the Context of Hepatitis B Infection, Archives of Dermatological Research.
- Rebora, A. et al. (2018). Lichen Plan and Hepatitis B Virus: Epidemiological and clinical aspects. Journal of dermatology

Quand le rein parle à travers la Peau : Exploration de la Dermopathie Néphrogénique

Background :

La dermopathie néphrogénique, décrite pour la première fois en 2000 par Camper et al., comme une affection cutanée sclérodermiforme retrouvée chez des patients sous dialyse rénale, est un trouble cutané fibrosant associé à une insuffisance rénale aiguë ou chronique. Considérée initialement comme une affection purement cutanée, Ting et Al. ont démontré en 2005 qu'une atteinte systémique pouvait y être associée. La physiopathologie demeure mal comprise, avec des théories évoquant des mécanismes similaires aux syndromes sclérodermiques, à travers une activation aberrante des cellules T menant au recrutement de fibroblastes à l'origine de formation de tissu cicatriciel sans traumatisme préalable. La dialyse et l'exposition au gadolinium ont été identifiées comme éléments déclencheurs, mais l'apparition de la dermopathie néphrogénique en dehors de ces facteurs remet en question ces hypothèses. Nous rapportons ci-dessous un cas de dermopathie néphrogénique ayant précédé la découverte fortuite d'une IRT chez une femme de 46 ans sans ATCD préalables.

Cas Clinique :

Notre cas concerne une patiente âgée de 46 ans sans antécédents médicaux notables, hospitalisée pour l'investigation d'une insuffisance rénale chronique terminale découverte à l'occasion d'un pic hypertensif. Un avis dermatologique a été sollicité au sujet de lésions bilatérales et symétriques ressemblant à des cicatrices post-traumatiques, localisées sur les cuisses, les jambes et certaines sur les bras. Ces lésions seraient apparues spontanément et de façon progressive sur une période de quatre ans. L'examen clinique retrouvait des lésions cutanées bilatérales et symétriques revêtant un aspect lâche et ridé au niveau des bras et des cuisses, celles siégeant au niveau des deux jambes étaient plutôt scléreuses et rétractiles. La dermoscopie révélait des zones blanches sans structure, reflétant la fibrose sous-jacente. Une biopsie cutanée a été réalisée confirmant le diagnostic de dermopathie néphrogénique, qui se caractérise par une fibrose dermique en bandes et une prolifération de fibroblastes fusiformes. Un scanner thoraco-abdomino-pelvien et un échocardiogramme réalisés dans le cadre du bilan de systématisation ne révélaient pas de preuve de fibrose viscérale associée. Ces lésions cutanées occasionnaient une gêne considérable avec un impact important sur la qualité de vie de la patiente dont le DLQI score était à 12. L'approche thérapeutique entreprise se basait sur une évaluation bi annuelle des lésions et le suivi de leur évolution après initiation de la dialyse rénale, vu qu'une réversibilité spontanée suite au traitement de la cause a été décrite.

Conclusion :

La dermopathie néphrogénique demeure une condition sous-diagnostiquée, ayant un impact considérable sur la qualité de vie des patients en raison de manifestations cutanées affichantes et systémiques sévères. L'absence de consensus sur les options de traitement souligne la nécessité de recherches supplémentaires. Les traitements actuels, incluant la plasmaphérèse, la photothérapie, le cyclophosphamide, ainsi que des corticostéroïdes oraux et intralésionnels, ont montré des résultats mitigés. La reconnaissance de cette entité est cruciale, car elle constitue un facteur pronostique et s'associe à une mortalité accrue

Quand les Lèvres Parlent : Voyage à Travers Quatre Cas de Macrochéilite de Miescher

S.Zemrani, O.Lafdali, S.Houbeyeli, M.Aboudourib, L.Bendaoud, O.Hocar, S.Amal

Introduction & Objectifs :

La granulomatose orofaciale (GOF) est une condition rare et intrigante, caractérisée par une étiologie et une pathogénie complexe impliquant des facteurs génétiques, immunologiques, allergiques et infectieux. Cette affection se manifeste cliniquement par des épisodes d'œdème orofacial récurrent ou persistant. L'OFG englobe un éventail de maladies granulomateuses, allant de la chéilite de Miescher, qui se traduit par une tuméfaction localisée des lèvres, à des inflammations plus étendues, comme le syndrome de Melkersson-Rosenthal.

Méthodes & Observations :

Patiente 1

Nous présentons le cas d'une patiente de 45 ans référée pour une tuméfaction persistante de la lèvre supérieure évoluant depuis 1an par poussées spontanément résolutive puis évolution permanente. La patiente ne présentait pas de symptômes digestifs ou pulmonaires. L'examen clinique a révélé un œdème labial homogène et grossièrement symétrique, une chéilite angulaire et une plaque eczémateuse supra-labiale. De plus, aucun signe de macroglossie, de langue plissée, de paralysie faciale ou d'aphtose orale n'a été observé. La biopsie de la macrochéilite a montré une inflammation granulomateuse épithélioïde avec des microgranulomes confluent sans nécrose caséuse. Le dépistage d'autres granulomes orofaciaux est important. La maladie de Crohn (MC) et la tuberculose (TBK) ont été exclues en raison de l'absence de symptomatologie, la sarcoïdose en raison d'un taux négatif d'enzyme de conversion de l'angiotensine sérique et des résultats normaux à la radiographie thoracique, et la réaction à corps étranger en raison de l'absence d'antécédents de blessures. Par conséquent, le diagnostic de chéilite de Miescher a été retenu. Notre patiente a reçu 5 injections de corticostéroïdes intra lésionnelles à intervalles de 4 semaines. Un traitement par cyclines a été associé à partir du deuxième mois pour prévenir les légères récurrences, la tuméfaction étant réfractaire 3 semaines après chaque injection. Six mois après l'arrêt des traitements, la patiente avait présenté une récurrence de la tuméfaction pour laquelle un 2^{ème} traitement par cycline et dermocorticoïdes ont été prescrit avec une légère régression de la tuméfaction.

Patiente 2 :

Patiente âgée de 34ans, sans antécédents pulmonaires ou digestifs et sans notion de contact tuberculeux. Hospitalisée devant une tumefaction labiale récidivante évoluant depuis 18mois où le diagnostic de d'angio-œdème neurotique bradykinique a été suspecté, puis écarté par le dosage quantitatif et qualitatif de C1 inhibiteur estérase. A l'examen dermatologique, la patiente présentait une macro chéilite labiale supérieure homogène, élastique et symétrique associé à une chéilite et une légère inflammation supra labiale. Aucun signe de macroglossie, langue plissé, paralysie faciale n'a été rapporté. Les bilans biologiques et radiologiques sont revenus normaux écartant ainsi la MC, TBK et la sarcoïdose. La biopsie cutanée de la lèvre a pu isoler une inflammation granulomateuse sans nécrose. La patiente avait reçu 5 injections intra lésionnelles de corticothérapie (1injection/mois) et mise sous hydroxychloroquine avec régression de la tuméfaction.

Patients 3 et 4 :

Patients âgés de 25 ans et 30 ans, sans antécédents pathologiques particuliers qui ont été référés pour une tuméfaction labiale supérieure isolée évoluant depuis 6mois et 1an, respectivement, en

poussées rémissions puis devenant permanente sans autres signes associés notamment pas de signes digestifs ou pulmonaires. L'examen dermatologique avait objectivé un œdème de la lèvre supérieure localisé et symétrique, non dur et non douloureux sans macroglossie ni autre atteinte muqueuse associée. Les examens complémentaires ont permis d'écarter les autres diagnostics d'GOF. La biopsie ayant été en faveur d'une chéilite granulomateuse. Les patients ont été mis sous cyclines pendant 6 mois associés à des injections intra lésionnelles avec une bonne évolution, or une récurrence chez le 2^{ème} patient a été rapporté chez qui on avait repris la même conduite avec une bonne évolution.

Discussion :

La chéilite de Miescher est une condition rare, et son incidence exacte n'est pas bien documentée dans la littérature médicale. Cependant, elle semble avoir une légère prédominance chez les femmes par rapport aux hommes. Certaines études suggèrent que la majorité des cas se produisent chez des patients jeunes, généralement entre 20 et 40 ans. Ceci a bien été noté chez nos patients femmes et hommes confondus.

Le diagnostic différentiel d'une macrochéilite comprend l'angioœdème (idiopathique ou héréditaire), la sarcoïdose, la maladie de Crohn, la GOF, la chéilite granulomateuse et certaines infections spécifiques (tuberculose, lèpre et mycose profonde). La démarche diagnostique face à une macrochéilite doit tenir compte de ces conditions. Les résultats de l'anamnèse et de l'examen clinique dirigent l'investigation et la biopsie représente une étape essentielle.

En raison d'un manque de connaissances sur l'étiologie, divers traitements ont été proposés, y compris les corticostéroïdes locaux systémiques ou intra lésionnels, les cyclines qui se sont révélés efficaces dans nos cas. D'autres modalités thérapeutiques ont été rapportées dans la littérature comme l'hydroxychloroquine, le méthotrexate la clofazimine et les anticorps monoclonaux. La chirurgie plastique esthétique peut être envisagée en cas d'échec du traitement ou de séquelles et un suivi médical est essentiel pour surveiller l'évolution de la condition et ajuster le traitement si nécessaire.

Conclusion:

La chéilite de Miescher représente une forme monosymptomatique du syndrome de Melkersson-Rosenthal. Elle peut entraîner un inconfort fonctionnel et esthétique pour le patient. Les traitements conservateurs doivent être envisagés comme première ligne de thérapie.

Macrochéilite de Miescher traitée efficacement par antipaludéens de synthèse et pénicilline

Introduction : La macrochéilite de Miescher fait partie des granulomatoses orofaciales et représente la forme monosymptomatique du syndrome de Melkersson Rosenthal.

L'étiologie exacte de cette affection n'est pas connue. L'examen histologique est un élément indispensable pour le diagnostic. Le traitement reste difficile et mal codifié et il existe peu de données sur l'efficacité des traitements systémiques.

Observation : Homme de 38 ans, sans antécédents, consulte pour une tuméfaction labiale asymptomatique évoluant depuis 17 ans par poussée rémission sans facteur déclenchant. Il ne

rapporte pas de symptomatologie digestive ni respiratoire ni d'autres signes d'appel systémiques. L'examen clinique trouve une macrochéilite bilatérale, asymétrique, de consistance ferme, indolore à la palpation, surmontée de multiples fissurations verticales avec absence d'aspect lupoïdique à la vitropression. L'examen clinique de tous les appareils ainsi que tous les examens paracliniques réalisés étaient sans anomalies. Le diagnostic de macrochéilite de Miescher a été retenu après une biopsie large et profonde réalisée en période symptomatique objectivant une inflammation granulomateuse. Suite au refus du malade des injections de corticostéroïdes qui étaient trop douloureuses, il a été mis sous Hydroxychloroquine à la dose de 200 mg/j associée aux injections intramusculaires de Benzathine Benzylpénicilline chaque 21 jours avec une bonne amélioration après un recul de 8 mois.

Discussion : La macrochéilite de Miescher est une tuméfaction récurrente et persistante d'une ou des deux lèvres, définie histologiquement par la présence de granulomes épithélioïdes et géantocellulaires sans nécrose caséuse. Sa caractérisation en tant qu'entité distincte ou présentation initiale d'une maladie systémique reste controversée.

La description histologique classique de la macrochéilite de Miescher se caractérise par la présence de granulomes histiocytaires en profondeur dans la sous muqueuse faisant hernie en intravasculaire entraînant un obstacle à la circulation lymphatique. Il s'agit donc d'un lymphœdème. Le traitement classique repose sur la corticothérapie locale ou générale. D'autres modalités thérapeutiques comme la Dapsone, Clofazimine, Thalidomide, Méthotrexate, Métronidazole ou cyclines ont été rapportés mais les résultats sont souvent décevants et les récurrences sont fréquentes. L'élimination des foyers infectieux odontogènes semble diminuer le degré d'enflure chez certains patients.

Conclusion : La macrochéilite de Miescher reste un diagnostic d'élimination qui s'établit suite à l'observation histologique d'une inflammation granulomateuse et à l'exclusion de conditions locales et systémiques. Le traitement par l'association d'Hydroxychloroquine et Benzathine Benzylpénicilline semble prometteur. Une étude plus large serait nécessaire pour confirmer l'efficacité de ce traitement.

Deux cas de pytiriasis lichénoïde et varioliforme aiguë traités avec succès par macrolides

F.ZEROUAL, M.ABOUDOURIB, G.Erramli, L.BENDAOU, O.HOCAR, S.AMAL

Service de dermatologie, Hôpital Arrazi, CHU Mohammed VI, Marrakech

Laboratoire de recherche en biosciences, FMPM, Université Cadi Ayyad, Marrakech

Introduction :

La pityriasis lichénoïde et varioliforme aiguë (PLEVA) est la variante aiguë de la pytiriasis lichénoïde, dermatose inflammatoire rare de cause inconnue, pour laquelle il n'existe pas de consensus thérapeutique, les options de traitement étant basées sur des séries de cas ou des rapports de cas et incluent la corticothérapie locale, la photothérapie et les antibiotiques.

Nous rapportons deux cas de pityriasis lichénoïde et varioliforme aiguë traités avec succès par azithromycine

Observations :

Nous rapportons les cas d'un enfant et d'une femme, âgés successivement de 8 et de 19 ans, ayant consulté en dermatologie pour une éruption brutale papuleuse prurigineuse généralisée, plus marquée au niveau du tronc, évoluant dans un contexte de sensations fébriles.

La biopsie cutanée réalisée chez les deux patients, a mis en évidence une nécrose kératinocytaire avec vasculite leucocytoclasique et œdème du derme superficiel.

Le diagnostic de pityriasis lichénoïde et varioliforme aiguë a été retenu devant l'aspect clinique et histologique.

Le premier patient a reçu l'azithromycine à la dose de 10 mg/kg/j pendant 3 jours par semaine pendant 4 semaines et antihistaminique, tandis que la patiente a été traitée moyennant l'érythromycine à la dose de 50 mg/kg/j.

L'évolution s'est faite en 2 semaines vers une nette amélioration avec sequelles hyperpigmentées. Aucune récurrence n'a été observée sur une durée de suivi de 13 mois chez le premier patient et 6 mois chez la deuxième patiente.

Discussion :

La pityriasis lichénoïde (PL) est une dermatosis inflammatoire rare qui affecte préférentiellement les enfants et les jeunes adultes, évoluant par poussées régressives spontanées sur le tronc et les membres. On distingue la forme aiguë varioliforme et nécrotique, une forme papulosquameuse chronique et une forme leucodermique qui peut survenir immédiatement ou succéder aux deux formes précédentes.

L'étiopathogénie de cette affection n'est pas clairement élucidée, plusieurs auteurs ont évoqué une hypersensibilité à un agent infectieux, ce qui a conduit à l'utilisation d'antibiotiques tels que l'érythromycine et les tétracyclines, avec de bons résultats en raison de leurs propriétés anti-inflammatoires. L'azithromycine en tant que traitement de la pityriasis lichénoïde a été rapportée dans quelques publications, dans lesquelles tous les patients atteints de pityriasis lichénoïde ont bien évolué sous traitement sans récurrence.

L'azithromycine est dotée d'une meilleure biodisponibilité, d'une demi-vie plus longue et de moins d'effets indésirables par rapport à l'érythromycine, son efficacité pourrait être due à ses effets anti-inflammatoires et immunomodulateurs.

Conclusion :

L'excellente réponse à l'azithromycine des deux cas de pityriasis lichénoïde et varioliforme aiguë rapportés ainsi que ceux de la littérature, sa facilité d'administration en font une alternative thérapeutique intéressante pour la pityriasis lichénoïde et varioliforme aiguë, sous réserve d'études à large échelle.

Rosacée et comorbidités : expérience de service de dermatologie de CHU de Fès (120cas)

I.BEJJA/S.ELLOUDI/Z.DOUIHI/M.SOUGHI/H.BAYBAY/FZ.MERNISSI

Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc

Introduction :

La rosacée est une dermatose inflammatoire chronique évoluant par poussée et rémission avec une localisation majoritairement faciale. Malgré sa prévalence, les mécanismes physiopathologiques de la rosacée restent incompris, bien que son développement soit attribué à une combinaison de facteurs génétiques, environnementaux et immunologiques. Récemment, plusieurs études ont mis en lumière une association croissante entre la rosacée et diverses comorbidités systémiques, notamment les maladies cardiovasculaires, les troubles neurologiques, gastro-intestinaux et psychiatriques, ainsi que les maladies auto-immunes et certains types de cancers.

Notre étude vise à étudier l'association de ces maladies avec la rosacée et en fonction des sous-types.

Matériels et méthodes :

Étude prospective de tous les cas de rosacée, colligés en 2 ans (janvier 2022– Juillet 2024) au service de dermatologie de CHU Hassan II, de Fès.

Résultats :

Nous avons recensé 120 cas de rosacée dont 85% étaient des femmes, âgés en moyenne de 46,78 ans (22–76 ans). L'étude des comorbidités métaboliques a montré la présence d'une obésité chez 22 % des cas, de l'HTA dans 7,5 %, d'une dyslipidémie chez 6,7 %. Le diabète a été trouvé dans 10 % des cas. Concernant les comorbidités auto-immunes, l'alopecie frontale fibrosante (AFF) a été retrouvée chez 5% , le vitiligo chez 4,2%, le lichen pigmentogène chez 1,7%, le lichen pileux chez 1,7%, le lupus érythémateux sub-aigu chez 1,7% , le psoriasis chez 2,5%, le syndrome de Gougerot Sjogren (SGS) chez 0,8%, le syndrome des antisynthèses chez 0,8%, 76,7% avaient une dysthyroïdie et 0,8% des cas avaient le syndrome SAPHO (Synovitis, Acne, Pustulosis, Hyperostosis et Osteitis). Pour les pathologies digestives, 5% des malades suivaient pour rosacée souffraient d'un trouble digestif dominé par une gastrite à HP positive et du côlon irritable avec les pourcentages suivants : 8,3% et 5%, suivis par la maladie de Crohn et maladie cœliaque, 2,5% et 0,8% respectivement. L'associations aux néoplasies a été aussi étudiée ; 1,7% avaient un cancer du sein, 0,8% avaient un carcinome épidermoïde de la jambe et 0,8% avait un lymphome T cutané primitif. Et enfin 5% de nos malades avaient une notion de migraine.

Une étude analytique a été faite concernant chaque forme de la rosacée et les comorbidités qui y sont associées. La forme érythrocouperosique était la plus fréquente (58 patients) dont 44,1% étaient des femmes ($p=0,3$). Pour les comorbidités métaboliques, le diabète était le plus fréquent suivi par l'HTA, 66,7% ($p : 0,128$), 55,6% ($p : 0,488$) respectivement. Pour les comorbidités auto-immunes, l'AFF était la plus rencontrée suivie par le lichen pileux, le lupus et les dysthyroïdie, 66,7% ($p : 0,233$), 50% ($p : 0,233$), 50% ($p : 1$) et 50% ($p : 718$), respectivement. 30% avaient une pathologie digestive ($p : 0,519$) dominée par le syndrome du côlon irritable et sérologie HP positive ($p > 0,05$). Concernant les néoplasies associées, 2 cas avaient un cancer de sein ($p : 0,172$) et 33,3% avaient une notion de migraine ($p : 1$).

La forme papulopustuleuse était la deuxième par ordre de fréquence (44 cas) dont 50% était des hommes (p :0,288). Pour les comorbidités métaboliques, la dyslipidémie était la plus fréquente suivie par l'HTA, 37,5% (p :1), 22,2% (p :0,483) respectivement. Pour les comorbidités auto-immunes, le vitiligo était le plus rencontré suivie par le lichen pileux, le lupus et les dysthyroïdie, 60% (p :0, 355), 50%(p :1), 50% (p :1) et 50% (p :463), respectivement. 20% avaient une pathologie digestive (p :0,322) dominée par la sérologie HP positive suivie par une maladie de crohn, 50% (p :0,495) et 33,3% (p :1) respectivement. Concernant les néoplasies associées, 1 cas avait un carcinome épidermoïde de la jambe (p :0,367) et 16,7% avaient une notion de migraine (p :0,413).

La forme granulomateuse prend le 3^{ème} rang en terme de fréquence et a été observée chez 8 cas avec une prédominance féminine 93,1% (p :1). Aucune maladie métabolique, auto-immune ou néoplasique n'a été associée (p :1) . 20% avaient une pathologie digestive (p :0,134) dominée par la sérologie HP positive (p :0,134).

La forme phymateuse était rencontrée chez 4 cas faite essentiellement du rhinophyma et dont tous les malades étaient des hommes. Pour les comorbidités métaboliques, la dyslipidémie était la plus fréquente suivie par l'HTA et le diabète , 12,5% (p :0,244), 11,1% (p :0,271) et 8,3% (p :0,271) respectivement. Aucune maladie auto-immune, digestive ou néoplasique n'a été associée (p :1) et sans aucune notion de migraine (p :1).

La rosacée fulminans était rencontrée chez 3 cas dont tous sont des femmes (p :1). Aucune maladie métabolique, auto-immune ou néoplasique n'a été associée (p :1). 20% avaient une pathologie digestive (p :0,018) faite de la sérologie HP positive (10%) et syndrome de côlon irritable , (10%) (p :0232) et 16,7% (p :0,144) respectivement. La notion de migraine était rapportée chez un seul cas (p :0,144).

La forme stéroïdienne a été rencontrée chez 2 femmes. Aucune maladie métabolique, auto-immune, digestive ou néoplasique n'a été associée (p :1) et sans aucune notion de migraine n'a été rapportée (p :1). Un seul cas avait un lymphome T cutané primitif (p :0,017).

Le syndrome de Morbihan a été vu chez un seul cas de sexe masculin et qui n'avait aucune comorbidités (p :1).

Discussion :

Bien que la rosacée ait longtemps été perçue comme une affection cutanée bénigne, des études récentes ont révélé diverses comorbidités systémiques qui lui sont associées. Parmi les maladies métaboliques, plusieurs études suggèrent un lien entre la rosacée et le syndrome métabolique, incluant le diabète de type 2, l'hypertension et la dyslipidémie. Ce lien est potentiellement médié par une inflammation systémique chronique, caractérisée par une élévation des cytokines pro-inflammatoires entraînant une activation endothéliale et une dysfonction vasculaire. Sur le plan auto-immun, la rosacée peut coexister avec des maladies auto-immunes telles que les dysthyroïdies, la polyarthrite rhumatoïde, le lupus érythémateux systémique suggérant comme mécanisme la dérégulation immunitaire. En ce qui concerne les pathologies digestives, l'infection à *Helicobacter pylori* (HP) est souvent évoquée comme un facteur contributif, bien que les preuves soient encore controversées. HP pourrait induire la production de bradykinine, favorisant la vasodilatation et l'inflammation cutanée. D'autres troubles gastro-intestinaux, comme le syndrome de l'intestin irritable et les maladies inflammatoires de l'intestin, sont également souvent observés chez les patients atteints de rosacée. Les néoplasmes, notamment les carcinomes basocellulaires et les lymphomes, ont été occasionnellement observés chez des patients avec rosacée, potentiellement en lien avec une altération immunitaire et une inflammation chronique.

Enfin, la notion de migraine, fréquemment associée à la rosacée, pourrait découler de la vasodilatation et de la dysfonction vasculaire, deux caractéristiques partagées par ces deux affections, jouant un rôle dans l'hypersensibilité cutanée et vasculaire chez les patients atteints de rosacée.

Conclusion :

L'association de la rosacée avec diverses comorbidités souligne son caractère systémique, où l'inflammation, l'immunité et la régulation vasculaire jouent un rôle central dans les mécanismes physiopathologiques. Notre étude a révélé des associations avec plusieurs comorbidités et il nous semble qu'il s'agit de la première étude dans la littérature ayant pu établir une corrélation entre les différentes formes de rosacée et les comorbidités associées bien que des recherches supplémentaires soient nécessaires pour mieux comprendre ces liens et leurs mécanismes.

Références :

1. Rainer, B.M., Fischer, A.H., Luz Felipe da Silva, D., Kang, S., & Chien, A.L. (2018). Rosacea is associated with chronic systemic diseases in a skin severity–dependent manner: Results of a case–control study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 79(2), 287-293.
2. Egeberg, A., Hansen, P.R., Gislason, G.H., & Thyssen, J.P. (2016). Patients with rosacea have increased risk of gastrointestinal disease: A population-based cohort study. *British Journal of Dermatology*, 175(3), 638-645.
3. Spoenclin, J., Voegel, J.J., Jick, S.S., & Meier, C.R. (2016). Migraine, triptans, and the risk of developing rosacea: a population-based study within the United Kingdom. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 74(2), 342-348.
4. Miller, I.M., Egeberg, A., & Gniadecki, R. (2017). Rosacea and cardiometabolic disease: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 76(4), 692-702.
5. Pelle, M.T., & Crawford, G.H. (2012). Rosacea: I. Etiology, pathogenesis, and subtype classification. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 67(3), 491-502.

Un cas de rosacée fulminans chez une femme âgée.

AIT-YAZZA Sara, BENDAOU Layla, BEN ABDESSALEM Kaouthar, ABOUDOURIB Maryem, HOCAR Ouafae, AMAL Said

Service de dermatologie et vénérologie, CHU Mohammed VI, Laboratoire Biosciences et santé, faculté de Médecine et de pharmacie de Marrakech, université Cadi-Ayyad, Maroc.

Introduction :

La rosacée fulminans (RF) est une forme rare et grave de rosacée d'étiologie inconnue. Elle touche presque exclusivement les femmes jeunes, surtout les femmes enceintes.

Nous rapportons le cas d'une femme âgée diagnostiquée d'un rosacée fulminans traitée par la doxycycline, avec une amélioration des lésions en 3 mois.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 81 ans, ayant comme antécédents une hypertension artérielle sous amlodipine, une cardiopathie non documentée sous aspirine. La patiente consultait pour une dermatose faciale apparue brutalement, sans notion d'application de produit topique. L'examen clinique a révélé des lésions papulo-pustuleuses, et des nodules profonds avec un

œdème centro-facial rouge-cyanotique. La dermoscopie a trouvé des pustules non folliculaires avec des vaisseaux arborescents. Devant la symptomatologie clinique et dermoscopique, le diagnostic de rosacée fulminans était retenu. Un traitement oral par La doxycycline a été débuté à la dose de 100mg/j associé au métronidazole topique. L'évolution de la RF était favorable avec une rémission quasi-complète obtenue en 3 mois.

Discussion :

La rosacée fulminans est caractérisée par la présence de papules, pustules, nodules profonds et de sinus de drainage confluents sur un visage érythémateux et œdémateux Elle peut provoquer des cicatrices et une défiguration du visage. La pathogénie reste incertaine, elle peut survenir dans le contexte de changements hormonaux tel que la grossesse, de stress émotionnel et de maladie inflammatoire de l'intestin, bien qu'une cause évidente ne soit pas toujours identifiée.

La RF est observée principalement chez les femmes jeunes. Le traitement de choix est basé sur l'isotrétinoïne et la corticothérapie. Notre patiente a été traitée avec succès par la doxycycline. À notre connaissance, la survenue chez le sujet âgé n'est signalée, auparavant, que dans deux observations dans la littérature, un cas d'une femme âgée de 59 ans traitée par la clarythromycine et un autre cas d'un homme âgé traité par la doxycycline avec une bonne amélioration. Nous suggérons que l'antibiothérapie peut être une alternative sûre et efficace, en particulier pour les personnes âgées qui ne tolèrent pas le traitement standard.

Conclusion :

La rosacée fulminans est dermatose faciale rare dont l'étiologie est inconnue. Un diagnostic précoce et un traitement rapide et efficace devraient permettre de minimiser les cicatrices inesthétiques.

Rosacée fulminante chez une femme enceinte : un défi thérapeutique

S.BARAZ, R.BABA, A.ENNACIRI, M.AMRAOUI, R.FRIKH, N.HJIRA

Service de dermatologie vénérologie, Hôpital Militaire d'instruction Med V RABAT

Introduction : La rosacée fulminante (RF), également dénommée pyoderma faciale, est une forme particulièrement rare et sévère de rosacée. Touche majoritairement les femmes âgées de 20 à 40 ans. Bien que l'étiologie soit incertaine, il est admis que des facteurs hormonaux, immunologiques et environnementaux jouent un rôle dans sa pathogénie. Nous rapportons le cas d'une rosacée fulminante survenue chez une femme enceinte et nous discutons les difficultés thérapeutiques rencontrées.

Observation : Une patiente de 37 ans, sans antécédents dermatologiques notables hormis une acné vulgaire à l'adolescence, a développé une éruption inflammatoire faciale à 28 semaines d'aménorrhée, faite de papules inflammatoires et de pustules sur un fond érythémateux diffus. Les deux premières grossesses s'étaient déroulées sans aucune manifestation dermatologique. L'examen ophtalmologique a révélé la présence d'une kératite inflammatoire, mais sans signes de perforation cornéenne. Malgré plusieurs tentatives thérapeutiques incluant des macrolides topiques et oraux, ainsi que des antibiotiques comme l'amoxicilline et l'acide fusidique, les lésions ont persisté. Ce n'est qu'après l'accouchement qu'une amélioration partielle des lésions, estimée à 40 %, a été notée dans les deux semaines suivant la naissance. Trois mois après l'accouchement, un traitement par isotrétinoïne à la dose de 0,5 mg/kg/jour a été initié, aboutissant à une régression significative des lésions pustuleuses et papuleuses en l'espace de trois semaines, bien que l'érythème ait persisté au-delà de trois mois.

Discussion : Ce cas clinique illustre de manière frappante l'association entre la grossesse et la survenue d'une rosacée fulminante. Les modifications hormonales induites par la grossesse, notamment l'élévation marquée des niveaux d'œstrogènes et de progestérone, semblent jouer un rôle crucial dans l'exacerbation de cette affection. L'apparition brutale des symptômes au troisième trimestre, période de maximisation des fluctuations hormonales, et l'amélioration progressive après l'accouchement viennent appuyer cette hypothèse. Les complications oculaires, comme la kératite inflammatoire observée chez cette patiente, sont relativement fréquentes dans les cas de RF, touchant environ 20 % des patientes. Dans ce cas, la prise en charge ophtalmologique rapide a permis de prévenir des complications sévères telles que la perforation cornéenne.

Sur le plan thérapeutique, la prise en charge de la RF pendant la grossesse présente un défi considérable. De nombreux traitements de référence, tels que l'isotrétinoïne ou les tétracyclines, sont contre-indiqués durant cette période en raison de leurs effets tératogènes. Dans le cas présent, l'azithromycine a été utilisée comme alternative, mais avec un succès limité.

Après l'accouchement, l'introduction de l'isotrétinoïne a permis une rémission rapide des lésions cutanées, confirmant son efficacité dans les formes graves de rosacée. Toutefois, son utilisation reste strictement réservée à la période post-partum en raison des risques pour le fœtus en cas d'exposition in utero

Conclusion : La rosacée fulminante est une affection dermatologique rare mais grave qui peut survenir chez la femme enceinte, avec des complications potentielles importantes, notamment oculaires. La gestion thérapeutique de la RF chez la femme enceinte doit être prudente, en tenant compte des risques pour la mère et le fœtus. Une approche multidisciplinaire s'impose, associant des alternatives thérapeutiques appropriées pendant la grossesse et un suivi rigoureux après l'accouchement, afin d'optimiser les résultats cliniques et prévenir des séquelles durables.

Confusion diagnostique : quand la rosacée mime le lupus, à propos d'un cas

G.Erramli , L .Bendaoud , F .Zeroual , M .Aboudourib , O .Hocar , S .Amal

Service de dermatologie, Hôpital Arrazi, CHU Mohammed VI, Marrakech

Laboratoire de recherche en biosciences, FMPM, Université Cadi Ayyad, Marrakech

Introduction

La rosacée est une dermatose faciale inflammatoire chronique, bénigne et fréquente. Son diagnostic est principalement clinique et peut prêter à confusion avec le lupus érythémateux vu les similarités sémiologiques que peuvent avoir certaines formes des deux affections. Nous décrivons ici le cas d'une rosacée traitée à tort comme lupus cutané, pendant 5 ans avant le redressement diagnostique.

Observation

Nous rapportons le cas d'une patiente de 40 ans, suivie depuis 5 ans pour lupus cutané, mis sous hydroxychloroquine et dermocorticoïdes avec abus médicamenteux, mauvaise observance et suivi irrégulier. Le tableau fait d'un érythème malaire fixe a initialement répondu au traitement. L'évolution a été marquée par l'amélioration transitoire suivie d'une aggravation avec extension et apparition de lésions papulo-pustuleuses, mais aussi par la survenue d'une tachycardie sinusale secondaire aux APS.

Devant le caractère paroxystique des signes cliniques, la présence de télangiectasies et la négativité du bilan immunologique, le diagnostic de lupus cutané a été reconsidéré et celui de rosacée retenu selon les critères de ROSCO 2017. Ainsi la patiente a été traitée par doxyxycycline 200mg/j, métronidazole topique et photoprotection, toujours en cours, avec bonne amélioration clinique

Discussion Il est nécessaire, devant une éruption faciale érythémateuse, de faire la distinction entre rosacée et lupus cutané aigu, toutefois leur coexistence chez un même patient, est décrite dans la littérature . Les similarités sémiologiques de certaines présentations des deux affections, peuvent fausser le diagnostic d'une rosacée vers un lupus et inversement, comme rapporté dans la littérature. D'où l'intérêt d'une démarche diagnostique systématisée, d'abord clinique, des éléments distinctifs dont les télangiectasies, l'évolution paroxystique et les lésions papulo-pustuleuses caractéristiques de la rosacée, mais aussi la coloration violacée de l'érythème malaire lupique, ses marges latérales plus nettes et les signes de systématisation éventuels. Dans les cas plus difficiles, le profil immunologique et surtout la biopsie cutanée permettent de trancher.

Conclusion La ressemblance sémiologique entre rosacée et lupus érythémateux fait la difficulté diagnostique devant certaines situations cliniques, le cas de notre patiente souligne l'intérêt d'une approche diagnostique et thérapeutique vigilante, particulièrement aux stades de début, pour garantir le contrôle de l'affection tout en évitant la charge d'un traitement lourd et inutile.

Triade d'occlusion folliculaire à propos d'un cas :

C.FIKRI, L. BENDAOU, M. ABOUDOURIB, S. AMAL, O. HOCAR
Service de dermatologie, Laboratoire Biosciences et santé, CHU Mohammed VI-Marrakech-
Maroc, Faculté de médecine et de pharmacie-université Cadi Ayyad

Introduction : La triade d'occlusion folliculaire (TOF) est une maladie inflammatoire chronique de la peau qui comprend l'hydradénite suppurée, l'acné conglobata et la folliculite disséquante du cuir chevelu. Ces maladies peuvent être graves et difficiles à traiter, et peuvent sérieusement affecter la qualité de vie du patient. Nous rapportons ici le cas d'une TOF chez un homme de 43 ans.

Observation : Un homme de 43 ans, tabagique chronique, ayant comme antécédents des nodules récidivants au niveau des plis axillaires, d'acné sévère du dos, de folliculite de la barbe et du cuir chevelu. L'examen clinique a révélé des cicatrices chéloïdes bilatérales du pli axillaire de classe 1 de Hurley, une acné dorsale sévère et une folliculite disséquante du cuir chevelu. Le diagnostic d'une forme modérée de la triade de l'occlusion folliculaire a été retenu, et le patient a été mis sous doxycycline 100mg/j pendant 3 mois avec une bonne évolution.

Discussion : Le syndrome d'occlusion folliculaire (TOF) a été nommé pour la première fois en 1956 par Pillsbury et al [1] et désigne un groupe de maladies dans lesquelles les follicules pileux sont obstrués par de la kératine et se rompent ensuite, entraînant une maladie inflammatoire de la peau. La pathogénie est inconnue, mais il existe des facteurs génétiques, hormonaux et environnementaux. Les causes environnementales comprennent le tabagisme, l'obésité, une alimentation riche en glucides, l'humidité et les bactéries.

En 1975, Plewig et Kilgman ont proposé d'ajouter le sinus pilonidal à la triade et de la renommer "tétrade d'occlusion folliculaire" [2].

La TOF a également été rarement associée à des maladies et affections non folliculaires telles que la maladie de Dowling-Degos, le pyoderma gangrenosum, la maladie de Crohn, l'arthrite séronégative, l'acanthosis nigricans dû au syndrome métabolique et à l'obésité, le syndrome kératite-ichtyose-surdité [3].

Différents traitements sont généralement choisis en fonction de la classification de la lésion. Ils sont basés sur divers antiseptiques et antibiotiques, des rétinoïdes tels que l'acitrétine et l'isotrétinoïne, des antiandrogènes, des corticostéroïdes systémiques, la biothérapie et la chirurgie.

Conclusion :

La TOF est une affection cutanée rare. Les caractéristiques des épisodes récurrents, la longue durée d'évolution et l'atteinte de l'ensemble du corps en font une maladie difficile à traiter. Différentes options thérapeutiques peuvent être choisies en fonction des symptômes cliniques et de la localisation de la lésion.

Un cas de lichen striatus du tronc chez un homme de 30 ans

Introduction

Le lichen striatus (LS) est une dermatose inflammatoire acquise peu fréquente touchant principalement les enfants. Cliniquement, l'éruption est faite de papules isolées ou coalescentes de disposition linéaire, suivant les lignes de Blaschko. Habituellement asymptomatique, le LS est spontanément résolutif avec un risque d'hyopigmentation post inflammatoire et de rares récurrences. Le LS est extrêmement rare chez l'adulte, avec seulement quelques cas ayant été recensés dans la littérature. Nous présentons un cas de LS du tronc chez un adulte de 30 ans

Observation

Un malade âgé de 30 ans, ayant un terrain d'atopie familiale, consultait devant l'apparition d'une éruption papuleuse non prurigineuse, siégeant à la partie droite du tronc.

A l'anamnèse, aucun antécédant de traumatisme local, d'épisode infectieux, de prise médicamenteuse ou de vaccination n'ont été rapportés.

L'examen clinique retrouvait de nombreuses papules erythémato-violines, mesurant entre 2 et 3 mm, disposées de manière unilatérale, en U inversé, suivant les lignes de Blaschko au niveau du tronc, sans dépasser la ligne médiane antérieure.

La dermoscopie révélait un fond erythémateux associé à une incontinence pigmentaire.

L'examen du reste du tégument, des muqueuses et des phanères était sans anomalies.

Le bilan biologique de routine incluant la numération formule sanguine, la vitesse de sédimentation, le taux de protéine C réactive, les bilan hépatique, rénal, thyroïdien et métabolique ; était normal. La sérologie de l'hépatite C était négative.

Une biopsie cutanée a été réalisée afin d'éliminer d'autres étiologies de dermatoses linéaires acquises de l'adulte. L'histologie montrait un revêtement cutané surmonté d'une fine couche cornée orthokératosique. Le derme superficiel abritait un infiltrat inflammatoire lympho histiocytaire grignotant l'assise basale.

Ainsi, la présentation clinique ainsi que les arguments histologiques ont permis de retenir le diagnostic de LS.

Discussion

Les lignes de Blaschko correspondent aux lignes de migration des cellules embryonnaires à partir de la crête neurale, parfaitement distinctes des structures neuronales ou vasculaires. De nombreuses dermatoses inflammatoires peuvent prendre de façon inhabituelle cette disposition. Le LS présente une disposition blaschkolinéaire exclusive

Le LS est une dermatose inflammatoire acquise bénigne, principalement décrite chez l'enfant entre 3 et 10 ans, avec une légère prédominance féminine.

D'installation aigue, l'éruption est faite de nombreuses papules de quelques millimètres de diamètre, isolées ou confluentes, érythémateuses à la phase de début, (ou à l'inverse pâles en cas de phototype foncé) non ou peu prurigineuses. Elle peut également se présenter sous forme de macules hypopigmentées.

Habituellement localisée au niveau des membres inférieurs, elle peut affecter le tronc ou encore le visage. La topographie linéaire unilatérale suivant les lignes de Blaschko permet d'en faire le diagnostic aisément. Néanmoins, certains cas de distribution bilatérale ou étendue ont été rapportés.

La topographie linéaire serait expliquée par un mosaïcisme épigénétique responsable de la présence d'un clone kératinocytaire capable de réagir sous l'action de facteurs immunogènes, exogènes ou infectieux.

En effet, dans les rares cas rapportés de LS chez l'adulte, il a été démontré que l'éruption se produit à la suite d'un événement déclencheur à savoir un traumatisme, une vaccination ou une prise médicamenteuse ; et qu'elle peut être associée à des conditions atopiques.

L'histologie met en évidence un infiltrat lichénoïde comme c'est le cas pour notre patient. Le LS doit être différencié des autres dermatoses blaschkolinéaires acquises de l'adulte en l'occurrence la blaschkite de l'adulte (BA), la dermatose lichénoïde linéaire ou encore le psoriasis linéaire.

Certains auteurs ont tenté de différencier la BA du LS en soulignant les différences de caractéristiques cliniques et histopathologiques et d'histoire naturelle. En effet, la BA se manifeste par des vésicules eczématiformes très prurigineuses avec à l'histologie une spongiose sans dermatose d'interface. A l'inverse, le LS se présente comme des papules planes avec un épiderme lichénoïde sans spongiose ; comme rapporté dans notre observation.

D'autres auteurs ont conclu que la distinction entre les deux entités manquait de preuves et ont même introduit des termes tels que « Blaschko linear acquired inflammatory skin eruption (BLAISE) » pour indiquer un spectre de maladies englobant les deux entités.

L'évolution du LS étant spontanément résolutive, aucun traitement n'est nécessaire. En revanche, les dermocorticoïdes ou inhibiteurs de calcineurine topiques peuvent être utilisés dans le but de réduire le prurit. L'hyperpigmentation ou hypopigmentation post inflammatoire peut persister pendant plusieurs mois. Les récives sont peu fréquentes.

Conclusion

Bien que rarement observé chez l'adulte, le LS doit figurer parmi les hypothèses diagnostiques devant toute éruption aigue blaschkolinéaire acquise de l'adulte. Aucun traitement n'est nécessaire sauf en cas de prurit.

Profil épidémiologique et thérapeutique de la maladie de Verneuil : Série hospitalière

O. Hormi¹; L. El yamani¹ ; N. Zerrouki ^{1,2} ; N. Zizi^{1,2}

1-Service de dermatologie, vénéréologie 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'hidradénite suppurée, également connue sous le nom de maladie de Verneuil, est une dermatose grave et invalidante qui se manifeste par une inflammation chronique des follicules pileux, entraînant la formation de nodules douloureux, de fistules suppurantes et de cicatrices sclérosantes. Cette condition dermatologique, souvent méconnue et sous-diagnostiquée, a un impact profond sur la qualité de vie des patients, provoquant non seulement des douleurs physiques intenses, mais aussi des répercussions psychologiques et sociales significatives.

Le but de notre travail est de mettre le point sur le diagnostic clinique, biologique, les principes thérapeutiques et évolutifs de la maladie à travers 12 observations.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et monocentrique, incluant tous les patients hospitalisés pour une HS au service de dermatologie du CHU Mohammed VI d'Oujda, étalée sur une période de 10 ans, depuis Juin 2014 jusqu'au Mai 2024. Nous avons analysé les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives des patients.

Résultats :

Nous avons colligé 12 patients, d'âge moyen de $44,36 \pm 15,02$ ans et un sexe-ratio H/F de 4,5. Quatre patients étaient célibataires et 3 étaient divorcés à cause du retentissement de leur pathologie.

Pour les antécédents, 8 patients avaient un antécédent d'acné durant l'adolescence dont 2 avaient une forme sévère, 3 patients ont été opérés pour un sinus pilonidal.

Sept patients étaient des fumeurs actifs avec une consommation moyenne de $33,2 \pm 11$ PA.

Une symptomatologie similaire familiale a été retrouvée chez 18% de nos patients. La durée moyenne d'évolution des lésions était de $8,7 \pm 3,8$ ans. Le délai moyen entre l'apparition des lésions et la première consultation était de $12,76 \pm 6,7$ mois.

Le DLQI moyen à l'admission était de $19,65 \pm 5,2$, traduisant un effet important de la maladie sur la qualité de vie des patients. Le FSFI, évalué chez une seule patiente sexuellement active,

était de 21,8, signalant une dysfonction sexuelle, tandis que le score IIEF-5 moyen était de 15,3 \pm 4, indiquant une dysfonction érectile modérée.

La localisation la plus retrouvée dans notre série est la localisation axillaire suivie par la localisation inguinale. Le nombre moyen de territoires atteints était de 3,91 \pm 1,02. Pour évaluer la gravité de la maladie, le score de Hurley variait entre le grade 2 et 3 avec une prédominance masculine et une sévérité plus importante de l'atteinte chez les fumeurs.

La biopsie cutanée a été réalisée chez 1 seul patient devant la transformation en carcinome épidermoïde d'une lésion ulcérée fessière.

Aucun de nos patients ne présentait un syndrome métabolique.

Trois patients avaient des maladies associées à l'HS notamment un psoriasis inversé et une folliculite disséquante du cuir chevelu.

Sur le plan thérapeutique, l'antibiothérapie de la phase aiguë a été utilisée chez 10 patients. La doxycycline a été utilisée chez 8 patients pour une durée moyenne de 6,25 \pm 3,99 mois. L'association clindamycine et rifampicine a été utilisée chez 2 patients. En outre, 4 patients ont pris les rétinoïdes.

Concernant la biothérapie, l'Adalimumab est la seule molécule utilisée dans notre série chez 5 patients pour une durée moyenne de 8,2 \pm 4,2 mois dont deux patients sont en cours de traitement. Le recours à la chirurgie a été envisagé chez 4 patients. Les complications liées au traitement étaient retrouvées chez 3 patients. Une bonne évolution clinique a été notée chez 2 patients. Cependant, 4 patients étaient perdus de vue, 1 seul patient est décédé et l'évolution de 5 patients est toujours en cours.

Discussion :

La maladie de Verneuil est caractérisée par son évolution longue pouvant entraîner un handicap réel pour le patient avec un impact social et familial. Nos résultats rejoignent quelques séries nationales et internationales en ce qui concerne l'âge moyen des patients. (1) (2)

La prédominance masculine a été rapportée par toutes les séries nationales rejoignant nos données.(3)(4) Concernant le retentissement sur la qualité de vie, nos résultats dépassent de loin ceux rapportés par les séries internationales soulignant l'importance d'un accompagnement psychologique des patients afin de soulager le fardeau de cette maladie. (5) (6)

La détresse sexuelle était d'ailleurs plus importante chez les hommes en raison de la prédominance masculine dans notre échantillon, rejoignant les données d'une série espagnole. (7)

Ces données permettent de mettre la lumière sur la souffrance émotionnelle et physique cachée et imposent une prise en charge multidisciplinaire. La transformation en carcinome épidermoïde

reste une complication rare et agressive au cours de l'HS d'où l'intérêt d'un suivi régulier des patients avec le recours à l'histologie au moindre doute.

Le traitement de l'HS est généralement indiqué. Les principaux objectifs du traitement sont de réduire la formation de nouvelles lésions, de trajets fistuleux et de cicatrices, de traiter les lésions existantes, de réduire les symptômes associés et de minimiser la morbidité psychologique associée.

Les caractéristiques cliniques multiples de l'HS et l'évolution imprévisible de la maladie rendent difficile une approche uniforme du traitement. Quelle que soit la gravité de la maladie, l'attention portée à l'éducation et au soutien du patient, ainsi que la prise en charge appropriée des plaies, de la douleur et des comorbidités associées peuvent s'avérer bénéfiques. (8)

Les approches thérapeutiques ont évolué rapidement au cours de la dernière décennie et comprennent l'utilisation de thérapies médicales et chirurgicales avec l'émergence de plusieurs thérapies ciblées qui peuvent changer le pronostic de la maladie. (9)

Conclusion :

Notre étude décrit les caractéristiques cliniques, biologiques et les différentes modalités thérapeutiques et évolutives de nos patients afin de dévoiler les ambiguïtés de cette pathologie et promouvoir un diagnostic et une prise en charge précoce et multidisciplinaire afin d'améliorer la qualité de vie des patients.

Références :

1. Jfri, D. Nassim, E. O'Brien, W. Gulliver, G. Nikolakis, and C. C. Zouboulis, "Prevalence of Hidradenitis Suppurativa: A Systematic Review and Meta-regression Analysis," *JAMA Dermatol*, vol. 157, no. 8, pp. 924–931, Aug. 2021, doi: 10.1001/JAMADERMATOL.2021.1677.
2. V. Shahi, A. Alikhan, B. G. Vazquez, A. L. Weaver, and M. D. Davis, "Prevalence of Hidradenitis Suppurativa: A Population-Based Study in Olmsted County, Minnesota," *Dermatology*, vol. 229, no. 2, pp. 154–158, Nov. 2014, doi: 10.1159/000363381.
3. N. Kirsten, N. Zander, and M. Augustin, "Prevalence and cutaneous comorbidities of hidradenitis suppurativa in the German working population," *Arch Dermatol Res*, vol. 313, no. 2, pp. 95–99, Mar. 2021, doi: 10.1007/S00403-020-02065-2/TABLES/2.
4. Z. Belhabib, H. Krami, I. Errabih, F. D.-Hegel, and undefined 2013, "La maladie de Verneuil: à propos de 107 cas," *cairn.info*, Accessed: Mar. 18, 2023. [Online].
5. V. G. Frings, B. Bauer, M. Glöditzsch, M. Goebeler, and D. Presser, "Assessing the psychological burden of patients with hidradenitis suppurativa," *Eur J Dermatol*, vol. 29, no. 3, pp. 294–301, May 2019, doi: 10.1684/EJD.2019.3552.
6. A. Molina-Leyva and C. Cuenca-Barrales, "Pruritus and Malodour in Patients with Hidradenitis Suppurativa: Impact on Quality of Life and Clinical Features Associated with Symptom Severity," *Dermatology*, vol. 236, no. 1, pp. 59–65, Feb. 2020, doi: 10.1159/000502139.
7. C. Cuenca-Barrales and A. Molina-Leyva, "Risk Factors of Sexual Dysfunction in Patients with Hidradenitis Suppurativa: A Cross-Sectional Study," *Dermatology*, vol. 236, no. 1, pp. 37–45, Feb. 2020, doi: 10.1159/000501905.

8. J. R. Ingram et al., "British Association of Dermatologists guidelines for the management of hidradenitis suppurativa (acne inversa) 2018," Br J Dermatol, vol. 180, no. 5, pp. 1009–1017, May 2019, doi: 10.1111/BJD.17537.
9. A. Alikhan et al., "North American clinical management guidelines for hidradenitis suppurativa: A publication from the United States and Canadian Hidradenitis Suppurativa Foundations: Part I: Diagnosis, evaluation, and the use of complementary and procedural management," J Am Acad Dermatol, vol. 81, no. 1, pp. 76–90, Jul. 2019, doi: 10.1016/J.JAAD.2019.02.067.

Vitamine D et dermatoses inflammatoires : étude monocentrique

I.LAKHAL ; R. CHAKIRI

Service de Dermatologie CHU Souss Massa, Agadir, Maroc

Introduction :

Ces dernières années, l'intérêt croissant pour le rôle joué par la vitamine D dans les maladies cutanées a donné lieu à la publication de nombreuses études sur la relation entre cette vitamine et certaines affections cutanées.

Le but de notre travail était de décrire le taux de vitamine D et ses variations au cours des différentes dermatoses inflammatoires chez des patients vus en consultation et hospitalisation de dermatologie du centre hospitalier universitaire Souss Massa d'Agadir, Maroc.

Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétro-prospective, descriptive, portant sur les dermatoses inflammatoires vus en consultation et hospitalisation de dermatologie du centre hospitalier universitaire Souss Massa d'Agadir, Maroc sur une période allant de Janvier 2021 à Aout 2024.

Résultats :

Durant la période d'étude 71 patients ont été inclus. Les malades se répartissaient en 13 hommes (18%) et 58 femmes (82%) soit un sex-ratio de 0.22. L'âge des malades variait de 18 mois à 85 ans avec une moyenne d'âge de 42.8 ans.

43(60%) patients avaient un déficit en vitamine D , 24 (34%) patients présentaient une insuffisance en vitamine D et 4 (6%) patients avaient des taux normaux de vitamine D .

L'ensemble des dermatoses inflammatoires relevés étaient dominés par la dermatite séborrhéique(39%) , le psoriasis cutanée (21%) , le vitiligo (17%) , le lichen (15%) , la pelade (6%) , l'acné (1%) , Autres (1%) ..

L'ensemble des dermatoses inflammatoires avec un déficit en vitamine D étaient dominés par la dermatite séborrhéique (45%) , le psoriasis cutanée (26%) et le vitiligo (17%) , Autres (12%) ..

L'ensemble des dermatoses inflammatoires avec une insuffisance en vitamine D étaient dominés par le lichen (63%) , la pelade (23%) et Autres (14%) ..

L'ensemble des dermatoses inflammatoires avec un taux vitamine D normal étaient dominés par l'acné (71%) ,Autres ..

Le pourcentage de patients qui a pu refaire le control du dosage de la vitamine D était faible , estimé à 18 %

Discussion :

Notre travail apporte une contribution significative à propos des taux de vitamine D dans divers dermatoses inflammatoires . Nous n'avons pas trouvé d'études similaire en littérature .

La vitamine D a été impliquée dans la pathogenèse et le traitement d'une grande variété de dermatoses inflammatoires . En ce qui concerne le psoriasis cutané , Bergler-Czop et al ont observé une corrélation entre les scores PASI ([Psoriasis](#) Area and Severity Index) et les taux sériques de 25 (OH) D et ont rapporté que les patients présentant des taux de vitamine D inférieurs avaient des scores PASI plus élevés.

Dans l'acné , le rôle de la vitamine D pourrait s'expliquer par une relation entre la vitamine et la synthèse réduite de l'interleukine (IL) 6, de l'IL-8 et de la métalloprotéinase-9. Une étude comparative des taux sériques de 25(OH)D chez des adolescents avec et sans acné a été publiée dans PloS One en 2016. Les patients souffrant d'acné avaient des taux de vitamine D inférieurs à ceux des témoins sains et une relation inverse a été observée entre les taux de vitamine D et la gravité et le nombre de lésions inflammatoires de l'acné.

En ce qui concerne le vitiligo , il existe plus de 300 articles dans la littérature sur la relation entre la vitamine D et le vitiligo. Dans une méta-analyse, Upala et Sanguankeo a conclu que les preuves indiquaient une relation claire entre le vitiligo et de faibles niveaux de vitamine D.

Le rôle de la vitamine D dans la pelade (AA) a été exploré dans plusieurs études. Thompson et coll. ont analysé les données d'une cohorte de 55 929 femmes et n'a trouvé aucune association entre la supplémentation en vitamine D et l'incident AA. Cependant, d'autres études ont montré que les niveaux de vitamine D ont tendance à être plus faibles chez les patients atteints d'AA que chez les témoins sains. et encore plus faible chez les patients atteints d'AA universel par rapport à ceux présentant des formes localisés .

Conclusion :

Selon Bour et Nejjar , la prévalence de la déficience de la vitamine D chez la population marocaine est est située entre 78,1 et 98,4 % chez la population féminine, égale à 85,2 % chez la population masculine ceci pourrait être expliquée par l'absence ou la faible exposition au soleil, le style vestimentaire, le régime alimentaire, l'indice de masse corporelle élevé, l'âge, la sédentarité, la couleur de la peau, le sexe féminin, la saison hivernale et le statut socio-économique bas qui ne permet pas aux patients de se permettre le dosage répété de la vitamine D

Dermatoses bulleuses

Atteinte muqueuse dans le pemphigus superficiel

Introduction : Le pemphigus séborrhéique est une dermatose bulleuse auto-immune rare qui cible principalement la desmogléine 1 (Dsg1) et affecte généralement la peau sans atteinte muqueuse. Toutefois, des cas exceptionnels d'atteinte muqueuse ont été rapportés.

Nous présentons le cas rare d'une patiente présentant des érosions buccales persistantes dans le cadre d'un pemphigus séborrhéique.

Observation : Il s'agit d'une patiente de 62 ans, diabétique sous traitement, qui présente depuis plus d'un an des érosions buccales récidivantes évoluant par poussées et rémissions. Les lésions, observées sur le versant muqueux labial et les gencives, se présentaient avec un fond érythémateux entouré d'une collerette épithéliale blanchâtre. Quelques mois après la consultation, la patiente a développé des érosions post-bulleuses au niveau du tronc et de l'abdomen, évoluant en un seul tenant. L'analyse histologique des biopsies de la muqueuse buccale et de la peau a révélé un clivage intra-épidermique superficiel avec des cellules acantholytiques. L'immunofluorescence directe a montré des dépôts d'IgG et de C3 en mailles de filet le long de la jonction dermo-épidermique. L'immunophénotypage par ELISA a détecté des anticorps dirigés contre la desmogléine 1 (1.5) sans détection d'anticorps anti-desmogléine 3. La patiente a été traitée par corticothérapie orale à 1 mg/kg/jour, rapidement associée à des perfusions de rituximab (1 g à J1, J15, puis 500 mg tous les 6 mois). Après amélioration des lésions cutanées, la corticothérapie a été arrêtée progressivement au bout de 6 mois. Trois mois plus tard, la patiente rapporte une récurrence des lésions buccales, ce qui a conduit à la mise en place d'un traitement par colchicine 1 mg/jour pendant trois mois, avec une bonne réponse thérapeutique.

Discussion : L'atteinte muqueuse dans le pemphigus séborrhéique, bien que rare, peut se produire lorsque le mécanisme compensatoire assuré par la desmogléine 3 (Dsg3) devient insuffisant. En effet, malgré l'expression dominante de la Dsg3 dans les tissus muqueux, des circonstances particulières, telles qu'une réponse immunitaire intense ou prolongée, peuvent dépasser cette compensation, permettant ainsi l'apparition de lésions muqueuses. Des études ont démontré une positivité des marquages en immunofluorescence sur les tissus muqueux chez les patients atteints de PS, ce qui montre que les épitopes de la Dsg1 sont accessibles aux auto-anticorps. Cette défaillance explique le tableau clinique rare mais possible de lésions muqueuses dans le PS, comme observé chez notre patiente.

Conclusion :

Ce cas illustre une forme rare de pemphigus séborrhéique avec atteinte muqueuse, probablement due à l'incapacité de la Dsg3 à compenser les effets pathogènes des auto-anticorps anti-Dsg1. Un traitement adapté, incluant le rituximab et la colchicine, a permis une gestion efficace des récurrences muqueuses chez notre patiente.

Pemphigus chez le sujet âgé : Particularités cliniques et pronostiques

**M. EL MOUSTAOU¹, H. EL HASSANI TAIB¹, M. Chaouqi¹,
N.AMMAR¹, S.HAMADA¹, L. BENZEKRI¹, N.ISMAILI¹, K. SENOUCI¹,
M. MEZIANE¹**

¹Service de Dermatologie, Centre Hospitalier Universitaire Ibn Sina, Rabat,
Maroc

Introduction

Le pemphigus est une dermatose bulleuse chronique auto-immune, principalement observée chez des individus jeunes, âgés de 40 à 60 ans. Cependant, une augmentation de l'incidence de cette maladie a été notée ces dernières années chez les personnes âgées.

Objectif de l'étude

Cette étude vise à examiner le profil épidémiologique et clinique du pemphigus chez les patients de 65 ans et plus, en évaluant l'impact sur leur qualité de vie par le score DLQI, ainsi que l'évolution sous traitement et le pronostic de cette pathologie dans cette tranche d'âge.

Matériel et méthodes

Une étude prospective a été réalisée dans le service de dermatologie de Rabat sur une période de six mois, de janvier à juin 2024. Tous les patients de plus de 65 ans, avec un diagnostic confirmé de pemphigus basé sur des critères cliniques, histologiques et immunologiques, ont été inclus.

Résultats

Vingt-quatre patients ont été inclus, représentant 42 % des cas de pemphigus durant cette période. Le ratio hommes/femmes était de 1,4. Les âges de début de la maladie variaient entre 60 et 92 ans, avec une moyenne de 73,5 ans. Le niveau socio-économique des patients était moyen dans 66,7 % des cas et bas dans 29,2 %. La répartition des formes de pemphigus était : séborrhéique (56,5 %), vulgaire (21,7 %) et foliacé (17,4 %).

Dix-sept patients avaient des comorbidités (diabète n=11, hypertension n=9, maladie neurologique n=4, cardiopathie n=1). Un seul cas de pemphigus végétant a été noté, sans cas de pemphigus paranéoplasique dans notre étude. Le délai de diagnostic était inférieur à trois mois dans 62,5 % des cas. Le score PDAI initial était modéré dans 41,7 % des cas et sévère dans 37,5 %.

La qualité de vie des patients, évaluée par le score DLQI, montrait des résultats entre 11 et 20 dans 37,5 % des cas (indiquant un impact important) et supérieur à 21 dans 20,8 % (impact extrêmement important). La corticothérapie orale a été prescrite dans 23 cas à une dose d'attaque moyenne de 1 mg/kg/j (60,9 %). Un traitement de deuxième intention a été instauré chez 14 patients (Rituximab n=14, Disulone n=1, Azathioprine n=2).

Dix-sept patients ont bien évolué, avec une cicatrisation totale des lésions trois mois après l'hospitalisation, dont la durée moyenne était d'un mois. Cependant, sept patients ont présenté des complications durant leur hospitalisation ou jusqu'à trois mois après (embolie pulmonaire n=4, choc septique n=3). Parmi ces complications, cinq patients sont décédés, représentant 20,8 % de l'ensemble des sujets âgés atteints de pemphigus.

Conclusion

Le pemphigus chez les personnes âgées présente un pronostic grave, avec un taux de mortalité élevé. Sa prise en charge est complexe en raison des formes souvent étendues dès le début, de la lenteur de la cicatrisation, des rechutes fréquentes et des complications iatrogènes potentiellement fatales.

Pemphigus herpétiforme associé à un carcinome papillaire de la thyroïde

Introduction

Le pemphigus herpétiforme (PH) est une entité rare qui combine les caractéristiques cliniques de la dermatite herpétiforme et les caractéristiques immunologiques du pemphigus.

Cette entité a déjà été décrite associée à des néoplasies, cependant c'est le premier cas à notre connaissance de pemphigus herpétiforme associé à un carcinome de la thyroïde.

Observation de cas

Il s'agit d'une patiente de 41 ans, sans antécédents particuliers, qui a présenté 9 mois avant son admission des croûtes grasses sur le cuir chevelu, et 4 mois plus tard, elle a subi une thyroïdectomie totale pour carcinome papillaire de thyroïde, puis 4 jours plus tard elle installa un prurit corporel associé à des plaques annulaires érythémato vésiculeuses très prurigineuses (Surface cutanée estimée à 45%) .

une biopsie cutanée avec IFD et dosage des desmoglénines a été réalisée, en faveur de pemphigus herpétiforme, avec un dépôt grillagé d'IgG au niveau de l'épiderme, Ac anti DSG 1 positifs à 296 UR/ml, et une hyperéosinophilie à 1190 el/mm³ .

Un blanchiment a été observé quelques jours après l'instauration d'un traitement par corticoïdes oraux.

Discussion :

Le pemphigus herpétiforme est une maladie bénigne qui survient chez des personnes en bon état général, mais plusieurs cas de pemphigus herpétiforme ont déjà été rapportés chez des patients présentant des tumeurs sous-jacentes.

Nous décrivons le premier cas à notre connaissance de pemphigus herpétiforme associé à un carcinome papillaire de la thyroïde. Bien que le pemphigus paranéoplasique soit déjà connu pour être lié à plusieurs néoplasmes, notamment pulmonaires, prostatique, oesophagien, ou angiosarcome cutané, cette association avec un carcinome thyroïdien n'avait pas été décrite auparavant.

Certains auteurs suggèrent le terme de pemphigus herpétiforme paranéoplasique, en raison de l'évolution parallèle des deux maladies.

Conclusion :

Bien que ce ne soit pas un pemphigus paranéoplasique au sens strict, cette observation souligne l'importance de rester vigilant quant à l'évolution des événements cliniques, car le pemphigus peut parfois être la première manifestation d'une néoplasie sous-jacente. Effectivement, c'est l'évolution simultanée du pemphigus herpétiforme et du carcinome papillaire de la thyroïde qui évoque le caractère paranéoplasique du pemphigus, puisque les deux maladies évoluent de manière parallèle

Pemphigus localisé au niveau de la muqueuse buccale : présentation atypique

Maryam Ghaleb ,Ouiame Eljouari, Salim Gallouj

*Service de dermatologie et vénéréologie , centre hospitalier universitaire Mohammed VI,
Faculté de médecine et de pharmacie de Tanger*

Introduction :

Le pemphigus est une dermatose bulleuse auto-immune caractérisée par la production d'anticorps dirigés contre les antigènes desmosomiaux. 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 vulgaire est caractérisé par une acantholyse responsable de la formation de lésions bulleuses intraépithéliales. Nous en rapportons un cas particulier par sa présentation clinique inhabituelle.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 51 ans qui présentait depuis 4 des érosions au niveau de la muqueuse buccale. La patiente a été traitée initialement par antifongique sans amélioration.

A l'examen clinique, la patiente présentait de multiples érosions post bulleuses mettant à nu une surface rouge vif sans enduit fibrineux bordées de collerette épithéliale au niveau de la muqueuse de la joue droite et sous la langue..

A noter que la patiente ne présentait pas d'autres lésions au niveau du reste du tégument, cutanée, et phanères.

Une biopsie cutanée a été réalisée objectivant un épiderme légèrement acanthosique siège d'un clivage intra-épidermique , 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 3 positif à 280.

En se basant sur l'examen clinique et le résultat des investigations paracliniques, le diagnostic de pemphigus vulgaire 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 desmoglénines 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 profond sont classiquement des bulles 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.

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.

In Focus: Pemphigus Vegetans - A Rare Dermatological Puzzle Explored

Pemphigus vegetans is a rare and severe variant of pemphigus characterized by distinct cutaneous and mucosal lesions. This article presents the case of a 62-year-old female, admitted for vegetating lesions involving the skin folds, along with mucosal manifestations consistent with pemphigus vegetans. Clinical examination revealed erosive plaques with vegetating centers surrounded by an epithelial collar, oozing and malodorous, located in the mammary, inguinal, umbilical, and anal folds. Non-follicular pustules, resting on erythematous skin, were observed in the right axillary, mammary, and leg extension folds, with a negative Nikolsky sign. Painful mucosal erosions, some covered with hemorrhagic crusts, were present on the lips, along with variable-sized erosions on the vaginal and anal mucosa. The diagnosis of pemphigus vegetans was established based on clinical and histological features of the cutaneous and mucosal lesions. Immunosuppressive therapy comprising oral corticosteroids and Rituximab was initiated, with close monitoring for treatment response and adverse effects.

****Introduction:****

Pemphigus is a group of autoimmune blistering diseases characterized by intraepidermal blister formation due to autoantibodies targeting desmosomal proteins. Pemphigus vegetans, a rare subtype of pemphigus, presents with verrucous, vegetating, and pustular lesions, predominantly involving skin folds and mucosal surfaces. This case report aims to illustrate the clinical presentation, diagnostic evaluation, and therapeutic management of pemphigus vegetans through the presentation of a patient case.

****Case Presentation:****

A 62-year-old woman with no significant medical history, was admitted for vegetating lesions involving skin folds. Clinical examination revealed erosive plaques with vegetating centers surrounded by an epithelial collar, oozing and malodorous, located in the mammary, inguinal, umbilical, and anal folds. Non-follicular pustules, resting on erythematous skin, were observed in the right axillary, mammary, and leg extension folds, with a negative Nikolsky sign. Painful mucosal erosions, some covered with hemorrhagic crusts, were present on the lips, along with variable-sized erosions on the vaginal and anal mucosa.

Histological examination showed normo-acanthotic epidermis with a thin layer of orthokeratosis on top. Presence at multiple levels of deep sections of a dermo-epidermal cleavage containing rare fibrinous elements. Absence of acantholytic cells. Presence of images of neutrophilic granulocyte exocytosis marked elsewhere.

The dermis contains numerous congestive vascular elements, surrounded by a discreet infiltrate of regular mononuclear inflammatory cells.

Direct immunofluorescence demonstrates IgG and C3 deposits in a "net-like" pattern at the epidermal level.

The diagnosis of pemphigus vegetans was established based on clinical and histological features of the cutaneous and mucosal lesions.

The patient initially received intravenous corticosteroid bolus 15mg/kg daily for 3 days, followed by oral therapy (Prednisone) alongside with dermocorticoids with a significant improvement but with a relapse after a few months.

We decided to initiate rituximab as a second-line treatment, resulting in a spectacular improvement without complications.

****Discussion:****

Pemphigus vegetans is a rare variant of pemphigus, characterized by distinct clinical and histopathological features. Diagnosis relies on clinical evaluation, histopathological examination, and direct immunofluorescence studies of lesional skin or mucosa. Treatment typically involves immunosuppressive therapy with corticosteroids and immunosuppressants, aimed at suppressing autoimmune activity and preventing disease progression. Close monitoring for treatment response and adverse effects is essential to optimize patient outcomes.

****Conclusion:****

Pemphigus vegetans is a rare autoimmune blistering disorder with unique clinical and histological characteristics. Early recognition and prompt initiation of appropriate immunosuppressive therapy are crucial for achieving remission and preventing disease complications. Further research is warranted to elucidate the underlying pathophysiological mechanisms and explore novel therapeutic approaches for pemphigus vegetans.

Pemphigus paranéoplasique révélant un carcinome gastrique : Association rare.

F. Zayoun, F. Hali, B. Baghdad, S. Chiheb

Service de Dermatologie-vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction

Le pemphigus paranéoplasique est une maladie bulleuse auto-immune associée à une néoplasie sous-jacente, il est fréquemment lié à des maladies lymphoprolifératives, principalement au lymphome non hodgkinien et à la maladie de Castleman, tandis que les tumeurs solides sont rarement observées chez les patients atteints de cette pathologie.

Par ailleurs, seules quelques études ont signalé une association entre le pemphigus paranéoplasique et les cancers gastro-intestinaux.

Observation:

Il s'agit d'une patiente de 52 ans, avec un antécédent de gastrite à Helicobacter pylori il y a un an, admise en juillet 2024 pour la prise en charge de lésions bulleuses et des érosions post-bulleuses touchant le tronc, le dos, les deux membres supérieurs et le tiers supérieur des cuisses, avec une atteinte de la muqueuse buccale. Elle présentait également un placard lichénoïde sur l'abdomen, surmontée d'érosions post-bulleuses. Le signe de Nikolsky était négatif. L'histologie a confirmé un pemphigus profond, tandis que l'immunofluorescence directe s'est révélée négative. Parallèlement, la patiente souffrait d'épigastalgies, et une fibroscopie a mis en

évidence une lésion tumorale ulcéro-bourgeonnante au niveau de la petite courbure de l'estomac. La biopsie gastrique a ensuite révélé un carcinome gastrique à cellules indépendantes en bagues à chaton, de type peu cohésif. La patiente a été traitée par trois bolus de méthylprednisolone, suivis d'une corticothérapie orale à 1,5 mg/kg. Après un mois de traitement, les lésions ont nettement régressé, sans apparition de nouvelles lésions.

Discussion :

Le pemphigus paranéoplasique est une maladie bulleuse auto-immune rare qui affecte les muqueuses et la peau, associée à une néoplasie sous-jacente. Elle se manifeste par des érosions muqueuses douloureuses et des éruptions cutanées pouvant entraîner une déshydratation sévère, une perte de protéines et un risque accru d'infection. Bien que plusieurs tumeurs solides aient été liées à cette affection, seuls cinq cas de cancer gastrique ont été rapportés jusqu'à présent. Le traitement se concentre sur la gestion des manifestations cliniques, et certaines études suggèrent que le traitement de la néoplasie sous-jacente, en particulier la résection de la tumeur, pourrait favoriser une amélioration du pemphigus paranéoplasique.

Nous avons orienté notre patient vers le service d'oncologie pour la prise en charge du carcinome gastrique.

Conclusion :

Le pemphigus paranéoplasique peut se manifester par des lésions cutanées variées avec une atteinte muqueuse rendant le diagnostic parfois complexe, La prise en charge de la tumeur sous-jacente est essentielle, car le contrôle de la néoplasie peut avoir un impact majeur sur l'évolution de la maladie. De plus, une approche multidisciplinaire, impliquant les dermatologues et les oncologues, est souvent nécessaire pour optimiser le traitement et améliorer la qualité de vie des patients.

Pemphigus herpétiforme gravidique ou pemphigoïde gestationnelle: A propos d'un cas

L.ALAMI, S.ELMELLOUKI, Y.FARAI, MA.ENNACIRI, M.ELAMRAOUI, Y.ZEMMEZ,
R.FRIKH, N.HJIRA

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

Introduction: Le pemphigus est une dermatose bulleuse auto-immune (DBAI) acquise grave touchant la peau et les muqueuses, sa survenue au cours de la grossesse est une éventualité encore plus rare. Nous décrivons le cas d'une patiente présentant un pemphigus herpétiforme débutant durant la grossesse.

Observation : Patiente de 36 ans, G2P2. À 33 semaines d'aménorrhée, elle présente un exanthème maculo-papuleux prurigineux, principalement en péri-ombilical. Une semaine plus tard, des bulles tendues et des érosions douloureuses apparaissent en péri-ombilical. Après l'accouchement, des bulles en rosette sur une peau érythémateuse, des érosions douloureuses, ainsi que des signes cliniques tels qu'un prurit et une hyperéosinophilie ($2024/\text{mm}^3$), conduisent à son hospitalisation. La biopsie cutanée révèle un léger décollement de l'épiderme, un infiltrat éosinophile dans le derme superficiel, sans formation de véritables bulles.

L'immunofluorescence Directe montre des dépôts intercellulaires d'IgG, confirmant un pemphigus herpétiforme. Sur le plan thérapeutique, la patiente reçoit une corticothérapie orale initiale (60 mg/j), suivie d'un bolus de 500 mg/j pendant trois jours et d'un relais à 80 mg/j, avec une amélioration temporaire. En raison de la réapparition des bulles et d'un prurit intense, un traitement par rituximab est mis en place. La patiente accouche à 36 SA d'un nouveau-né en bonne santé, sans lésions cutanées ou muqueuses.

Discussion : Le pemphigus à début gravidique est une entité rare. Bien que des cas de poussées de pemphigus aient été documentés chez des patientes ayant des antécédents de cette maladie avant la grossesse, l'apparition de novo chez une femme enceinte est peu fréquente comme c'est le cas de notre patiente. Le pemphigus gravidique présente un profil épidémio-clinique similaire à celui de la pemphigoïde gestationnelle rendant le diagnostic différentiel complexe. La distinction entre ces deux diagnostics s'effectue grâce à des biopsies cutanées analysées par microscopie optique, ainsi qu'à des études d'immunofluorescence directe. Cette distinction est cruciale pour la prise en charge, car les traitements diffèrent.

Conclusion : Le cas de cette patiente souligne la rareté du pemphigus débutant durant la grossesse et met en lumière la complexité de son diagnostic différentiel par rapport à la pemphigoïde gestationnelle. Ce cas illustre également l'importance d'une surveillance étroite des patientes et des nouveau-nés, même en l'absence de manifestations cutanées néonatales. Une meilleure compréhension de ces maladies auto-immunes en période périnatale est cruciale pour mieux caractériser cette entité.

Un cas clinique de pemphigoïde bulleuse induite par la Sitagliptine après 3 ans d'utilisation

S.Alaoui, K.Senouci, N.Ismaili, S.Hamada, M. Meziane, L.Benzekri.

Service de dermatologie-vénérologie du CHU Ibn Sina Rabat Maroc

Introduction :

La pemphigoïde bulleuse (PB) est une maladie cutanée auto-immune chronique caractérisée par des bulles tendues, prurigineuses et généralisées. Le mécanisme implique une réponse auto-immune contre les protéines BP180 et/ou BP230 à la jonction dermo-épidermique.

Bien que cette affection soit souvent d'origine auto-immune, la BP induite par les médicaments est bien connue. Récemment, une nouvelle classe d'hypoglycémisants oraux connus sous le nom d'inhibiteurs de la dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4), également connus sous le nom de gliptines, a également été impliquée.

Objectif :

Rapporter un cas de pemphigoïde bulleuse induite par la Sitagliptine, molécule rarement incriminée par rapport aux autres gliptines, après une longue période d'utilisation de 3 ans.

Observation :

Un homme de 76 ans avec des antécédents de psoriasis, d'hypertension artérielle, d'hyperuricémie, de néphropathie, sans allergie médicamenteuse connue et de diabète sucré de type 2.

Le traitement a été prescrit sous forme de metformine 1000 mg/12 h, la sitagliptine 50 mg/12 h a été ajoutée à son traitement antidiabétique à partir de 2020.

Après 3 ans, il a été admis en dermatologie en septembre 2023 pour des lésions bulleuses prurigineuses sur base érythémateuse sur le dos, le tronc et les extrémités, avec quelques lésions de psoriasis, des plaques érythémateuses squameuses sur les coudes et les genoux.

En revanche, il n'y avait pas d'atteinte des muqueuses ni d'autres signes associés.

Résultats :

La biopsie de la peau a révélé une fente sous-épidermique avec un infiltrat inflammatoire composé principalement d'éosinophiles et de quelques neutrophiles dans le derme, avec une immunofluorescence directe positive pour C3 au niveau de la membrane basale et une immunofluorescence indirecte positive pour 1280.

Les lésions cutanées ont commencé à disparaître progressivement après 2 semaines de doxycycline 100 mg x2/jour par voie orale et de propionate de clobétasol 2 tubes/jour.

Un mois plus tard, la patiente a consulté un endocrinologue qui a réintroduit la sitagliptine, une semaine plus tard, la patiente a présenté de nouvelles lésions bulleuses, ce qui a confirmé le diagnostic de PA induite par la gliptine.

Il a été conseillé au patient d'arrêter le médicament et de passer à un autre hypoglycémiant oral. Une semaine plus tard, nous avons constaté une amélioration des lésions.

Conclusion :

Il est très important de faire la distinction entre les affections idiopathiques et les affections induites par les médicaments, car elles sont cliniquement et histopathologiquement indiscernables. Un historique médical détaillé doit être réalisé et tous les médicaments pris par le patient doivent être enregistrés afin d'éviter de passer à côté d'une pathologie d'origine médicamenteuse.

Pemphigoïde bulleuse et gliptine : À propos d'un cas.

N.Naciri, L.Bendaoud, B.Amal, M.Aboudourib, O.Hocar, S.Amal.

Service de Dermatologie, Hôpital Arrazi, CHU Mohammed VI, Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, Laboratoire biosciences et recherche FMPM, Université Cadi Ayyad, FMPM-UCA.

Introduction : La pemphigoïde bulleuse (PB) est une dermatose bulleuse auto-immune. Elle est principalement observée chez les sujets âgés. Divers facteurs de risque peuvent en favoriser l'apparition, parmi lesquels certains médicaments, notamment les inhibiteurs de la dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4 ; Gliptine), qui ont été récemment incriminés.

Rapport de cas : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 74 ans, suivi pour vitiligo acral depuis 20 ans et un diabète type 2 depuis 10 ans. Il était sous traitement par sulfamide hypoglycémiant depuis 10 ans et avait débuté un traitement par DPP-4 il y a 3 ans. À l'examen, le patient présentait des bulles tendues contenant un liquide sérohématique, sur un fond érythémateux, localisées au tronc et aux racines des membres inférieurs, sans atteinte des muqueuses. Le diagnostic de PB a été confirmé par l'examen histologique et l'immunofluorescence directe. En revanche l'immunofluorescence indirecte est revenue négative. Les DPP-4 ont été interrompues, et un traitement par corticothérapie locale et systémique a été instauré, entraînant une évolution favorable et rapide de l'état du patient.

Discussion : Les DPP-4 représentent l'un des facteurs déclencheurs de la pemphigoïde bulleuse. Certaines études montrent que les patients traités par les DPP-4 et présentant une PB sont souvent porteurs de l'haplotype HLA DQB1. Des études indiquent que les pemphigoïdes bulleuses induites par les DPP-4 diffèrent généralement sur les plans clinique, histologique et biologique des formes idiopathiques. Les recommandations concernant la poursuite ou l'interruption des DPP-4 sont discordantes : certaines études suggèrent l'arrêt, tandis que d'autres ne révèlent aucune différence significative.

Conclusion : Ce cas illustre l'association potentielle entre l'utilisation des inhibiteurs de la DPP-4 et le développement de la pemphigoïde bulleuse chez un patient âgé. L'objectif de ce rapport est d'inciter les médecins à être vigilant devant la prescription des gliptines et d'inciter les dermatologues à toujours y penser devant une pemphigoïde bulleuse chez un diabétique.

Pemphigoïde et oeil

Imane HAKIM¹, Layla BENDAOU¹, Maryem ABOUDOURIB¹, Ouafa HOCAR¹, Said AMAL¹

Asmae NAJAH, Sarah BELGHMAIDI, Ibtissam HAJJI, Abdeljalil MOUTAOUAKIL²

Service de Dermatologie, CHU Mohammed VI – Marrakech¹

Service d'Ophtalmologie, CHU Mohammed VI - Marrakech²

Laboratoire de Biosciences, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, Maroc

Introduction L'atteinte oculaire au cours de la pemphigoïde bulleuse constitue une forme sévère de la pathologie, engageant le pronostic fonctionnel visuel des patients atteints, pouvant même conduire à la cécité.

Objectif Le but de notre travail est d'illustrer le rôle de la concertation pluridisciplinaire entre dermatologues et ophtalmologistes dans le dépistage des manifestations oculaires au cours de la pemphigoïde bulleuse ainsi que l'intérêt d'une prise en charge précoce.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive incluant des patients suivis dans notre service de dermatologie du CHU Mohammed VI de Marrakech pour pemphigoïde bulleuse, menée en collaboration avec le service d'ophtalmologie, sur une durée de 10 ans et 6 mois allant de Janvier 2013 à Juin 2023.

Résultats

Nous avons colligé 21 patients avec atteinte oculaire sur 87 patients atteints de pemphigoïde bulleuse, avec une nette prédominance féminine. Le sex-ratio était de H/F = 0,4. L'âge moyen de nos malades était de 63,8 ans. Le phototype variait du III à IV. 62% des patients étaient d'origine urbaine. L'atteinte ophtalmologique était présente chez 24,13% des patients, essentiellement prédominée par la pemphigoïde cicatricielle dans 13 cas (61,91%) suivie de la pemphigoïde bulleuse dans 8 cas (38,09%). Les atteintes oculaires étaient bilatérales dans 81% des cas. Les manifestations étaient essentiellement à type de conjonctivites chroniques (41%), conjonctivites cicatricielles (7%), sécheresse oculaire (53%), abrasions cornéennes (13%), kératites microbiennes (6%). L'évolution étaient

marquée par l'installation des symblépharons (5%), des ankyloblépharons (3%), entropion (3%), ectropion (1%), un cas de perforation cornéenne compliqué de cécité et 3 cas de néo vascularisation cornéenne. La prise en charge thérapeutique était en concertation avec les ophtalmologues, et a comporté un volet à la phase aiguë essentiellement médical dans 42%, alors que le volet à la phase séquellaire était surtout chirurgical et a consisté en une cure du symblépharon dans 5 cas avec mise en place de lentilles sclérales dans 6 cas, cure d'entropion dans 4 cas, une greffe de cornée dans 2 cas, une greffe de la membrane amniotique dans 6 cas, greffe de membrane buccale dans 3 cas ainsi que le recours au cours du sérum autologue dans les sécheresses sévères dans 13 cas.

Discussion

La pemphigoïde muqueuse oculaire est une maladie auto-immune qui entraîne l'apparition de tissu cicatriciel au niveau de la conjonctive et de la cornée. Cette réponse auto-immune se produit lorsqu'un patient a une prédisposition génétique et qu'il est exposé à un déclencheur environnemental. La biopsie conjonctivale avec immunofluorescence directe est la méthode la plus fiable pour confirmer le diagnostic. Les complications oculaires de la pemphigoïde cicatricielle oculaire sont les suivantes : défauts de l'épithélium cornéen, ulcères du stroma cornéen, perforation de la cornée, endophtalmie, glaucome. Le diagnostic différentiel comprend : le syndrome de Stevens-Johnson, la nécrolyse épidermique toxique, trachome, la maladie du greffon contre l'hôte, antécédents de conjonctivite adénovirale, brûlures chimiques, la maladie médicamenteuse (due aux médicaments topiques contre le glaucome et aux médicaments antiviraux contre la maladie oculaire herpétique), kérato-conjonctivite atopique, l'exposition aux radiations, lupus érythémateux disséminé et le syndrome de Gougerot-Sjögren. Etant une maladie générale, aucun médicament topique ne peut être curatif. Chez certains patients, des injections sous-conjonctivales de stéroïdes peuvent être utilisées temporairement pour ralentir la progression de la maladie. Un traitement adjuvant avec des lubrifiants topiques doit être utilisé chez les patients présentant des symptômes de sécheresse oculaire. L'utilisation de pommade topique à base de cyclosporine et de tacrolimus a également été décrite. Les corticostéroïdes systémiques peuvent contrôler l'activité de la maladie, mais ils ne sont pas aussi efficaces que les autres immunosuppresseurs et les doses requises se sont révélées très toxiques. La dapsone est le traitement de première intention pour les formes légères à modérées de la maladie. A travers notre étude, nous avons illustré le rôle de l'approche multidisciplinaire entre dermatologues et ophtalmologistes dans le dépistage de l'atteinte oculaire chez les patients atteints de pemphigoïde bulleuse ayant bénéficié d'une prise en charge précoce avec une bonne évolution.

Conclusion

Le diagnostic précoce de l'atteinte oculaire au cours de la pemphigoïde bulleuse est crucial, d'où l'importance d'une bonne concertation pluridisciplinaire entre dermatologues et ophtalmologistes. Une prise en charge thérapeutique précoce peut prévenir les anomalies palpébrales non réversibles et ainsi limiter leurs complications cornéennes secondaires.

Un cas de pemphigoïde bulleuse localisée survenant après un accident vasculaire cérébral ischémique chez une jeune patiente

M.KHALLOUKI¹, L.Bendaoud¹ M.ABOUDOURIB¹, O.HOCAR¹,
S.AMAL¹

¹ service de dermatologie, CHU Mohammed VI, Marrakech
Laboratoire Biosciences et santé , FMPM université Cadi Ayyad
,Marrakech

Introduction:

La pemphigoïde bulleuse (PB) est une dermatose bulleuse auto-immune qui touche généralement chez les personnes âgées souffrant de troubles neurologiques. La pemphigoïde bulleuse localisée (PBL) est une variante peu fréquente de la PB limitée à une région du corps. Nous rapportons le cas d'une patiente de 42 ans ayant subi un accident vasculaire cérébral ischémique (AVCI) et qui a présenté une PBL limitée au côté hémiplégique.

Observation:

Une patiente âgée de 42 ans hypertendue et ayant une hémiplégie gauche suite à AVCI survenant quatre jours auparavant, se présentait pour des lésions bulleuses limitées au côté hémiplégique apparues après l'accident. L'examen clinique objectivait des bulles tendues à contenu clair sur une peau légèrement érythémateuse associées à des érosions post-bulleuses localisées sur l'hémicorps gauche et intéressant la région fessière, le membre inférieur et le dos ; sans atteinte muqueuse et un signe de Nikolsky était négatif. Le prélèvement bactériologique du contenu d'une bulle était stérile. La biopsie cutanée d'une bulle montrait un clivage dermo-épidermique avec un infiltrat inflammatoire lympho-plasmocytaire dans le derme. L'immunofluorescence (IFD) en peau saine objectivait un dépôt linéaire d'IgG le long de la jonction dermo-épidermique. Le dosage des anticorps par immunofluorescence indirecte IFI trouvait des anticorps anti BP230 négatifs et des anticorps anti-espace intercellulaire positifs à 40. Le diagnostic de pemphigoïde localisée a été posé sur la base des critères cliniques et histologiques. L'évolution de la maladie a été spontanément favorable .

Discussion:

La PB localisée est une variante rare de la pemphigoïde bulleuse, avec seulement une centaine de cas rapportés à ce jour. Elle présente des caractéristiques cliniques et immunopathologiques similaires à celles de la PB généralisée mais avec quelques particularités : la présence d'un facteur déclencheur local, un meilleur pronostic avec une bonne évolution sous des corticostéroïdes topiques, et un risque de généralisation ultérieur. Il existe une nette prépondérance féminine dans la PB localisée, ce qui est cohérent avec notre cas. L'association en la PB et les troubles neurologiques est bien établie mais les mécanismes de cette association ne sont pas entièrement élucidés ; il a été proposé que les changements neuromusculaires et vasculaires locaux dans le membre plégique ainsi que l'immobilité et le grattage puissent contribuer à l'apparition des lésions de PBL.

Des critères diagnostiques ont été proposé pour le diagnostic de la PBL qui sera retenu par la présence de trois des quatre critères suivants :1)critère clinique:présence d'une éruption bulleuse

limitée à une seule région anatomique ,parfois précédée d'un facteur déclenchant ,sans antécédent de PB généralisée ; 2) Une IFD positive avec dépôts linéaires d'IgG et /ou de C3 le long de la jonction dermo-épidermique ; 3) des anticorps IgG positifs contre le versant épidermique de la jonction par IFI et /ou anticorps IgG positifs anti BP180 et/ou anti PB230 ;4)Un clivage sous épidermique avec présence d'éosinophiles .

Les particularités à souligner dans notre cas sont : la localisation des bulles du côté hémiplégique, l'âge jeune de la patiente et l'évolution spontanément favorable.

Conclusion:

Le diagnostic de PBL doit être considéré chez les patients présentant des lésions bulleuses localisées en particulier en présence d'un facteur déclenchant ou si association à des troubles neurologiques.

Retard diagnostique d'une pemphigoïde cicatricielle après trachéotomie sur sténose laryngée chez une patiente de 17 ans

Dr ESSOLAYMANY H, Pr BAYBAY H, Pr ELLOUDI S, Pr SOUGHI M, Pr DOUHI Z, Pr MERNISSI F

Service de dermatologie CHU HASSAN II DE FÈS, Maroc

Introduction : La pemphigoïde des muqueuses est une dermatose bulleuse auto-immune sous épidermique dirigée principalement contre les antigènes BP 180 et Laminine-332 de la membrane basale. Elle est associée à un large spectre d'atteintes cliniques, et sa gravité est principalement liée à l'atteinte oculaire, laryngée et œsophagienne.

Observation : Jeune fille de 17 ans, sans antécédents, admise aux urgences dans un tableau de détresse respiratoire sévère bénéficiant d'une trachéotomie d'urgence. Elle rapporte un larmoiement oculaire, une sensation d'obstruction nasale, une dysphonie avec gingivorragies depuis 2 ans, mise sous plusieurs traitements sans amélioration. L'évolution a été marquée par l'apparition de lésions liquidiennes au niveau du corps mise sous Dapsone par son dermatologue avec une bonne amélioration de l'atteinte cutanée et buccale mais aggravation de l'atteinte oculaire et respiratoire. Lors de son hospitalisation, l'examen trouve un symblépharon bilatéral, des macules pigmentées atrophiques cicatricielles, sans lésions vésiculo-bulleuses ni atteinte buccale ou génitale. Une biopsie + IFD de la muqueuse conjonctivale a été réalisée confirmant le diagnostic de pemphigoïde cicatricielle. La patiente a été mise sous prednisone, Dapsone et Rituximab avec une bonne amélioration.

Discussion : La pemphigoïde cicatricielle se caractérise par des lésions synéchiantes des muqueuses, avec ou sans atteinte cutanée, avec présence de dépôts linéaires d'immunoglobulines et de complément au niveau de la membrane basale. La muqueuse buccale est le site le plus fréquemment touché suivi par la muqueuse oculaire, anogénitale, la peau puis la muqueuse laryngée et œsophagienne. Le prise en charge thérapeutique est basée sur le site, la sévérité et la rapidité de la progression de la maladie. La prévention des synéchies reste l'aspect le plus important du traitement. Contrastant avec l'épidémiologie globale de la pemphigoïde des muqueuses, qui est considérée comme une maladie des personnes âgées, la plupart des cas rapportés dans la littérature avec atteinte trachéobronchique concernent des sujets jeunes de sexe féminin, il est donc judicieux de penser que l'âge et le sexe peuvent jouer un rôle dans la

prédiction de l'atteinte laryngée, imposant un traitement précoce et agressif avec suivi étroit à la recherche de symptômes respiratoires.

Conclusion : La pemphigoïde des muqueuses peut se présenter avec diverses manifestations cliniques, ce qui rend le diagnostic difficile pour de nombreux cliniciens, y compris les dermatologues. L'atteinte laryngée est exceptionnelle et souvent diagnostiquée tardivement au stade de détresse respiratoire menaçant le pronostic vital.

Pemphigoïde gestationnelle en post-partum : à propos d'un cas avec revue de littérature

N. kayouh¹, S. Ait Oussous¹, Fz. El Alaoui El Abidi¹, B. El Idrissi¹, H. Kherbach¹, R. Chakiri¹

¹Département de dermatologie et vénéréologie, CHU SOUSS-MASSA, Agadir, Maroc.

Introduction :

La pemphigoïde gestationnelle (PG) est une dermatose bulleuse auto-immune rare qui survient principalement pendant la grossesse. Elle est caractérisée par la formation de bulles sous-épidermiques et est souvent associée à un prurit féroce. Bien que la PG se manifeste généralement au cours du deuxième ou du troisième trimestre de la grossesse, des cas ont été rapportés au premier trimestre et, plus rarement, en période du post-partum. Nous rapportons un cas de pemphigoïde gestationnelle ayant survenu à deux mois du post-partum.

Observation :

Une femme âgée de 37 ans a été admise dans notre établissement pour la prise en charge d'une dermatose bulleuse apparue deux mois après l'accouchement. Ses antécédents médicaux comprenaient deux fausses couches et une mort fœtale in utero. Les grossesses antérieures n'avaient pas été marquées par une dermatose bulleuse ni par un prurit intense. Cette grossesse s'était déroulée sans incident et avait abouti à l'accouchement à terme d'un nouveau-né de sexe masculin, en bonne santé. Dix jours avant son admission, la patiente avait présenté un prurit intense et insomniant, suivi par l'apparition de lésions vésiculo-bulleuses à contenu séreux sur les mains et les pieds. L'examen clinique retrouvait une patiente apyrétique, avec, à l'examen dermatologique, des bulles tendues prédominantes au niveau des extrémités avec un aspect dyshidrosique. Le signe de Nikolsky (-) en peau péri-lésionnelle. On notait également de multiples plaques érythémato-violacées à bordures polycycliques, et des lésions maculo-papuleuses urticariennes diffuses sur les membres le tronc et la région fessière. Certaines lésions étaient surmontées d'érosions, de squames fines et de croûtes hémorragiques. Le visage et les muqueuses étaient épargnés. La numération formule sanguine objectivait une hyperéosinophilie $6235 /\text{mm}^3$ et les anticorps antinucléaires étaient négatifs. L'analyse histologique d'un fragment cutané a révélé un décollement sous-épidermique avec un dépôt linéaire d'IgG, C3 et C1q en IFD, confirmant ainsi le diagnostic de pemphigoïde gestationnelle.

La patiente a été mise sous corticothérapie orale à raison de 0,5 mg/kg/jour et antihistaminiques, avec une bonne évolution clinique au bout de deux semaines.

Discussion :

La pemphigoïde gestationnelle (PG) est une pathologie auto-immune bulleuse rare, caractérisée par la présence d'autoanticorps dirigés contre les protéines hémidesmosomales BP180, et moins fréquemment contre BP230. Ces anticorps, majoritairement de type IgG1, activent le complément au niveau de la membrane basale dermo-épidermique. Les études immunogénétiques ont révélé une augmentation significative des antigènes HLA DR3 et DR4. Il est supposé qu'une incompatibilité HLA entre la mère et le fœtus déclenche une réponse immunitaire, initiant une réaction allogénique ciblant la membrane basale placentaire, ce qui entraîne ensuite une réaction croisée avec les tissus cutanés.

La pemphigoïde gestationnelle (PG) survient généralement au cours du deuxième ou troisième trimestre de la grossesse, et plus rarement en post-partum immédiat. Dans la littérature, les délais d'apparition varient : quelques heures selon Thomas et al., quatre jours pour Morganroth et al., neuf jours pour Shad et al., une semaine chez Patsatsi et al., deux semaines pour Ceryn et al., et un mois chez Fania et al. Dans une autre étude, la PG est apparue en post-partum chez trois patientes, sans précision du délai. Chez notre patiente, l'apparition a été plus tardive, à deux mois du post-partum. La maladie débute par l'apparition de plaques urticariennes annulaires érythémateuses, intensément prurigineuses, sur lesquelles se forment des bulles. D'abord en péri-ombilical, puis extension possible au reste du tégument. Dans notre cas, l'éruption a débuté en périphérie par une atteinte palmo-plantaire. Cette atteinte a été rapportée également par Fania et al et Ceryn et al. Le visage et les muqueuses sont généralement épargnés.

L'histopathologie de la PG montre des bulles sous-épidermiques avec un infiltrat dermique riche en éosinophiles. Le dépôt de C3 et d'IgG en bande linéaire le long de la jonction dermo-épidermique à l'IFD sur peau péri-lésionnelle est un élément clé au diagnostic. L'immunofluorescence indirecte révèle la présence d'autoanticorps IgG circulants dans 20 à 60 % des cas.

La PG tend à se stabiliser à la fin de la gestation, mais peut s'exacerber transitoirement dans le post-partum immédiat. Elle se résout généralement dans les trois mois suivant l'accouchement. La PG comporte des risques pour le fœtus, notamment des fausses couches, des naissances prématurées, un faible poids de naissance, et dans de rares cas une éruption bulleuse.

Le traitement de la pemphigoïde gestationnelle repose principalement sur les dermocorticoïdes. La corticothérapie par voie générale (0,5mg/kg/J) est indiquée dans les formes étendues. Une thérapie d'entretien à un dosage plus faible peut être nécessaire tout au long de la grossesse. Des traitements alternatifs tels que la dapson, la cyclosporine, le méthotrexate, le cyclophosphamide et l'azathioprine ont été essayés dans des cas individuels avec des résultats variables.

Conclusion :

La pemphigoïde gestationnelle est une dermatose bulleuse auto-immune rare qui survient principalement au cours de la grossesse, et plus rarement en post-partum. Notre cas illustre la possibilité de la survenue de la PG en post-partum différé, ainsi que le début en palmo-plantaire.

Pemphigoïde gestationnelle érythème polymorphe like avec atteinte muqueuse : à propos d'un cas

M.A.Aouzal (1) ; Z.Mortaji (1) ; N.Ait Abdelali (1) ; I.Lakhal (1) ; R.Chakiri (1)

1 : service de dermatologie CHU Souss-Massa d'Agadir

Introduction :

La pemphigoïde gestationnelle (PG) est une dermatose gravidique qui survient généralement au cours du 2^{ème} ou du 3^{ème} trimestre de la grossesse. Il existe une atteinte de la jonction dermo-épidermique, et la biopsie cutanée permet de poser le diagnostic. Nous rapportons l'observation d'une patiente qui présente une PG mimant un érythème polymorphe avec une atteinte de la muqueuse buccale.

Observation :

Patiente de 39 ans, enceinte de 21 SA, ayant comme antécédents une dermatose non documentée au cours de la deuxième grossesse en 2015 ainsi qu'une fausse couche. Admise pour un prurit généralisé intense depuis 12 jours de son admission suivi par l'apparition de bulles tendues à contenu séreux avec notion de dysphagie, sans notion d'épisode infectieux ni de prise médicamenteuse. L'examen clinique trouve des plaques érythémateuses en cocardes et en pseudo-cocarde arrondies, surmontées par des érosions et des croûtes hémorragiques avec des bulles tendues à contenu séreux, le Nikolsky était négatif et la muqueuse buccale présente des érosions. Une biopsie cutanée a été faite en faveur d'un décollement sous-épidermique, un épiderme non nécrosé avec infiltrat dermique éosinophile. L'immunofluorescence directe (IFD) a montré un marquage linéaire de la jonction dermo-épidermique des C3 et IgG. Le diagnostic d'une PG est confirmé histologiquement et par immunofluorescence directe, avec lésions type érythème polymorphe et atteinte de la muqueuse buccale. La patiente a été mise sous dermocorticoïdes classe très forte avec une bonne amélioration.

Discussion :

La PG est une maladie auto-immune bulleuse rare survenant en général pendant la grossesse. Elle a tendance à se résoudre après l'accouchement, mais des poussées peuvent survenir en post-partum. Elle se manifeste initialement par un prurit intense qui évolue généralement en lésions cutanées éruptives polymorphes, commençant par des papules urticariennes, suivies de vésicules et enfin de bulles tendues sur un fond érythémateux. Les lésions se développent typiquement sur l'abdomen, impliquant souvent la région ombilicale, puis se propagent au reste de l'abdomen, aux cuisses, paumes et plantes des pieds. Les muqueuses et le visage sont généralement épargnés. Histologiquement, la présence abondante d'éosinophiles est constante. En phase de formation des bulles, une bulle sous-épidermique est présente. L'IFD montre une déposition linéaire de C3 dans 100 % des cas et d'IgG1 dans 25 % à 50 % des cas. L'immunofluorescence indirecte détecte les IgG contre BP180 dans 30% à 100 % des cas.

Conclusion :

Les manifestations cliniques dans la PG peuvent être trompeuses, pouvant ainsi être confondues avec d'autres affections dermatologiques de la grossesse. L'atteinte des muqueuses est très rare. Un diagnostic précis permettra une gestion optimale de la maladie, réduisant ainsi les complications potentielles pour la mère et le fœtus.

Maladies infectieuses

Le zona ophtalmique chez l'enfant immunocompétent : À propos d'un cas

RIME BABA, AMINE ENNACIRI, SALMA BARAZ, MERIEM KHALIDI, YOUSSEF ZEMMEZ, RACHID FRIKH, NAOUFAL HJIRA

Service de Dermatologie Venerologie de l'Hôpital Militaire Mohammed V - Rabat

Introduction: L'herpès zoster est une maladie infectieuse relativement rare chez la population pédiatrique, par rapport aux adultes, et résulte de la réactivation du virus varicelle-zona latent. Nous présentons un cas de zona ophtalmique chez un enfant immunocompétent.

Description du cas: Notre patient est un garçon de 7 ans sans antécédent pathologique particulier ; notamment pas de notion d'épisode de varicelle y compris au cours de la vie intra-utérine et pas de notion de vaccination contre la varicelle-zona. Il a présenté une douleur à type de brûlure au niveau de la région péri orbitaire droite qui était légèrement calmée par du paracétamol. Quatre jours plus tard est apparue une éruption vésiculeuse intéressant la même région puis une extension à la joue du même côté, l'enfant a reçu de l'auréomycine topique en automédication. L'enfant s'est présenté aux urgences 48 h plus tard devant l'extension des lésions qui sont désormais pustuleuses à la région périorbitaire controlatérale ainsi qu'une conjonctivite bilatérale avec écoulement purulent. Le diagnostic de zona ophtalmique avec atteinte oculaire a été retenu. Il a reçu un traitement symptomatique pour les lésions cutanées avec une évolution favorable, et une antibiothérapie locale pour l'atteinte oculaire avec un bilan biologique à la recherche d'un terrain d'immunodépression qui était sans particularités. L'enfant a refait au cours de la même année 4 autres épisodes traités bien plus précocément cette fois-ci par du valaciclovir au début des prodromes. Ce qui a indiqué l'introduction d'un traitement prophylactique à raison de 500mg de valaciclovir par jour. Malgré le traitement, l'enfant fait toujours des épisodes quasi mensuels.

Discussion: Le zona résulte de la réactivation du virus varicelle-zona latent (VZV) dans les ganglions de la racine dorsale après une primo-infection. L'herpès zoster ophtalmique fait référence à la réactivation impliquant la division ophtalmique du nerf trijumeau. L'immunité à médiation cellulaire spécifique du VZV joue le rôle le plus important dans la prévention du zona. Par conséquent, les personnes âgées dont l'immunité à médiation cellulaire est en déclin et les personnes immunodéprimées courent un risque plus élevé de zona et de HZO. Les manifestations ophtalmiques et les complications du HZO comprennent la conjonctivite, la kératite, la sclérite, l'uvéite, les paralysies des nerfs crâniens, la névrite optique, la vascularite cérébrale et la névralgie post-herpétique. Bien que moins fréquent chez les patients pédiatriques, le HZO a été rapporté avec diverses manifestations dans cette population. Reconnaître cette maladie traitable est essentiel pour réduire la morbidité oculaire et systémique. Le diagnostic de HZO est avant tout clinique. Les enfants semblent avoir une bonne récupération de la vision et une bonne résolution des symptômes s'ils sont traités rapidement et adhèrent aux schémas thérapeutiques, à l'exception de la perte de vision irréversible liée à des complications rares telles que la névrite optique. Le diagnostic de HZO pédiatrique dans la littérature était principalement clinique, basé sur une éruption vésiculaire caractéristique et des symptômes prodromiques associés, notamment fièvre, léthargie et maux de tête. Les tests PCR peuvent être effectués sur du liquide vésiculaire, du LCR, du sang et sur un écouvillon oropharyngé, et peuvent identifier efficacement la varicelle par l'ADN viral dans la plupart des cas.

De rares cas dans la littérature ont rapporté l'existence de zona ophtalmique chez des enfants

immunocompétents, chez certains il peut résulter de la réactivation de la souche vaccinale ou d'une infection subclinique antérieure.

Conclusion: Le zona ophtalmique survient chez les enfants en bonne santé et immunodéprimés. Reconnaître cette maladie traitable est essentiel pour réduire la morbidité oculaire et systémique. Un suivi à long terme et des évaluations de l'impact sur la santé à l'âge adulte font défaut. Une étude plus systématique est nécessaire pour déterminer l'incidence du HZO chez les enfants et les protocoles de diagnostic et de traitement appropriés pour la prise en charge des patients pédiatriques atteints de HZO.

L'association varicelle et zona chez un seul patient (forme atypique)

Maryam Ghaleb ,Ouiame Eljouari, Salim Gallouj

Service de dermatologie et vénéréologie , centre hospitalier universitaire Mohammed VI, Tanger

Faculté de médecine et de pharmacie de Tanger

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 associer la varicelle en cas de primo-infection var le VZV, ce qui est extrêmement rare. Nous rapportons un cas de zona brachial associé à la varicelle généralisé chez un enfant de 11 ans.

Observation:

Une âgée de 12 ans sans atcds particuliers admise pour pec d'une lésion érythémato vésiculeuse du mb sup droit chez qui l'examen trouve une patiente consciente stable dur le plan hémodynamique et respiratoire fébril avec a l'examen dermatologique un placard érythémateux

L'examen dermatologique a révélé de petites papules sur une base érythémateuse, du membre supérieur droit inflammatoire, chaud et douloureux à la palpation suivant un trajet métamérique C5-C6 surmonté de vésicules a contenu claire regroupées en amas confluentes par endroit en bulles de taille variable dont quelques une à contenu hémorragique Avec des lésions varicelliformes d'âge différents dispersées sur l'ensemble du visage du tronc, du dos et membre inférieur. On note également la présence d'une vésicule au niveau du palais.

La patiente a été mise sous aciclovir en intraveineux à 15 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, on peut trouver association du varicelle et zona en même temps si primo-infection. L'atteinte par la varicelle et le zona en même temps est rare.

L'association du varicelle et zona est une présentation atypique dont le taux d'incidence est inférieur à 0,1% , semble avoir des symptômes plus sévères que la forme commune du zona .

Les mêmes traitements indiqués dans la forme commune du zona, ont été utilisés empiriquement pour cette condition, et pour la plupart des patients.

Conclusion:

Nous avons rapporté une présentation atypique de zona quant à l'association avec la varicelle, qui selon les données de la littérature, ne semble pas représenter un facteur de risque de mauvais pronostic.

Co présentation varicelle et zona multifocale infantile chez l'immunocompétent : à propos d'un cas

W. Souhail, M.Aboudourib, O. Markouk, W. Tebbaai , I.Jegoual , L.Bendaoud, O.Hocar, S.Amal

Service de dermatologie, Hôpital Arrazi, CHU Mohammed VI, Marrakech

Laboratoire de recherche en biosciences, FMPM, Université Cadi Ayyad, Marrakech

Introduction :

Le zona est une éruption vésiculeuse d'origine virale, liée à la réactivation du virus latent zoster de la varicelle (VZV). La forme infantile et multifocale est rare. Nous rapportons le cas d'une Co présentation de varicelle et zona multifocale chez un enfant sans notion d'exposition maternelle et postnatale préalable.

Observation :

Patiente âgée de 14 ans sans antécédents pathologiques particuliers, vaccinée contre la varicelle 1 an auparavant , s'est présentée aux urgences pour une éruption vésiculeuse douloureuse des métamères L1, L2 avec deux bulles à contenu clair douloureuses évoluant depuis 4 jours de son admission en rapport avec une infection zona, associé à des lésions vésiculeuses ombiliquées du visage et du cuir chevelu en faveur d'une infection varicelle, d'apparition simultanée sans signes d'atteinte viscérale (figure 1).

Pour exclure les affections d'immunodépression et d'autres maladies, un bilan biologique a été fait en intra hospitalier, les sérologies HIV/syphilitiques et hépatites b et c sont revenues négatives et le reste du bilan était sans anomalie.

La patiente a reçu Valaciclovir 20mg/kg/dose x 3 en per os pendant 7 jours, un antalgique palier 2, avec bain antiseptique quotidien.

L'évolution a été marquée par assèchement des lésions et l'apparition des érosions surmontées de croûtes (figure 2).

Discussion :

Les épidémies de coexistence de Varicelle et Zona chez l'enfant ne sont pas encore bien étudiés, ici nous décrivons un rare cas chez un enfant vacciné immunocompétent, sans notion de contact antérieur avec VZV.

Les vésicules ombiliquées de la face ont été diagnostiquées comme une varicelle, cependant celles de disposition métamérique comme Zona. Cette association est décrite en Asie pour le génotype J.

La compréhension de la pathogénie et des déclencheurs moléculaires de la varicelle et Zona concomitant fournira des informations plus utiles pour le traitement.

Par ailleurs, la moitié de 0,7 à 2,1/100000 vaccinés ont présenté une éruption de type Zona au site d'injection impliquant les neurones périphériques sous-jacent, cette association incrimine probablement le vaccin vivant atténué chez l'immunocompétent.

Conclusion :

Des études plus approfondies doivent se concentrer sur la relation entre la présentation clinique et le géno-groupe du VZV, ce qui fournira un guide utile au clinicien pour le diagnostic.

Une forte suspicion doit être émise lorsqu'un patient développe une éruption cutanée type Zona après 1 an de la vaccination et un traitement rapide par Aciclovir doit être instauré.

Quand la paralysie faciale révèle un zona otitique: à propos d'un cas

W. Tebbaai, M. Aboudourib, O. Markouk, I. Jegoual, W. Souhail, L. Bendaoud, O. Hocar, S. Amal

Service de dermatologie, Hôpital Arrazi, CHU Mohammed VI, Marrakech

Laboratoire de recherche en biosciences, FMPM, Université Cadi Ayyad, Marrakech

Introduction : Le zona otitique « Herpes zoster oticus » est une réactivation virale du varicella-zoster virus (VZV). La distribution mondiale est de 5/100000 habitant par an. Il se caractérise par sa variété clinique, souvent accompagné d'une paralysie faciale périphérique (syndrome de Ramsay Hunt). Nous aborderons l'aspect clinique et évolutif, ainsi que la stratégie thérapeutique d'un cas de syndrome de Ramsay hunt.

Observation : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 53 ans, hospitalisé au service d'ORL pour paralysie faciale périphérique (PFP) droite (figure1).

Le tableau était fait d'une tuméfaction inflammatoire du pavillon de l'oreille droite (figure 2), associée à des lésions vésiculeuses de la zone Ramsay Hunt et du palais buccal évoluant 5 jours avant son admission, avec otalgie, acouphènes et hypoacousie homolatérale sans otorrhée ni vertige. L'examen otoscopique retrouve un conduit auditif externe inflammatoire et un tympan congestif avec à l'audiométrie une surdité de transmission droite. L'examen ophtalmologique était sans anomalies ainsi que le bilan biologique.

Le patient a été mis sous Acyclovir IV à la dose de 10mg/kg/8h pendant 10 jours, associé au prednisone 1mg/kg/j pendant 10 jrs et un antalgique palier 2.

L'évolution a été marquée par l'amélioration des lésions cutanées (figure3). Le patient a été déclaré sortant avec des séances de physiothérapie de la face et protection oculaire.

Discussion :

Le syndrome de Ramsay Hunt résulte de la réactivation du virus de la varicelle dans le ganglion géniculé.

Les manifestations cliniques incluent des signes généraux (fièvre, asthénie..) et des signes auriculaires (otalgies, acouphènes, otorrhée, hypoacousie, vertige..). L'éruption cutanée apparaît 2 à 4 jours après le début des signes fonctionnels, faite de lésions vésiculeuses à contenu clair au niveau de la conque, palais..), et une paralysie faciale au 5ème jour de l'éruption comme décrit chez notre patiente. Le traitement repose sur l'association d'un antiviral (Aciclovir, Valaciclovir) et prednisone sur une durée minimale de 10 jours, un antalgique pour la prévention des algies post zostériennes, des soins locaux, un lavage quotidien et une occlusion oculaire pour la protection cornéenne.

Conclusion : Le zona auriculaire est une affection qui survient après une réactivation du virus latent au sein du ganglion géniculé. Le diagnostic est clinique. Le traitement repose essentiellement sur l'association de corticoïde, antiviraux, et la rééducation fonctionnelle précoce.

Zona lombaire cortico-induit chez un enfant suivi pour un syndrome néphrotique

K. Kaddar¹, O.Hormi¹, N. Tahri¹, N. Zerrouki^{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, Oujda Maroc

Introduction :

Le zona est une réactivation du virus varicelle-zona (VZV) qui survient généralement des mois ou des années après la primo-infection varicelleuse. Les patients immunodéprimés et les personnes âgées sont les plus touchés. (1) Chez les enfants, bien que rare, la survenue d'un zona peut être favorisée par des traitements immunosuppresseurs tels que la corticothérapie (2). Nous rapportons ici le cas d'un zona lombaire chez un enfant de 13 ans sous corticothérapie à fortes doses.

Observation :

Il s'agit d'un enfant de 13 ans, avec un antécédent de varicelle il y a un an, suivi pour un syndrome néphrotique traité par corticothérapie à long terme depuis 2 ans, qui était en rémission avec réduction progressive des doses. L'enfant a consulté pour l'apparition, depuis un jour, d'une éruption vésiculeuse associée à des douleurs de type décharges électriques au niveau de la cuisse, coïncidant avec une augmentation des doses de la corticothérapie (prednisone) à 2mg/kg/j depuis une semaine.

L'examen clinique révélait un enfant en bon état général. L'examen dermatologique montrait la présence des vésicules groupées en bouquets sur un fond érythémateux, situées au niveau de la région lombaire, de la fesse, du pubis et descendant vers la partie antérolatérale de la cuisse droite, respectant ainsi la topographie du territoire métamérique des dermatomes de L1 à L3 (Figure 1). Le reste de l'examen somatique était normal.

Le diagnostic de zona lombaire a été retenu et un traitement antiviral par Valaciclovir à la dose de 500mgx3/j a été instauré pour une durée de 7 jours, associé à des soins locaux et un traitement antalgique.

L'évolution sous traitement a été favorable, avec une régression progressive des lésions vésiculeuses et une cicatrisation complète après 8 jours. Aucun signe de complication post-zostérienne n'a été observé lors du suivi.

Discussion :

Les corticoïdes sont fréquemment utilisés par voie générale pour diverses affections y compris le syndrome néphrotique. Ils agissent en supprimant la réponse protectrice nécessaire à l'infection et à l'inflammation, en supprimant l'immunité à médiation cellulaire dans laquelle les cellules T sont principalement impliquées et en inhibant les gènes qui codent pour les cytokines.

Il est bien documenté que leur utilisation prolongée chez l'adulte favorise la réactivation du VZV, en particulier chez les patients immunodéprimés. Cependant, chez la population pédiatrique, Le zona semble rare. Parmi les cas rapportés, moins de 5 % concernent des enfants de moins de 15 ans.

Le syndrome néphrotique induit un état d'immunodépression, qui est encore aggravé par l'administration de corticoïdes. Dans notre cas la survenue du zona, immédiatement après l'augmentation des doses de corticothérapie à forte dose (2 mg/kg/j), pourrait être directement expliquée par l'immunodépression induite par ce traitement.

De manière similaire, T. Choudhury et Al (3) ont rapporté le cas d'un zona intercostal chez un enfant 4 ans suivi pour un syndrome néphrotique sous corticothérapie une prise tous les deux jours. Y. Karabinta et al(4) ont rapporté également le cas d'un zona chez un enfant de 9 ans ayant des antécédents de varicelle trois mois auparavant, avec une prise prolongée de corticoïdes en automédication pour une rhinopharyngite, ce qui confirme que la corticothérapie peut également favoriser le zona chez les enfants.

Conclusion :

Notre cas souligne l'importance d'une vigilance accrue lors de l'administration de doses fortes de corticothérapie chez les enfants, en particulier ceux ayant des antécédents de varicelle. Un suivi rigoureux est nécessaire pour diagnostiquer précocement la réactivation du virus varicelle-zona et éviter les complications post zostériennes chez l'enfant.

Références :

- 1- Damien Malbos, Le zona, Actualités Pharmaceutiques, Volume 63, Issue 638, Supplement, 2024, Pages 29-32, ISSN 0515-3700, <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2024.06.025>.
- 2- A Banerjee, Zona de l'enfant, Archives de Pédiatrie, Volume 5, Issue 2, 1998, Pages 199-203, ISSN 0929-693X, [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(97\)86838-8](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(97)86838-8).
- 3- Tamasi Choudhury, Tapas Bera, Koustuv Chowdhury, Herpes Zoster Infection in A Case of Nephrotic Syndrome (On Alternate Day Prednisolone Therapy) - A Case Report, International Journal of Science and Healthcare Research Vol. 9; Issue: 2; April-June 2024, ISSN: 2455-7587, DOI: <https://doi.org/10.52403/ijshr.20240219>

- 4- Y. Karabinta, M. Gassama, A. Dicko, I. Konaté, L. Keita, O. Sylla, Y. Fofana, B. Traoré, O. Faye, Zona post-varicelle cortico-induit chez un enfant de 9 ans, Journal de Pédiatrie et de Puériculture, Volume 31, Issue 3, 2018, Pages 168-170, ISSN 0987-7983, <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2018.04.001>.

Zona ophtalmique : affection rare chez 4 enfants immunocompétents

K. JAATAR, M. ABOUDOURIB, L.BENDAOU, 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 zona est une infection virale due à une réactivation du virus varicelle-zona (VZV) qui reste quiescent dans les ganglions sensitifs dorsaux après la varicelle. Le zona de l'enfant est rare et particulièrement la forme ophtalmique, qui peut être responsable de complications oculaires graves nécessitant une prise en charge adéquate et précoce (1)

On parle de zona ophtalmique lorsque la première branche de division du nerf trijumeau soit la branche ophtalmique V1 est atteinte (2)

Nous en rapportons 4 nouveaux cas

Observations :

4 enfants dont 3 garçons et une fille avec une moyenne d'âge de 5 ans (extrêmes de 3 à 8 ans) ont consultés aux urgences pédiatriques sur une période de 2 ans, dans un tableau d'éruption douloureuse vésiculeuse et croûteuse reposant sur une base érythémateuse d'évolution aiguë de 2 jours en moyenne. L'interrogatoire ne trouvait pas de notion de varicelle dans l'enfance ni de varicelle néonatale ou maternelle durant la grossesse. L'examen général trouvait des enfants apyrétiques en bon état général. L'examen dermatologique trouvait une éruption vésiculeuse à disposition métamérique sur le territoire du nerf ophtalmique V1 prenant un hémifront, la paupière supérieure et débordant sur la pyramide nasale avec extension jugale dans un seul cas. Un œdème palpébral était noté dans tous les cas avec à l'examen ophtalmologique une hyperhémie conjonctivale dans 2 cas et un examen à la lampe à fente sans anomalies chez les 4 enfants.

Le diagnostic de zona ophtalmique sans atteinte oculaire était retenu chez les 4 enfants conduisant à un traitement par aciclovir oral à la dose de 800 mg*5/ jour pendant 10 jours avec bonne évolution notamment absence d'algies post zostériennes à un mois de recul.

DISCUSSION :

Le zona ophtalmique est une localisation particulière par sa présentation clinique, ses complications oculaires et algiques potentiellement graves. Il forme 10 à 30% des cas de zona. Chez l'enfant, il est rare et de meilleur pronostic (2)

Une étude indienne (3) retrouve, sur 195 cas de zona, 22 zonas ophtalmiques dont 10% chez l'enfant.

On ignore les circonstances de réactivation du virus chez l'enfant. Néanmoins, il faut rechercher :

- Une varicelle maternelle contractée dans les deuxième et troisième trimestres de la grossesse pouvant entraîner un zona chez le nourrisson ou le petit enfant (2)
- L'immunodépression : le risque de zona serait multiplié par 122 selon Guess et al. (4) en cas d'existence d'une pathologie maligne, l'immunodépression favorise la survenue de zona, en particulier chez les patients porteurs de leucémie aigue, de lymphome en traitement; de même chez les patients prenant une chimiothérapie cytotoxique ou un traitement immunodépresseur (corticothérapie au long cours), et chez les patients porteurs du virus VIH .

La particularité de notre série réside dans : la rareté du zona ophtalmique chez la population pédiatrique, l'absence d'un terrain d'immunodépression sous-jacent chez tous les patients, l'absence d'ATCD de varicelle chez tous les enfants et leurs mères en période de grossesse. Et en fin l'absence d'atteinte ophtalmique dans tous les cas rapportés.

CONCLUSION :

Le zona ophtalmique est une affection rare chez l'enfant immunocompétent, sans notion de varicelle antérieure, mais reste d'évolution plus favorable que chez l'adulte.

REFERENCES :

- (1) : Zakia D, Meziane M, Salim G, Zahra MF. **Le zona ophtalmique: une dermatose rare chez l'enfant [Ophthalmic zoster: a rare skin disease in children]. Pan Afr Med J. 2015 Nov 10;22:217.**
- (2) : Hakim FE, Riaz K, Farooq A. **Pediatric herpes zoster ophthalmicus: a systematic review. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. 2023 Aug; 261(8):2169-2179. doi: 10.1007/s00417-023-06033-0. Epub 2023 Mar 23. PMID: 36949170; PMCID: PMC10033303.**
- (3) Nigam P Kumar A, Kapoor KK, Sarkari NB, Gupta AK, Lal BB, et al. Clinical profile of herpes ophtalmi- cus. **J Indian Med Assoc** 1991 ; 89 : 1 17-9.
- (4) Coplan P Black S, Rojas C, Shinefeld H, Ray F) Lewis E, et al. Incidence and hospitalization rates of vari- cella and herpes zoster before varicella vaccine introduction : a baseline assessment of the shifting epidemiology of varicella disease. **Pediatr Inf Dis J** 2001 ; 20 : 641-5.

Une localisation inhabituelle d'un zona chez un jeune immunocompétent

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

Service de dermatologie, centre hospitalier Hassan II FES

Introduction

Le zona est une maladie virale causée par la réactivation du virus varicelle-zona (VZV), le même virus responsable de la varicelle. Ce virus peut rester latent pendant des années dans les ganglions nerveux après une première infection (la varicelle) et se réactiver sous certaines conditions. Bien que le zona soit plus fréquent chez les personnes âgées ou immunodéprimées, il peut également se manifester chez des individus jeunes et en bonne santé. Le stress est reconnu comme un déclencheur majeur dans de nombreux cas de réactivation virale. Nous rapportons le cas d'une localisation inhabituelle et potentiellement grave de zona chez un jeune immunocompétent et dont le stress a été le principale facteur déclencheur retrouvé.

Observation

Un jeune homme de 30 ans, sans antécédents médicaux significatifs, se présente avec des douleurs insomniantes au niveau du cuir chevelu évoluant depuis 4 jours. L'examen dermatologique a trouvé un placard erythemateux mal limité discontinu surmonté par endroit de quelques vésicules à contenu clair et associé à la présence de vésicules ombiliquées au niveau retraauriculaire et au niveau de la nuque. Devant la douleur à type de décharge électrique et la présentation clinique, un zona du territoire C2 C3 a été retenu. La charge virale HIV a été faite revenant négative et la glycémie à jeun était normale. Cependant, le patient a rapporté la notion de stress intense due à des examens pouvant expliquer la réactivation du virus. Le patient a été mis sous valacyclovir 3g/j pendant 10j, vitaminothérapie, traitement topique et antalgique avec une régression totale des lésions sans séquelles. Le patient a été également sensibilisé sur l'importance d'une bonne de gestion de son stress pour maintenir un équilibre émotionnel et physique, améliorer la qualité de vie et prévenir les troubles secondaires.

Discussion

Le zona du cuir chevelu est relativement rare, mais il peut entraîner des douleurs sévères, souvent plus intenses que celles observées dans d'autres localisations. Le cuir chevelu étant riche en terminaisons nerveuses, cette localisation peut être particulièrement gênante et entraîner des complications comme la névralgie post-zostérienne (NPS). Dans certains cas, une alopecie cicatricielle peut également se développer.

Le lien entre stress et réactivation du virus varicelle-zona est bien documenté. Le stress prolongé ou intense affaiblit le système immunitaire en augmentant les niveaux de cortisol, une hormone qui peut interférer avec la réponse immunitaire antivirale en réduisant la production de cytokines pro-inflammatoires et en compromettant l'activité des cellules T, essentielles pour surveiller et contrôler les infections virales. Chez ce patient, le stress a probablement agi comme facteur déclencheur principal, en l'absence d'autres causes évidentes de réactivation virale.

En complément du traitement médicamenteux, une prise en charge psychologique ou des techniques de gestion du stress peuvent être bénéfiques pour prévenir de nouvelles réactivations du virus. Les thérapies comportementales ou cognitives, la relaxation, ainsi que la gestion des facteurs de stress dans la vie quotidienne sont des éléments importants pour minimiser les risques de récurrence, surtout si le stress a été identifié comme un facteur déclenchant.

Conclusion :

Ce cas met en lumière la nécessité de sensibiliser le public aux effets du stress sur la santé, en encourageant des pratiques de bien-être et de résilience face aux défis de la vie quotidienne.

Apport du TCA dans la prise en charge des condylomes vulvaires : à propos de 14 cas

H.ZOUAKI, F. HALI, B.BAGHAD, S. CHIHEB

Service de Dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction : Les condylomes vulvaires sont des verrues génitales causées par le Papillomavirus (HPV). Les souches d'HPV les plus courantes à l'origine des verrues anogénitales sont les souches 6 et 11. Nous rapportons une étude évaluant l'apport de l'acide trichloracétique (TCA) dans la prise en charge des condylomes vulvaires.

Patients et méthodes : Nous avons mené une étude prospective. Nous avons traité 14 patientes présentant des condylomes vulvaires avec différentes concentrations d'acide trichloracétique à raison d'une à deux applications par semaine.

Résultats : Au total, 14 patientes présentant des condylomes génitales ont été incluses, avec une moyenne d'âge de 26,5 ans, dont 3 (21,4%) avaient une sérologie VIH positive, sous trithérapie. La durée d'évolution moyenne était de 13,4 mois. Parmi ces patientes, 13 (92,8 %) avaient des végétations vulvaires et 2 (14,2 %) des lésions papuleuses, avec une couleur pigmentée dans 12 (84,6%) cas. Douze cas (85,7%) présentaient des lésions des grandes lèvres. Les autres localisations étaient les suivantes: petites lèvres, 3 (21,4 %), et zone périanale, 6 (42,8 %). Toutes nos patientes ont été traitées par TCA avec une concentration de : 50% chez 10 (71,4%) malades, 30% chez 3 (21,4%) patientes et 80% chez une malade, en 2 applications par semaine chez 10 patientes et 1 application par semaine chez 4 (28,5%) malades. L'évolution a été marquée par une nette amélioration chez la totalité de nos malades . Aucune patiente n'a eu de récurrence ou de nouvelles lésions au cours du suivi.

Discussion : les résultats de notre étude rejoint les données de la littérature et suggère que TCA serait une bonne thérapeutique topique des condylomes vulvaires avec une nette amélioration des lésions, un faible coût, et des effets indésirables minimes.

Conclusion : Nous recommandons l'utilisation du TCA chez les patientes présentant des condylomes vulvaires, en particulier dans les cas légers à modérés. Il est associé à un taux de réussite élevé et à une faible morbidité si des précautions suffisantes sont mises en place lors de l'application. réussite élevé et à une faible morbidité si des précautions suffisantes sont mises en place lors de l'application.

Parvovirus B19 infection presenting concurrently as papular– purpuric gloves-and-socks syndrome and bathing-trunk eruption

M. EL MOUSTAOU¹, N.AMMAR¹, M. MAGHRAOUI¹, T.BOUDRIA², S.HAMADA¹,

M. MEZIANE¹, L. BENZEKRI¹, N.ISMAILI¹, K. SENOUCI¹

¹Service de Dermatologie, Centre Hospitalier Universitaire Ibn Sina, Rabat, Morocco

²Service de virologie, Centre Hospitalier Universitaire Ibn Sina, Rabat, Morocco

Introduction:

Parvovirus B19 infection has been linked to various well-defined skin rashes, such as erythema infectiosum, papular-purpuric gloves and socks syndrome (PPGSS), and petechial bathing-trunk eruption¹

We describe the case of an immunocompetent man with a primary parvovirus B19 infection presenting as concurrent PPGSS and petechial bathing trunk eruption.

Case report:

In March 2024, a 23-year-old man presented with a 3-day history of mild fever (38,2C), fatigue, and skin eruption.

He was admitted to the dermatology department for treatment. The clinical examination found a confluent maculopapular rash of the hands and feet, with petechial purpura, extending beyond the wrists and ankles, multiple pustules on the glans penis, scrotum, and peri-anal area, on an erythematous background. The examination of the oral mucosa revealed a labial edema, glossitis with some white deposits, two small endojugal erosions, and cheilitis.

Laboratory studies showed mild lymphopenia (700/mm³; 1500–4000/mm³), marked elevation of erythrocyte sedimentation rate (50 mm/h; 0–20 mm/h) and C-reactive protein (187 mg/L;< 10 mg/L), and the hepatic and renal assessments were normal. Detection of viral DNA in the serum and skin was positive.

The patient was treated symptomatically with topical antiseptics and paracetamol, and the rash resolved within 10 days.

Discussion: The distinctive syndrome characterized by pruritic erythema and swelling of the hands and feet, accompanied by petechiae, fever, and oral erosions, caused by B19V is termed papular-purpuric gloves and socks syndrome (PPGSS).

The papular-purpuric gloves and socks syndrome was described in 1990 and was first associated with parvovirus B19 in 1991. It most commonly affects children and young adults, without any gender prevalence. It has also been associated, less frequently, with other viruses such as human herpesvirus types 6 and 7, measles, cytomegalovirus, Coxsackie B6, and hepatitis B virus⁷. It is crucial to evaluate patients for virus-specific complications, such as aplastic crisis (particularly in pregnancy or HIV infection), hepatitis, arthritis, and cardiomyopathy. Parvovirus B19 infection is additionally linked with miscarriages and hydrops fetalis¹⁷. Treatment typically involves bed rest, nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), and topical steroids¹⁹.

Conclusion:

Because of the potential for a cross-reactive immune response between HPV B19, rubella, and Epstein-Barr viruses, it is recommended to include serologic testing for these agents when analyzing serum samples for HPV B19. Further cases of PPGSS are required to establish whether it could potentially be a nonspecific manifestation of various viral infections.

QUAND LE MOLLUSCUM CONTAGIOSUM RÉVÈLE UNE INFECTION PAR LE VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE : À PROPOS D'UN CAS

Objectifs :

Le Molluscum Contagiosum est une infection virale bénigne due au Poxvirus, très fréquente chez la population pédiatrique. Chez les patients adultes infectés par le VIH, les lésions de Molluscum contagiosum sont multiples, parfois atypiques et s'observent généralement sur la tête, le cou, et les organes génitaux.

- Décrire le tableau clinique de l'infection par Molluscum Contagiosum chez l'adulte infecté par le VIH, ainsi son mode d'évolution.
- Souligner l'intérêt du diagnostic précoce de l'infection par VIH
- Attirer l'attention sur l'intérêt du traitement antirétroviral dans la prise en charge du Molluscum contagiosum.

Matériel et méthode :

- Il s'agit d'un rapport de cas, à propos d'un patient de 34 ans, asthmatique depuis 10 ans, admis en consultation dermatologique le mois de janvier 2024, pour prise en charge des lésions de molluscum contagiosum diagnostiqué à l'examen clinique et à la dermatoscopie.
- Un bilan sérologique est demandé devant l'âge et le siège des lésions.
- Le patient a reçu un traitement à base d'application local de solution d'hydroxyde de potassium 5%

Résultats :

- Chez notre patient, les lésions de MC se présentaient sous la forme typique de plusieurs papules nacrées, couleur chair, millimétriques, en dôme, fermes, à

surface lisse et à centre ombiliqué, en regard du tronc. La dermatoscopie montre des structures amorphes polyglobulaires entourées d'une couronne vasculaire.

- Une infection par le virus de l'immunodéficience humaine est confirmée avec un taux de CD4 à 15% (213/ μ l) et une charge virale à 40700/ml
- L'évolution : Résistance au traitement topique avec apparition de nouvelles lésions, et extension aux parties génitales.
- Après le début d'un traitement antirétroviral: régression lésionnel complète et rapide avec une charge virale de contrôle inférieure à 40/ml
- Suivi en psychiatrie sous traitement adéquat

Conclusion :

- Le diagnostic de molluscum contagiosum chez l'adulte ; quelque soit le tableau clinique et le siège des lésions, doit susciter systématiquement la recherche d'une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Cela permettra de diagnostiquer et de traiter précocement le VIH, afin d'éviter l'évolution grave de la maladie.

Présentation Atypique de l'infection par le Virus de l'Herpes : Cas d'un Œdème de l'hémilangue chez une adolescente immunodéprimée

Introduction :

Les infections herpétiques cutanéomuqueuses se manifestent généralement par des lésions caractéristiques ; cependant, des manifestations atypiques ne sont pas rares, et posent des difficultés diagnostiques, notamment chez les individus immunodéprimés. Nous rapportons un cas particulier d'herpès muqueux impliquant l'hémi langue chez une adolescente immunodéprimée.

Présentation du cas :

Il s'agit d'une adolescente de 14 ans suivie pour leucémie myéloïde aiguë (LMA) avec atteinte méningée et paralysie faciale gauche. Dix-huit jours après sa première cure de chimiothérapie d'induction, comprenant de l'Aracétine, de la Doxorubicine et de l'Étoposide, ainsi qu'une injection intrathécale de methotrexate, la patiente a développé un œdème aigu douloureux de l'hémilangue droite. À l'examen, deux petites ulcérations extrêmement douloureuses étaient observées, recouvertes de croûtes nécrotico-hémorragiques. L'examen dermoscopique a révélé un fond érythémateux surmonté de papilles hypertrophiées et deux croûtes hémorragiques.

Étant donné la nature aiguë et douloureuse de la présentation, ainsi que le statut immunodéprimé de la patiente, un diagnostic d'herpès muqueux de l'hémilangue a été suspecté. Un prélèvement a été réalisé révélant une positivité pour le HSV-1.

Évaluation diagnostique : Le diagnostic différentiel incluait la dissection de l'artère carotide interne, où un gonflement unilatéral de la langue est une manifestation rare, associée au syndrome de Collet-Sicard et reflétant une paralysie du nerf hypoglosse. Cette considération diagnostique découlait de l'antécédent médical de LMA de la patiente avec atteinte cérébrale et méningée. Cependant, le début rapide et la progression des symptômes, couplés à la positivité du prélèvement HSV-1, ont soutenu le diagnostic d'herpès muqueux.

Gestion et résultats : La patiente a été mise sous traitement intraveineux par acyclovir, entraînant une amélioration remarquable dans les 48 heures, avec une régression complète de la douleur et de l'œdème.

Aucun autre article n'a été trouvé citant un œdème confiné à l'hémilangue comme manifestation d'herpès muqueux, soulignant la particularité de ce cas.

Conclusion : Ce cas souligne l'importance de reconnaître les présentations atypiques d'infections, telles que l'herpès muqueux, en particulier chez les patients immunodéprimés. L'initiation rapide du traitement, est le seul garant d'une maîtrise de l'infection et l'arrêt de sa dissémination, ainsi que l'amélioration de la qualité de vie de ces patients. En présence de présentations aiguës et douloureuses, des causes infectieuses et traumatiques doivent être envisagées en premier lieu. Dans les cas de résistance au traitement, il est crucial de rester vigilant face à d'autres diagnostics possibles en fonction des antécédents et du contexte clinique du patient.

Variantes atypiques du syndrome papulopurpurique induit par le Parvovirus

S.Lazouzi, F. El Fatoiki, F.Hali, S.Chiheb

Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction :

Le syndrome papulo-purpurique dû au parvovirus 19, apparaît typiquement comme une éruption papulo-purpurique acrale symétrique. Toutefois, des formes moins typiques peuvent constituer un défi diagnostique. Nous en rapportons 4 cas.

Patient et observation 1 :

Une fille de 6 ans s'est présentée pour un purpura fébrile aigu symétrique aux membres, prédominant aux extrémités et aux genoux, tronc et péri-buccal ; associé à des adénopathies cervicales et inguinales. La recherche d'ADN du parvovirus B19 par PCR était positive. L'évolution était favorable sous traitement symptomatique.

Patient et observation 2 :

Un garçon de 9 ans, suivi pour une thalassémie, s'est présenté pour une éruption maculo-papuleuse purpurique aiguë symétrique aux extrémités, faces de flexion des membres, notamment genoux et coudes, et face antérieure du cou ; associée à une dysphagie et des arthralgies, sans signe digestif ni adénopathie. La sérologie IgM anti-parvovirus était positive et l'évolution favorable sous traitement symptomatique.

Patient et observation 3 :

Un garçon de 13 ans, suivi pour un déficit immunitaire primitif, s'est présenté pour une éruption fébrile aiguë faite de lésions micropapuleuses érythémateuses et pétéchiales symétriques des plis inguinaux et des extrémités, prédominant aux faces antérieures des poignets, associée à des douleurs abdominales et des arthralgies. La sérologie IgM anti-parvovirus était positive, et l'évolution favorable sous traitement symptomatique.

Patient et observation 4 :

Une fille de 10 ans s'est présentée pour une éruption fébrile aiguë faite de lésions maculo-papuleuses érythémateuses confluentes en plaques au tronc et aux racines des membres, et de lésions pétéchiales étendues aux 4 membres et périorbitaires, associées à des adénopathies axillaires et inguinales sans signe digestif ni articulaire. Le bilan retrouvait une sérologie IgM anti-parvovirus positive et une lymphopénie. L'évolution était favorable sous traitement symptomatique.

Discussion :

L'infection au parvovirus B19 est fréquente et le syndrome papulopurpurique en est fortement évocateur, se présentant typiquement comme un purpura papuleux acral symétrique aigu.

L'originalité de notre travail réside dans la mise en lumière de formes atypiques, prédominant aux grands plis et périorbitaires, parfois profuses susceptibles de dérouter le diagnostic et survenant préférentiellement sur des terrains d'hémopathies ou de déficits immunitaires primitifs. L'association à des arthralgies, signes digestifs et adénopathies est fréquente ; et la survenue de complications systémiques est possible, d'où la nécessité de reconnaître ces variantes cliniques.

La confirmation sérologique n'est pas systématique, et l'évolution est favorable sous traitement symptomatique.

Conclusion :

La reconnaissance précoce des formes atypiques est ainsi primordiale pour le dépistage d'éventuels terrains sous-jacents et l'éviction de prises en charge invasives pour une maladie habituellement bénigne.

Verrue mère entre mythe et réalité

K.Jaatar, L.Bendaoud, M.Aboudourib, O.Hocar, S.Amal

Service de Dermatologie et de vénéréologie, Marrakech, Maroc

Introduction :

Les verrues constituent un motif de consultation fréquent en dermatologie, ce sont des lésions verruqueuses bénignes dues au *human papilloma virus* (HPV).

Actuellement, aucun traitement n'est efficace de façon prouvée et constante.

Matériels et méthode :

La théorie de la verrue mère repose sur un mythe traditionnel qui suggère la présence d'une verrue appelée verrue mère (la verrue qui est apparue en premier), qui donne naissance à toutes les autres verrues appelées filles et qui prétend que le traitement radical de la verrue mère seule permet l'éradication de toutes les autres verrues dites filles sans aucun traitement pour ces dernières.

Nous rapportons 7 observations de patients ayant des verrues multiples chez qui on a traité la verrue mère uniquement par électrocoagulation avec disparition spontanée de toutes les autres verrues dites filles dans un délai entre 6 et 12 semaines.

Résultats :

Cas 1 :

Homme de 20 ans, sans ATCD, qui présentait >50 verrues palmaires (une seule main), évoluant depuis plus de 2 ans, la verrue mère était localisée en centro-palmaire.

Cas 2 :

Homme de 18 ans, sans ATCD, qui présentait 13 verrues sur les 2 pieds et les 2 mains, évoluant depuis 3 ans, la verrue mère était localisée sur la malléole externe gauche.

Cas 3 :

Femme de 60 ans, sans ATCD, qui présentait 4 verrues sur les 2 mains évoluant depuis 8 mois, la verrue mère était localisée sur l'index droit.

Cas 4 :

Femme de 19 ans, sans ATCD, qui présentait plus que 13 verrues palmaires droites évoluant depuis plus de 6 mois, la verrue mère était localisée au centre de la main.

Cas 5 :

Homme de 58 ans, sans ATCD, qui présentait 6 verrues sur les paumes des 2 mains et la plante du pied droit évoluant depuis 2 mois.

Cas 6 :

Femme de 38 ans, suivie pour dermatomyosite qui présentait 6 verrues sur les 2 mains évoluant depuis plus de 30 ans, la verrue mère était localisée sur le majeur droit

Cas 7 :

Enfant de 8 ans, sans ATCD, qui présentait 10 verrues sur les paumes des 2 mains avec une au niveau du pied droit évoluant depuis plus de 2 ans, la verrue mère était localisée sur la paume de la main gauche.

Dans tous les cas on a procédé à une destruction de la verrue mère uniquement par électrocoagulation, une disparition partielle homogène de toutes les verrues était notée à la sixième semaine et une disparition totale était obtenue à 3 mois chez les 7 cas.

Discussion :

Chez nos 7 patients, le traitement de la verrue initiale dite mère a effectivement entraîné la disparition spontanée sans aucun traitement de toutes les autres verrues dites filles qui étaient localisées soit à proximité de la verrue mère soit à distance (dans un autre membre).

Notre méthode thérapeutique a reposé sur un mythe traditionnel connu comme astuce de grand-mère, jamais vérifié par une étude scientifique nationale ou internationale.

La réussite de cette méthode thérapeutique chez 7 patients s'avère prometteuse et encourage à la réalisation d'une étude contrôlée sur un échantillon plus large.

Conclusion :

Malgré leur nature bénigne, le traitement des verrues peut constituer un challenge thérapeutique et reste non codifié vu la réponse très variable de ces lésions virales face aux différents traitements déjà existants suggérant l'existence d'une grande partie encore non dévoilée dans leurs physiopathologie.

Verrues cutanées et injection de vitamine D

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

Service de dermatologie, centre hospitalier Hassan II FES

Introduction :

Les verrues cutanées des proliférations épidermiques bénignes de la peau causée par le virus du papillome humain (VPH). Malgré leurs caractère bénin, ils peuvent avoir un impact négatif sur la qualité de vie des patients. Plusieurs traitements sont disponibles avec une efficacité variable. L'immunothérapie émerge comme une nouvelle modalité de traitement qui agit sur le renforcement de l'immunité à médiation cellulaire contre le papillomavirus humain pour éliminer les verrues cutanées.

Objectifs :

Cette étude vise à évaluer l'efficacité et les limites de la vitamine D3 intralésionnelle pour le traitement des verrues cutanées.

Matériels et méthodes:

Les patients présentant des verrues vulgaires et palmo plantaires ont été incluses dans l'étude. Une injection intralésionnelle de 0,2ml de vitamine D 200000UI a été injecté a la base de chaque verrue. Un maximum de 5 verrues ont été injectées par séance à 1 mois d'intervalle.

Résultats:

37 verrues vulgaires et palmo-plantaires de tailles variable ont été recrutées soit un total de 14 patients. Une réponse complète a été observée dans 15 lésions (41%), une réponse partielle dans 14 lésions (38%), et pas de réponse a été observée dans 6 lésions (17%).Aucune récurrence n'a été observée dans les réponses complètes. Le nombre d'injections allait de 2 à 5 séances avec un intervalle de 1mois entre les seances.2 patients ont quitté l'étude après 2 injections suite à l'intensité de la douleur au cours du geste.

La douleur importante au cours du geste et à l'appui en post geste étaient les principaux effets indésirables.

Discussion :

En effet, La Vitamine D contrôle la prolifération et la différenciation cellulaire et possède des activités immunorégulatrices. Ses effets sont médiés via le récepteur de la vitamine D (VDR), qui est présent dans les kératinocytes, les mélanocytes, les fibroblastes, et les cellules du système immunitaire de la peau. En effet après injection de vitamine D, elle se lie à son récepteur (VDR) entraînant une augmentation de l'expression des TLR par les macrophages et ainsi on aura d'une part l'expression des peptides antimicrobien (cathelicidins) et d'autre part une augmentation du VDR. Ce qui explique sa capacité à renforcer le système immunitaire contre le virus HPV. Le faible taux de réponse complète chez nos patients pourrait être expliqué par la faible dose de vitamine D de 200000UI qui est la dose maximale disponible dans notre pays. Également les effets secondaires tel que la douleur importante au cours du geste et à l'appui en post geste pour les verrues plantaires expliquent le refus de certains patients d'une 2eme ou 3eme injection.

Conclusion:

La vitamine D3 intralésionnelle paraît être efficace pour le traitement de multiples verrues cutanées, cependant une concentration plus élevée de la vitamine D semble être nécessaire pour une réponse rapide et complète.

Nodule d'ORF compliqué d'érythème polymorphe et d'une dermohypodermite non nécrosante :

Ouissal Hormi¹ ; Youssef Almheirat¹ ; Nada Tahri¹ ; Leila Benahmed¹ ; Nassiba Zerrouki^{1,2} ;
Nada Zizi^{1,2}

- 1- Département de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI, Oujda.
- 2- Laboratoire d'Épidémiologie, Recherche Clinique et Santé Publique, Faculté de Médecine et Pharmacie, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction :

L'infection par le virus Orf, également connue sous le nom d'ecthyma contagiosum ou de dermatite pustuleuse contagieuse, est une maladie zoonotique et professionnelle généralement contractée à partir de moutons et de chèvres infectés. L'agent responsable est le parapoxvirus de la famille des Poxviridae, qui affecte principalement les jeunes moutons et chèvres, provoquant des lésions vésiculaires, papuleuses et nodulaires, surtout autour des lèvres et de la bouche. Chez l'homme, l'infection se manifeste généralement sur le dos des mains ou des doigts aux points de contact avec les animaux infectés. (1)

Les complications possibles de l'infection par Orf incluent des infections bactériennes secondaires, une lymphangite, une lymphadénopathie, un érysipèle, un érythème polymorphe, un syndrome de Stevens-Johnson et une pemphigoïde bulleuse. (2)

Nous rapportons ici un cas de maladie Orf compliquée par un érythème polymorphe et un érysipèle quelques jours après la fête musulmane de l'Aïd el-Adha.

Rapport de cas :

Une patiente de 40 ans sans antécédents médicaux significatifs s'est présentée aux urgences avec une plaque large, érythémateuse, œdémateuse, chaude et douloureuse sur le dos de la main. Cela est survenu quelques jours après l'apparition d'un nodule croûteux sur le côté interne du majeur de la même main, que la patiente avait manipulé et négligé. (Figure 1)

Lors de l'interrogatoire, elle a signalé que la lésion était apparue quelques jours après l'Aïd el-Adha, durant laquelle elle avait aidé son mari, un vendeur de moutons, à nourrir et à transporter les moutons. La patiente avait remarqué des lésions similaires chez son mari.

Le diagnostic d'une dermohypodermite bactérienne non nécrosante sur le dos de la même main après manipulation du nodule Orf a été établi. Elle a été traitée avec un antiseptique local et une crème à l'acide fusidique pour la lésion, et une antibiothérapie à base d'amoxicilline pour l'érysipèle, à prendre pendant 7 jours. Elle a également reçu des conseils sur les soins appropriés de la plaie et a été avertie d'éviter toute manipulation supplémentaire de la lésion.

Un jour plus tard, la patiente a développé un érythème prurigineux sur les deux mains, avec de multiples lésions érythémateuses maculopapuleuses de taille millimétrique, formant un aspect en rosette par endroits, sans atteinte des muqueuses et sans détérioration de l'état général. (Figure 2). La patiente n'a pas signalé d'infection récente par le virus de l'herpès ou de symptômes pulmonaires récents.

En se basant sur les constatations cliniques et le contexte épidémiologique, un diagnostic présomptif d'érythème polymorphe suivant une infection par le virus Orf a été posé. Étant donné la nature bénigne de l'érythème polymorphe et l'absence de symptômes systémiques, aucun traitement spécifique n'a été prescrit. La patiente a été conseillée de surveiller les lésions et de revenir si elles s'aggravaient ou si de nouveaux symptômes apparaissaient. Une résolution spontanée de l'érythème polymorphe a été observée en quelques jours. (Figure 3)

Discussion :

La maladie Orf est une maladie zoonotique auto-limitante, qui peut entraîner des épidémies après la fête de l'Aïd el-Adha dans les pays musulmans. (3)

Elle est causée par le parapoxvirus Orfviridae, qui affecte principalement les jeunes moutons et chèvres, provoquant des lésions vésiculaires, papuleuses et nodulaires, surtout autour des lèvres et de la bouche. (4)

Plus de 90 % de ces lésions touchent les mains et les doigts, bien que des atteintes du visage, du cuir chevelu et des régions génitales aient également été décrites. Chez les sujets immunodéprimés, les lésions peuvent croître de manière significative, connues sous le nom de "orf géant", ce qui peut entraîner une morbidité. Après une période d'incubation d'environ une semaine, les lésions évoluent à travers six stades, chacun durant environ une semaine : maculopapuleux (macules/papules érythémateuses), cible (nodules en forme de cible avec un halo rouge et un centre nécrotique), aigu (nodules suintants), régénératif (nodules secs), papillome (nodules avec une croûte sèche, devenant papillomateux) et régression. (5) (6)

En général, le diagnostic est basé sur l'évaluation clinique, en tenant compte du contact du patient avec les moutons et de la présentation clinique distincte. Il peut être confirmé par biopsie cutanée ou test PCR, en particulier lorsque les symptômes sont ambigus et que l'histoire clinique est peu claire. (7)

Chez notre patiente, l'apparition des lésions pendant l'Aïd el-Adha, après contact avec un mouton, ainsi que l'aspect clinique et évolutif typique des lésions, étaient suffisants pour maintenir le diagnostic. (8)

L'infection est généralement auto-limitante et se résout en 6 à 8 semaines sans traitement. Les complications peuvent inclure des infections bactériennes secondaires et des réactions immunologiques telles que l'érythème polymorphe et le syndrome de Stevens-Johnson. (2)

Le traitement de l'orf chez les patients immunocompétents est principalement symptomatique. Chez les individus immunosupprimés, des traitements antiviraux comme le cidofovir peuvent être utilisés, ainsi que des traitements mécaniques tels que la cryothérapie. La vaccination des moutons et des chèvres est efficace pour prévenir la propagation du virus. (9)

Conclusion :

Bien que la maladie Orf soit généralement auto-limitante et ne nécessite pas de traitement spécifique, un diagnostic précoce est crucial pour prévenir les complications, la propagation ultérieure et maintenir la productivité en réduisant la morbidité.

Références :

1. Mavridou K, Bakola M. Orf (ecthyma contagiosum). Pan Afr Med J. 2021;38:322
2. Efridi, W., Jain, H., Sathe, N. C., & Ahmed, K. (2023). Orf Viral Infection. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
3. Saçar H, Uyar B. Investigation of the complications and incidences of orf disease during and after the Feast of the Sacrifice period. Dermatol Sinica. 2015;33:191-5.
4. Venkatesan G, Kushwaha A, Kumar A, Bora DP, Sasikumar P. An improved visual closed tube Loop mediated isothermal amplification (LAMP) assay for rapid identification of orf virus in sheep and goats. Vet Ital. 2022 Dec 30;58
5. Santiago L, Oliveira D, Cardoso JC, Figueired A. Human Orf: An Under-recognized Entity. Acta Dermatovenerol Croat. 2019 Dec;27(4):280-281.
6. Simpson KM, Depenbrock SM, Oman RE, Mayo CE. When dermatologic diseases are devastating: differentiating common endemic conditions in the United States from sheep and goat pox. J Am Vet Med Assoc. 2023 Jun 01;261(S1):S95-S102.
7. Thompson HJ, Harview CL, Swick B, Powers JG. Orf Virus in Humans: Case Series and Clinical Review. Cutis. 2022 Jul;110(1):48-5
8. Bergqvist C, Kurban M, Abbas O. Orf virus infection. Rev Med Virol. 2017 Jul;27(4)
9. Wang Y, Sun S, Zhao K, Du L, Wang X, He W, Gao F, Song D, Guan J. Orf virus DNA prime-protein boost strategy is superior to adenovirus-based vaccination in mice and sheep. Front Immunol. 2023;14:1077938.

Dermo-hypodermite non nécrosante du pénis : une curieuse localisation

Dr ESSOLAYMANY H, Pr ELLOUDI S, Pr DOUHI Z, Pr SOUGHI M, Pr BAYBAY H, Pr MERNISSI F

Service de dermatologie CHU HASSAN II DE FÈS, Maroc

Introduction : Les dermo-hypodermes bactériennes non nécrosantes des organes génitaux externes sont extrêmement rares. Elles se voient essentiellement chez les hommes non circoncis et sexuellement actifs. Le streptocoque est le principal agent pathogène causal. Le traitement antibiotique approprié permet de résoudre les symptômes et d'éviter les complications.

Observation : homme de 45 ans, hétérosexuel, opéré 10 ans auparavant pour une tumeur testiculaire bénigne, consulte pour une tuméfaction aiguë douloureuse de la verge avec dysurie. Il rapporte le rasage des poils pubiens 5 jours avant la symptomatologie. Il ne rapporte pas d'épisode similaire auparavant ni de pratiques sexuelles traumatiques. L'examen trouve un patient asthénique, fébrile à 38.5°, avec un placard érythémateux œdémateux chaud douloureux prenant toute la verge et la région pelvienne sans atteinte du scrotum. On note la présence de folliculites au niveau du pubis ainsi que des adénopathies inguinales bilatérales. Il n'y avait pas de nécrose ni d'écoulement urétral. Le bilan biologique objectivait une hyperleucocytose à 15000/mm³ à prédominance polynucléaires neutrophiles avec une CRP à 140. L'examen cytobactériologique des urines ainsi que le bilan des infections sexuellement transmissibles étaient négatifs. L'échographie objectivait une importante infiltration des parties molles sans collection visible. Le doppler n'objectivait pas de thrombose. Nous avons mis le patient sous bi-antibiothérapie à base d'amoxicilline protégée et ciprofloxacine avec une évolution favorable dès les premières 48 heures.

Discussion : La dermo-hypodermite du pénis est une urgence médicale qui se caractérise par un œdème aigu inflammatoire parfois douloureux. Un phimosis est possible en cas d'œdème important affectant le prépuce des hommes non circoncis, des signes urinaires ou un écoulement urétral peuvent également être présents. Connus pour coloniser la gorge et les voies génitales de la femme, Les streptocoques des groupes A et B sont les bactéries le plus souvent isolées en cas d'érysipèle péno-scrotal, pouvant être transmis lors d'un rapport sexuel vaginal ou oral. D'autres germes doivent être évoqués en cas d'immunodépression. Les antécédents de chirurgie périnéale, la radiothérapie pelvienne, le lymphœdème péno-scrotal et les injections intra-caverneuses sont les principaux facteurs favorisants. Le diagnostic différentiel se pose essentiellement avec la phase précoce pré-nécrotique de la gangrène de Fournier et l'eczéma de contact, notamment en cas d'allergie au latex des préservatifs.

Conclusion : Touchant habituellement le visage et les membres, les dermo-hypodermes des organes génitaux masculins sont exceptionnelles, mais constituent une véritable urgence diagnostique et thérapeutique. Elles doivent faire rechercher et traiter les différents facteurs favorisants locaux, afin d'éviter les récives.

Érysipèle de la verge : localisation inhabituelle

S.BARAZ, R.BABA, A.ENNACIRI M.AMRAOUI Y.ZEMMEZ, R.FRIKH,
N.HJIRA

Service de dermatologie vénérologie, Hôpital Militaire d'instruction Med V RABAT

Introduction : L'érysipèle est une infection bactérienne aiguë, principalement causée par des streptocoques bêta-hémolytiques A. Il affecte typiquement les membres inférieurs, mais des localisations atypiques, bien que rares, peuvent inclure le visage, le tronc, les organes génitaux et la région périnéale. L'érysipèle génital, particulièrement rare, peut avoir des manifestations sévères en raison de la particularité anatomique de la région. Nous présentons le cas d'un érysipèle de la verge.

Observation : Un homme de 28 ans, marié, s'est présenté aux urgences avec une fièvre, une douleur, un érythème et un œdème dans la région pénienne, survenus trois jours après un rapport sexuel non protégé. Aucun antécédent de maladie sexuellement transmissible rapporté

chez sa partenaire. L'examen clinique a révélé un oedème rouge vif bien délimitée avec un bord surélevé, et un écoulement urétral purulent, avec des adénopathies inguinales bilatérales hypertrophiées et douloureuses. Le bilan biologique montre une vitesse de sédimentation (VS) élevée et une hyperleucocytose. Les sérologies virales étaient négatives. Une culture microbienne de l'écoulement urétral a isolé un streptocoque bêta-hémolytique.

Le patient a été traité par Amoxicilline 3g/jour pendant 14 jours. L'évolution clinique a montré une régression de l'œdème pénien, de la lymphadénopathie inguinale et une apyrexie.

Discussion : L'érysipèle de la verge est une présentation atypique peu rapportée, sans revue exhaustive de la littérature, constituant une urgence médicale et nécessitant un diagnostic et une prise en charge rapides pour éviter des complications graves. Bien que le point d'entrée de l'infection n'ait pas été déterminé dans ce cas, l'anatomie particulière de la région génitale peut prédisposer à des formes compliquées. La présentation clinique associant une inflammation locale et des signes généraux est classique. Cependant, l'infection génitale peut également se manifester par des signes plus discrets, comme une douleur locale sans atteinte systémique initiale.

Conclusion : L'érysipèle de la verge est une pathologie rare mais potentiellement sévère, nécessitant un traitement antibiotique adapté et rapide. Une attention particulière doit être portée à cette localisation pour éviter les complications et les formes récidivantes.

ERYSIPELE DE JAMBE DU NOURRISSON : à propos d'un cas

S. MESTASSI, S. AMNIEU V.N. BOUKANDOU, I. SABOUNI, A. BENZOUINA, G. MEYE, M. AIT OURHROUI. Service de Dermatologie, Hôpital Cheikh Zaid, Rabat. Service de réanimation néonatale, Hôpital Cheikh Zaid, Rabat. Université Internationale Abulcasis des Sciences de la Santé, Rabat.

Introduction : L'érysipèle est une dermo-hypodermite bactérienne aiguë non nécrosante, affectant le plus souvent les membres inférieurs, qui se manifeste par un érythème circonscrit, accompagné d'un œdème local et d'un état fébrile. Les facteurs favorisant sa survenue sont les portes d'entrée locales, les œdèmes de toutes causes et des facteurs systémiques (diabète, immunosuppression). Nous rapportons le cas d'un érysipèle de jambe chez un nourrisson de 14 mois. **Observation :** Il s'agissait d'un nourrisson âgé de 14 mois, hospitalisé en réanimation néonatale pour une pneumopathie d'inhalation associée à une fente vélo-palatine. Ce dernier présentait une grosse jambe rouge aiguë avec à l'examen la présence d'un placard érythémateux, œdémateux, chaud, bien limité, réalisant un aspect luisant, et surmonté de vésicules et de bulles associée à une agitation. La porte d'entrée était un site de prélèvement localisé au niveau de la malléole interne. On retrouvait une hyperleucocytose à prédominance neutrophiles et une CRP élevée. L'évolution était favorable au bout d'une semaine sous vancomycine à la dose de 10 mg/kg/8h avec régression des signes cliniques et biologiques.

Discussion : L'érysipèle est une infection aiguë de la peau et des tissus sous-cutanés, remarquable par sa rareté chez les enfants et les nourrissons. Le germe le plus souvent incriminé est le streptocoque bêta-hémolytique du groupe A, toutefois, chez le nouveau-né, le streptocoque du groupe B est le principal germe en cause d'érysipèle post partum. D'autres germes peuvent en être responsables, en particulier le staphylocoque, et ce notamment en présence d'un impétigo bulleux. La particularité de l'érysipèle chez les enfants concerne la porte d'entrée, qui est principalement constituée de plaies, d'abrasions ou encore d'impétigo, contrairement aux adultes chez qui les intertrigos sont les plus fréquents. Le début de la symptomatologie est souvent brutal avec des signes généraux très marqués. Il existe classiquement un placard inflammatoire bien délimité, rouge chaud œdémateux douloureux avec la présence d'un bourrelet périphérique, avec parfois l'adjonction de lésions bulleuses superficielles ou encore

purpuriques. Les signes généraux sont marqués par la notion de fièvre. Des adénopathies régionales peuvent également être retrouvées. Le diagnostic est avant tout clinique, toutefois la biologie lorsque réalisée, révèle un syndrome inflammatoire avec une hyperleucocytose et une CRP augmentée. Les complications sont rares, mais elles peuvent être graves chez les nourrissons et les prématurés, notamment avec le risque de fasciite nécrosante, de choc toxique ou de septicémie. L'hospitalisation n'est pas toujours nécessaire, mais des facteurs de gravité ainsi que la survenue à un âge précoce peuvent justifier une admission en urgence. Le traitement repose sur une antibiothérapie adaptée, généralement dirigée contre le streptocoque. L'évolution est généralement favorable. Conclusion : L'érysipèle est une dermohypodermite bactérienne aiguë non nécrosante qui relève principalement de la pathologie de l'adulte. Cependant, elle peut également survenir chez les enfants, auquel cas, elle se distingue par l'identification fréquente de portes d'entrée telles que des plaies, des abrasions ou un impétigo. Le traitement repose sur l'utilisation appropriée d'antibiotiques, et la prophylaxie n'est généralement pas nécessaire

Les dermohypodermites bactériennes : A propos de 216 cas Expérience du service de dermatologie du CHU Mohamed VI OUJDA

K. Kaddar¹, I. Ouadi¹, N. Tahri¹, N. Zerrouki^{1,2}, 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, Oujda Maroc

Introduction :

Les dermohypodermites bactériennes (DHDB) sont des infections bactériennes aiguës des tissus situés entre l'épiderme et les muscles. Elles comprennent principalement les dermohypodermites non nécrosantes (DHDNN) et les dermohypodermites nécrosantes-fasciite nécrosante (DHDN-FN).

Matériel et méthodes :

C'est une étude rétrospective, descriptive et monocentrique au service de Dermatologie Vénérologie du CHU MOHAMMED VI d'Oujda sur une période de 8 ans, depuis Juin 2014 jusqu'au Décembre 2022. L'objectif était d'étudier les particularités épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives des DHDB et d'éclaircir les modalités de prise en charge des DHDB.

Résultats :

Durant cette période, 216 patients ont été admis pour une DHDB, répartis en 207 cas de DHDNN et 9 cas de DHDN-FN.

Dans les cas de DHDNN, l'âge moyen de 58,6±16 ans et un sexe ratio F/H de 1,41. Un antécédent (ATCD) de DHDB a été retrouvé chez 27,5% des cas. 80,7% des patients avaient au moins une comorbidité associée : Obésité (63,8%), Diabète (35,3%), HTA (29,5%), néoplasie (19,3%), insuffisance lymphatique (19,3%) ou cardiopathie (15,5%). Une prise d'AINS a été notée chez 13,9% des cas. Les localisations retrouvées étaient les membres inférieurs (75,4%), les membres supérieurs (21,3%) et la région cervico-faciale (3,4%). Les formes bulleuses et purpuriques représentaient 15,9% et 13,5% des cas respectivement.

La porte d'entrée majoritaire était un intertrigo dans 59,4% des cas. Les examens bactériologiques avaient un taux de positivité variant entre 16,7% et 42,9%. Une TVP associée a été retrouvée chez 1,4% des patients. La prise en charge consistait principalement en une monothérapie (83,1%) administrée par voie intraveineuse (94,7%). La molécule de référence était l'amoxicilline-acide clavulanique. Une anticoagulation à dose préventive a été administrée chez 72,9%. La durée moyenne d'hospitalisation et d'antibiothérapie étaient respectivement de 9,5±5j et de 17±5j. Les complications les plus courantes étaient la récurrence (27,1%), la décompensation de tares (25,1%) et le lymphoedème séquellaire (22,7%). L'antibioprophylaxie a été indiquée chez 25,6% des patients.

Pour les patients avec une forme nécrosante, l'âge moyen était de $59,4 \pm 8$ ans avec une légère prédominance masculine. Un ATCD de DHDNN a été retrouvée chez un seul patient. L'obésité (77,8%) et le diabète (44,4%) étaient aux premiers rangs des comorbidités associées. La prise d'AINS n'a été retrouvée que chez un seul patient. Tous les patients avaient une atteinte du membre inférieur. La porte d'entrée la plus retrouvée était un intertrigo interorteil (44,4%). La moyenne du score LRINEC était de $7,89 \pm 3$. En addition au traitement chirurgical, tous les patients ont été traités par voie intraveineuse à l'amoxicilline-acide clavulanique en 1ère intention (77,8%) puis un changement vers une association d'antibiotiques dans 66,7% des cas dans un délai moyen de $4 \pm 2,97$ j. Tous les patients ont bénéficié d'une anticoagulation préventive. La durée moyenne d'hospitalisation au service de dermatologie et d'antibiothérapie étaient respectivement de $8,6 \pm 5$ j et de $24 \pm 8,5$ j. Aucune récurrence n'a été observée. La complication la plus retrouvée était la décompensation des comorbidités (55,6%).

Discussion :

Notre étude a mis en lumière des caractéristiques uniques qui suggèrent d'autres pistes de prise en charge. Contrairement aux données de la littérature notamment marocaine (1-4), notre travail a révélé une prédominance féminine parmi les patients atteints de DHDNN, soulignant ainsi l'importance de prendre en compte les différences de genre dans l'évaluation et la gestion de cette pathologie. L'association étroite entre l'obésité et les DHDB souligne l'importance cruciale d'une prise en charge adaptée visant à réduire le risque de survenue de ces infections.

La particularité de notre échantillon réside dans la prévalence notable de néoplasies, notamment du sein, suggérant la nécessité d'une surveillance renforcée afin de prévenir ou de prendre en charge le lymphoedème ainsi que de traiter toute porte d'entrée même minime chez ces patients fragiles. De même, l'identification des facteurs locorégionaux prédominants, comme l'insuffisance veineuse, suggère l'obligation de rechercher et de prendre en charge ces facteurs à temps.

Sur le plan clinique, nous avons observé une prévalence significative de formes graves, telles que les dermohypodermes hémorragiques et œdématobulleuses, nécessitant une attention particulière.

Il est essentiel de souligner les deux principales complications des dermohypodermes retrouvées dans notre étude, à savoir la récurrence et la décompensation de tares, mettant en avant l'importance primordiale des mesures de prévention et de suivi à long terme.

Conclusion :

Notre étude a mis en évidence plusieurs particularités dans les facteurs de risques, les formes cliniques, le profil évolutif et thérapeutique des DHDB. Cependant, notre étude présente la limite du recrutement exclusif en milieu hospitalier. Des études multicentriques et des études cas-témoins sont nécessaires pour mieux identifier les facteurs de risque spécifiques au contexte marocain.

Références :

1. S.Amal, Houass S, Laissaoui K, Moufid K, Trabelsi M. dans la région de Marrakech (100 observations) Epidemiology , clinical features , and evolution of Erysipelas in the Marrakech region (100 cases). 2004;34:171–6.
2. Zaoui K. Recherche de facteurs de risque d'un premier épisode d'érysipèle de jambe. 2010.
3. M. Lahmam, Dermohypodermes bactériennes: Etude de 41 cas, 2008.
4. S. Hammadi. L'érysipèle: Expérience du service de dermatologie à l'hôpital militaire de Meknès. 2015.

Profil épidémiologique, clinico-biologique et facteurs pronostiques des dermo-hypodermes hospitalisées à Agadir

B.El Idrissi, M.A. Aouzal, N. Ait Abdelali, S. Msayrib, FZ.Alaoui El Abidi, H.El Halla, N.Kayouh,R.Chakiri
Service de Dermatologie, CHU Souss-Massa Agadir

Introduction

Les dermo-hypodermes infectieuses (DHI), comme l'érysipèle et la fasciite nécrosante, sont des infections cutanées aiguës touchant souvent des patients ayant des comorbidités, notamment le diabète et l'obésité. Ces infections peuvent conduire à des complications graves, nécessitant une prise en charge hospitalière.

Objectifs

Cette étude vise à décrire le profil épidémiologique et clinico-biologique des patients hospitalisés pour DHI au service de dermatologie du CHU Souss-Massa d'Agadir. Elle cherche également à identifier les facteurs pronostiques, tout en évaluant les complications et l'efficacité des traitements.

Matériel et méthodes

Cette étude rétrospective descriptive a été menée au service de dermatologie du CHU Souss-Massa d'Agadir, incluant 79 patients hospitalisés pour dermo-hypodermes infectieuses entre 2019 et 2024. Les données démographiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'exploitation préalablement validée. L'ensemble des données collectées a ensuite été analysé afin de mieux comprendre le profil des patients et les spécificités des dermo-hypodermes dans la région.

Résultats

L'étude a inclus 79 patients avec un âge moyen de 55,3 ans, et une légère prédominance féminine (58%). Les principales comorbidités étaient le diabète (45%), l'obésité (27%) et l'hypertension (18%). L'érysipèle représentait 92% des cas, suivi des fasciites nécrosantes. L'intertrigo interorteils était la porte d'entrée la plus fréquente (71%), suivi des traumatismes cutanés mineurs (15%).

Cliniquement, les membres inférieurs étaient atteints dans 85% des cas, avec une prédominance de la jambe gauche (52%). Un œdème marqué (95%), un placard érythémateux, chaud et douloureux (88%), et des adénopathies inguinales homolatérales (37%) étaient fréquents. Des signes de gravité incluaient des bulles hémorragiques (9%), une nécrose (7%) et des hypoesthésies (6%).

Sur le plan biologique, 78% des patients avaient une hyperleucocytose et 67% une CRP élevée (>100 mg/L). Le traitement reposait principalement sur l'amoxicilline-acide clavulanique (94%), avec l'utilisation de ciprofloxacine et métronidazole dans 21% des cas. Une anticoagulation préventive a été instaurée chez 36% des patients.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 10 jours avec une évolution favorable dans 85% des cas. Les complications incluaient des récurrences (12%), une nécrose nécessitant un débridement (9%) et des septicémies (5%).

Discussion

Cette étude confirme le rôle prépondérant du diabète et de l'obésité dans les dermo-hypodermes, avec l'intertrigo interorteils comme principale porte d'entrée, en accord avec les données de la littérature. La prédominance des localisations aux membres inférieurs, notamment à la jambe gauche, pourrait être liée à des facteurs vasculaires ou mécaniques, comme suggéré dans d'autres études. Les signes de gravité observés, tels que les bulles hémorragiques et la nécrose, soulignent l'importance d'une identification précoce pour prévenir les complications. L'évolution favorable chez la majorité des patients montre l'efficacité des traitements, mais une gestion stricte des comorbidités, comme le diabète, demeure essentielle pour prévenir les récurrences et améliorer le pronostic à long terme.

Conclusion

Cette étude met en évidence le rôle clé des comorbidités dans les DHI et l'efficacité d'une prise en charge adaptée. Une gestion optimale de ces facteurs est essentielle pour améliorer le pronostic des patients.

Fasciite nécrosante post varicelleuse

C. Bouhamdi, Z. Douhi, S. Elhaitamy, K. Elfid, M. Soughi, S. Elloudi, H. Baybay, FZ. Mernissi

Service de dermatologie, CHU Hassan II, FES

Introduction

La varicelle est une infection virale fréquente chez les enfants, causée par le virus varicelle-zona. Environ 2 % des enfants atteints de varicelle développent des complications. La surinfection bactérienne cutanée est la plus courante, la fasciite nécrosante est la plus grave, extrêmement rare mais potentiellement mortelle. Nous rapportons le cas d'une fasciite nécrosante palpébrale post varicelleuse.

Rapport de cas

Il s'agit d'un nourrisson de 2 ans, vacciné selon le programme national d'immunisation, sans antécédents pathologiques, atteint de varicelle, ayant reçu des anti-inflammatoires non stéroïdiens. Alors que son frère, source de l'infection, s'est rétabli sans complications, l'enfant a développé sur une lésion varicelleuse, une tuméfaction palpébrale droite rougeâtre, chaude et douloureuse, devenant violacée puis noirâtre, évoluant vers une perte de substance augmentant progressivement de taille, dans un contexte de fièvre et de conservation de l'état général. Une TDM crânio-faciale a révélé une infiltration des parties molles fronto-temporales droites et de l'hémiface homolatérale, sans collection, diagnostiquant une cellulite orbitaire et faciale pré-septale. L'examen clinique a montré des lésions varicelleuses diffuses à différents stades, un œdème facial et une paupière droite œdémateuse, chaude, sensible, érythémateuse violacée et centrée par une ulcération ovale de 4cm, bien limitée de contours réguliers, à surface propre et fond fibrineux, avec écoulement séro-sanguin. Une fasciite nécrosante post varicelleuse a été évoquée, et l'enfant a été mis sous tri-antibiothérapie, antiviral, soins locaux et occlusion. L'évolution a été favorable sans séquelles.

Discussion

La varicelle est une virose contagieuse généralement bénigne. Mais, chez les enfants de moins de 5 ans, les cas secondaires, sous AINS, ont un risque accru de complications, notamment une

surinfection bactérienne cutanée, progressant en fasciite nécrosante dans moins de 1 % des cas. C'est le cas de notre patient, un nourrisson contaminé par son frère, recevant des AINS. Les bactéries, en général, le streptocoque bêta-hémolytique A et le staphylocoque, envahissent les tissus mous sous-cutanés principalement le fascia profond, produisant des toxines, entraînant une ischémie douloureuse puis anesthésie à l'installation de la nécrose sous cutanée avec une teinte cutanée violacée avec ou sans crépitations puis décollement et perte de substance. Cliniquement, la FN est confirmée par le test du doigt ou de la sonde, et soutenu par le score LRINEC qui est indicateur fiable avec une valeur prédictive positive de 92 % et une valeur prédictive négative de 96 %. Notre patient avait un score LRINEC à 6 avec un test du doigt positif. L'imagerie par résonance magnétique peut confirmer l'étendue de la FN, mais ne doit pas retarder le traitement qui est le débridement chirurgical, éventuellement assisté par l'oxygénothérapie hyperbare, avec une triple antibiothérapie adaptée systémique. Sans traitement, la condition peut évoluer vers une septicémie avec défaillance multiviscérale et décès. Notre enfant a présenté une bonne réponse thérapeutique sans recours au débridement ni à la fasciotomie.

Conclusion

La FN est une complication rare mais grave de la varicelle. Un diagnostic et une prise en charge précoces sont essentiels pour améliorer le pronostic et réduire la morbidité et la mortalité.

Des rickettsioses pas comme d'habitude

K. El Fid, Z. Douhi, C. Bouhamdi, M. Soughi, S. Elloudi, H. Baybay, FZ. Mernissi

Service de dermatologie. CHU Hassan II, Fès

Introduction

La rickettsiose est une infection ré-émergente, potentiellement mortelle, répandue dans le monde entier. Elle est causée par une bactérie strictement intracellulaire, principalement transmise par des arthropodes, essentiellement les tiques. La présentation clinique est souvent peu spécifique.

Matériel et méthodes

Nous avons mené, au service de dermatologie du centre hospitalier universitaire de FES, sur une période de 4ans (Janvier 2020 à Juillet 2024), une étude prospective, incluant des patients présentant une rickettsiose confirmée par sérologie.

Objectifs :

Décrire les présentations cliniques inhabituelles de la rickettsiose

Résultats

Sur les 47 patients hospitalisés pour une rickettsiose, 33 présentaient des manifestations cliniques atypiques. L'âge moyen des patients était de 55 ans, avec un délai moyen de consultation de 10 jours (de 1 à 20 jours). Tous les patients présentaient de la fièvre et des céphalées, tandis que 12 d'entre eux rapportaient des vertiges et 5 des troubles de la conscience. Une éruption cutanée type exanthème maculo-papuleux et une tache escarotique, a été observée

chez tous les patients, avec deux cas de nécrose cutanée et trois cas de purpura livedoïde. Sur le plan viscéral, 17 patients ont développé une insuffisance rénale aiguë sans antécédents de maladie rénale, confirmée par des anomalies du bilan rénal et après exclusion de causes obstructives. Les complications gastro-intestinales ont inclus deux cas de pancréatite et 20 cas de cytolysse hépatique, pour lesquels les bilans étiologiques ont exclu d'autres causes hépatiques. Des complications oculaires, sous forme d'uvéïte, ont été observées chez 9 patients. Les atteintes neurologiques ont concerné 25 patients, avec des symptômes tels que le syndrome méningé (n=5), la confusion (n=4), les troubles de la conscience (n=3), l'agitation (n=2) et les hallucinations (n=1). Les examens complémentaires, incluant la ponction lombaire et les imageries cérébrales, ont révélé une vascularite cérébrale chez 5 patients et une méningoencéphalite chez 3 patients. Une complication thromboembolique, sous forme d'embolie pulmonaire compliquant une thrombose veineuse profonde, a été notée chez un patient. Le sérotype prédominant identifié était *Rickettsia conorii*. Tous les patients ont été traités par doxycycline, parfois en association avec la ciprofloxacine, sur une durée moyenne de 10 jours. L'évolution a été favorable dans 95 % des cas, sans séquelles, et 5% de décès.

Discussion

Les infections à rickettsies sont souvent difficiles à diagnostiquer en raison de leur présentation clinique peu spécifique. Cependant, certaines manifestations, en particulier la combinaison de fièvre, éruption cutanée de type exanthème maculo-papuleux et adénopathies, peut être particulièrement évocatrice, surtout dans un contexte épidémiologique ou médical pertinent. Certains patients peuvent présenter des signes cliniques moins courants, comme des lésions cutanées telles que purpura livedoïde, gangrène ou nécrose cutanée. Des atteintes cardiaques, telles que myocardite, péricardite ou endocardite. Des complications thromboemboliques, peuvent également survenir surtout sur un terrain de cardiopathie congénitale ou acquise. Des complications gastro-intestinales, telles que cholécystite, pancréatite ou abdomen aigu, ainsi que des atteintes oculaires, comme l'œdème papillaire, la rétinite ou l'uvéïte, peuvent être observées, en particulier dans les rickettsioses de type typhi, rickettsii et conorii. Les atteintes neurologiques, incluant une méningite, méningoencéphalite, encéphalite isolée, syndrome vestibulaire ou hémorragie méningée, constituent également des complications graves avec un pronostic réservé.

Conclusion

Étant donné la diversité des manifestations cliniques des rickettsioses, il est essentiel de les envisager face à une fièvre inhabituelle ou atypique, particulièrement lorsque les autres causes ont été exclues. Cette approche permet de ne pas passer à côté de ces infections et d'assurer un traitement précoce, même en l'absence de symptômes correspondant aux formes les plus classiques des rickettsioses.

Références :

Hayet Bouchaib, H.B. (2023). Fièvres éruptives : Les rickettsioses, une réalité sous-estimée. Algerian Journal of Medical and Health Research, volume 2 (numéro 2), 21- 35 page.

Impact des Dermatoses Infectieuses dans les Écoles : Analyse des Connaissances et Pratiques des Parents

Maryam Ghaleb ,Ouiame Eljouari, Kaoutar Benchakroun, Salim Gallouj

Service de dermatologie et vénéréologie, centre hospitalier universitaire Mohammed VI , Faculté de médecine et de pharmacie de Tanger, Université Abdelmalek Essaadi Tanger, Maroc

Introduction :

Les dermatoses infectieuses constituent un problème fréquent dans les milieux scolaires, impactant à la fois la santé des enfants et la tranquillité des parents. Ce travail a pour objectif d'explorer les connaissances et les perceptions des parents concernant ces affections, leur fréquence, les moyens de prévention et la gestion des cas en milieu scolaire.

Matériels & Méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale menée au sein du service de dermatologie du CHU Mohammed VI de Tanger, sur une période allant de mai 2024 à septembre 2024. A l'aide d'un questionnaire diffusé sur les réseaux sociaux et par e-mail et destiné aux parents, les données ont été collectées et analysées sur Google Form.

Résumé :

Selon un questionnaire mené auprès de 84 parents, les dermatoses infectieuses les plus connues sont la teigne (98 %), l'herpès (98 %), les verrues (88 %), et la varicelle (89 %). Près de 97 % des parents ont déjà été confrontés à un cas de dermatose infectieuse chez leur enfant, avec en tête la varicelle (87 %), l'impétigo (70 %), et la pédiculose (78 %). En outre, 78 % des parents estiment que ces affections sont fréquentes en milieu scolaire et 84 % expriment une inquiétude quant à leur transmission. Bien que 58 % des parents se disent informés des gestes à adopter en cas de dermatose infectieuse, 42 % reconnaissent un manque de connaissances sur les mesures à prendre. L'Internet (46 %) est cité comme la principale source d'information, suivi des médecins (17 %). Parmi les mesures de prévention jugées essentielles, 88 % des parents soulignent l'importance de sensibiliser les enfants à l'hygiène, 100 % recommandent de limiter le partage d'objets personnels, et 85 % insistent sur la surveillance des symptômes cutanés. Cependant, 53 % jugent les informations fournies par l'école insuffisantes. Concernant les améliorations, 78 % des parents suggèrent la distribution de brochures à chaque rentrée, 54 % insistent sur le respect strict des règles d'hygiène, 89 % recommandent des programmes éducatifs réguliers pour les enfants et les parents, et 75 % préconisent des contrôles réguliers de la santé des élèves.

Discussion :

Les résultats révèlent que malgré une prise de conscience générale des parents concernant les dermatoses infectieuses, il existe un manque de satisfaction quant aux informations et mesures préventives en milieu scolaire. Bien que les parents soient majoritairement conscients des gestes à adopter en cas d'infection, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour renforcer les actions préventives dans les écoles, notamment en matière d'hygiène et de sensibilisation. Il apparaît également que les parents préfèrent des mesures comme la limitation du partage d'objets personnels et la surveillance des symptômes cutanés chez les enfants.

Conclusion :

La sensibilisation et la prévention des dermatoses infectieuses en milieu scolaire demeurent une préoccupation majeure pour les parents. Une meilleure collaboration entre les parents et les établissements scolaires, ainsi que des initiatives de sensibilisation plus poussées, comme la distribution de brochures et la formation des enfants à l'hygiène, semblent être des pistes prometteuses pour limiter la propagation de ces affections.

LUPUS TUBERCULEUX FACIAL ENGENDRANT UNE COMPLICATION OCULAIRE

A.Lahrougui, L.Bendaoud, M.Aboudourib, S.Amal, O.Hocar

Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Mohammed VI-Marrakech-Maroc

Laboratoire bioscience et santé, FMPM.

Introduction :

La tuberculose cutanée est une infection due au *Mycobacterium Tuberculosis*, son diagnostic constitue un défi majeur du fait de sa fréquence dans certains pays et de sa rareté dans d'autres, de son polymorphisme anatomo-clinique et de la multiplicité de ses diagnostics différentiels.

Nous rapportons un cas de lupus tuberculeux facial engendrant une complication oculaire.

Observation :

Patiente âgée de 40 ans, issu d'un milieu rural et d'un niveau socio-économique modeste, sans antécédents, admise pour une plaque érythémato-squameuse rétractile de la joue droite associée à une synéchie palpébrale inférieure évoluant depuis deux ans, résistante au traitement antibiotique, avec conservation de l'état général.

L'interrogatoire a montré un aspect initial nodulaire augmentant progressivement de taille surmonté de multiples ulcérations évoluant vers une synéchie palpébrale droite.

L'examen dermoscopique a montré un fond orangé, un patron vasculaire et des stries blanchâtres, l'histologie a objectivé la présence d'un granulome épithélioïde giganto-cellulaire sans nécrose caséuse, L'IDR à la tuberculine était négative, entraînant un défi diagnostic.

Dans notre cas, le diagnostic différentiel s'est posé avec la sarcoïdose (*Lupus pernio*), mais devant le caractère endémique de la tuberculose dans notre contexte, la négativité de l'enzyme de conversion, le diagnostic de lupus vulgaire a été retenu.

L'ensemble du bilan d'extension recherchant une tuberculose viscérale latente était normal et la sérologie HIV négative, de ce fait un traitement par antituberculeux a été démarré, avec une amélioration clinique dès le deuxième mois.

Discussion :

Le cas décrit correspond à une forme typique de lupus tuberculeux dans sa variété commune dite vulgaire. Il s'agit de la plus fréquente des tuberculoses cutanées, touchant préférentiellement la femme.

Le polymorphisme de la maladie est expliqué par la virulence de la souche contaminante, le mode de propagation de l'infection et l'immunité du patient. Il s'agit d'une tuberculose pauci bacillaire lentement évolutive touchant des sujets préalablement infectés, ayant une immunité modérée ou forte contre le *Mycobacterium tuberculosis*.

Volontiers localisé au visage et au cou, le lupus vulgaire comporte initialement des micronodules dermiques mous, qui par coalescence constituent des placards papuleux à centre atrophique ; il existe de nombreuses variantes cliniques (lupus plan, vorax, tumidus, ...). L'IDR à la tuberculine est souvent fortement positive.

Le diagnostic repose surtout sur l'histologie, le granulome tuberculoïde est toujours présent, contrairement à la nécrose caséuse. L'identification du BK, le seul moyen de confirmation diagnostique, n'est pas toujours possible puisqu'il s'agit d'une forme pauci bacillaire. La PCR a été développée pour identifier rapidement les organismes tels que *M. tuberculosis*.

Ces techniques présentent d'excellentes sensibilité et spécificité pour l'identification et la différenciation des espèces de mycobactéries, et qui ont un intérêt surtout dans les formes pauci bacillaires.

Conclusion :

Cette observation illustre la diversité des présentations cliniques, la multiplicité des diagnostics différentiels, et le risque de mutilation pouvant entraîner un préjudice esthétique et des complications graves, d'où l'intérêt de développer les techniques de biologie moléculaire pour la mise en évidence du BK dans les formes pauci bacillaires.

Panorama de l'atteinte lépreuse au CHU de Marrakech : A propos de 04 cas

S.Serghini, L. Bendaoud, S. Ait Yazza, M. Houbayeli, M. Khallouki, M. Aboudourib, O. Hocar,
S. Amal

Service de dermatologie-vénérologie – CHU Mohammed VI, Marrakech
Laboratoire de Biosciences, FMPM, Université Cadi Ayyad

Introduction

La lèpre ou maladie de Hansen, est la seconde mycobactériose mondiale après la tuberculose, avec une incidence d'environ 202 200 nouveaux cas en 2019. Au Maroc, moins de 100 nouveaux cas sont rapportés annuellement, et depuis 1991, moins d'un cas pour 10 000 habitants est enregistré, atteignant ainsi l'objectif d'élimination de la lèpre comme problème de santé publique au niveau national. Toutefois, en vue de la gravité des séquelles neurotrophiques de cette lourde pathologie, il est important de savoir l'évoquer surtout que les signes révélateurs sont avant tout cutanés.

Nous rapportant une série de 04 patients lépreux du service de dermatologie du CHU Mohammed VI de Marrakech, diagnostiqués entre la période entre Octobre 2023 et Septembre 2024, afin de souligner les différents aspects que peut prendre cette pathologie et de rappeler aux professionnels de santé que cette dermatose bactérienne quelque fois oubliée est toujours présente.

Observations

Observation 1 : Patient de 48 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, consultant pour une macrochéilite et des nodules faciaux évoluant depuis 03 ans. En plus de la notion d'œil rouge à répétition, d'une obstruction nasale chronique, et d'une hypoesthésie des membres inférieurs dans un contexte de fièvre prolongée et d'altération de l'état général. L'examen clinique retrouve un faciès léonin, une macrochéilite, une dépilation sourcilière bilatérale, des plaques érythémateuses infiltrées éparses et des nodules au niveau du palais de la bouche. L'EMG est en faveur d'une polyneuropathie sensitive axonale aux quatre membres. Le reste de l'examen clinico-paraclinique objective des séquelles d'uvéite, une lyse osseuse par endroit de la cloison nasale, ainsi qu'une ostéoporose, des géodes diffuses et des érosions osseuses. La biopsie montre une dermite granulomateuse épithélioïde. L'examen direct du suc dermique prélevé au niveau du lobule de l'oreille a permis de conclure à une lèpre multibacillaire. Le patient a été mis sous polychimiothérapie pour une durée de 12 mois selon le protocole de l'OMS, faite de Rifampicine, de Clofazimine et de Disulone. L'évolution a été marquée par une bonne amélioration clinique avec reprise de poids, sans signes de dégradation ou de réversion après le début du traitement

Observation 2 : Patient de 63ans, ayant comme antécédents des ulcérations multiples des jambes il y'a 02 ans de cause non déterminée, consultant pour une infiltration diffuse du visage associée à des lésions hypochromiques multiples et lésion ulcérée du dos du pied gauche sur cicatrice de brûlure, dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général. L'examen clinique trouve un visage infiltré par endroits, une dépilation bilatérale de la queue des sourcils, et des macules hypochromiques situées au niveau du thorax, MS et dos. En plus d'érosions et ulcérations multiples au niveau des 2 mains, une ulcération située au niveau de la jambe gauche et des cicatrices de brûlures achromiques au niveau des jambes, évoluant depuis 10ans. On note également une amyotrophie des muscles dorsaux des mains, une griffe cubitale de la main droite, une hypoesthésie thermo-algique aux 02 pieds ainsi qu'une acro-ostéolyse de certains doigts des mains et des pieds. Le diagnostic de lèpre multibacillaire a été également retenu sur examen direct du suc dermique, et le patient a été mis sous polychimiothérapie.

Observation 3 : Patient de 30 ans, traité pour lèpre en 2013 et déclaré guéri en 2015 avec séquelles neurologiques, admis dans notre formation pour mal perforant lépreux. L'examen clinique trouve une ulcération plantaire gauche, une anesthésie au niveau des pieds, des chevilles et des mains, une hypoesthésie des jambes, des poignets et des avant-bras et une griffe cubitale de la main droite. L'examen paraclinique a objectivé une mononeuropathie multiple sensitivo-motrice démyélinisante à l'EMG et des érosions osseuses et ostéite du 4e doigt et des métatarses du pied gauche à la radiographie des pieds. Par contre, les prélèvements des sucs dermiques se sont révélés négatifs. Le patient a bénéficié d'une amputation transmétatarsienne du 3° rayon du pied gauche et a repris la polychimiothérapie anti-lépreuse.

Observation 4 : Patient de 26 ans, ayant comme antécédent une infection rétrovirale diagnostiquée en Aout 2023 et actuellement sous trithérapie antirétrovirale. Admis dans notre formation pour lésions papulo-nodulaires infiltrées débutant au niveau du visage, puis généralisation secondaire avec atteinte du tronc et des membres. Le diagnostic de lèpre a été posé après mise en évidence des bacilles de Hansen à l'examen direct du suc nasal. Une leishmaniose concomitante a été également découverte devant la persistance d'une pancytopenie malgré un traitement rétroviral bien conduit et la réalisation d'un myélogramme qui a révélé les corps de Leishmania. Une atteinte ORL faite de rhinite congestive y est associée, sans autres atteintes viscérales. Le patient a donc été mis sous Amphotéricine B

pendant 10j, en plus du traitement anti-lépreux fait de Rifampicine et de Clofazimine (Dapsone contre-indiqué devant le déficit en G6PD)

Discussion

La lèpre est une maladie infectieuse chronique, caractérisée par son tropisme cutané et neurologique. Son spectre de manifestations cliniques et histopathologiques est large et peut être divisé en deux formes principales : la lèpre tuberculoïde et la lèpre lépromateuse. Sur le plan clinique, l'atteinte cutanée est révélatrice dans plus de 80% des cas. Ses caractéristiques sont différentes selon les formes tuberculoïdes ou lépromateuses. Les manifestations les plus courantes sont des plaques hypopigmentées ou érythémateuses hypo ou anesthésiques, ce qui a été le cas chez nos 3 patients. Dans la forme lépromateuse, ces lésions s'infiltrant réalisant des papulo-nodules ou lépromes. Ces derniers peuvent confluer, réalisant au niveau du visage le classique faciès léonin et une infiltration caractéristique des lobules des oreilles, d'où est généralement prélevé le suc dermique, comme le cas de notre premier patient.

Les signes neurologiques quant à eux, sont communs à toutes les formes de la maladie. Dans les formes tuberculoïdes, l'atteinte intéresse un ou quelques nerfs de façon asymétrique et elle est généralement rapidement sévère et déficitaire. Dans les formes lépromateuses, l'atteinte est multiple, bilatérale et symétrique, et reste assez longtemps silencieuse. L'hypertrophie des nerfs périphériques qui est un signe quasi-pathognomonique n'a été retrouvé chez aucun de nos patients. Par contre, les déficits sensitifs, souvent définitifs, sont présents chez tous nos patients et font toute la gravité de la maladie de Hansen. Ils sont responsables de plaies et de troubles trophiques chroniques à type de mal perforant plantaire comme ça a été le cas de notre 3^e patient. Les troubles moteurs sont responsables d'amyotrophies et de déformations des doigts et des orteils, réalisant les classiques aspects dits en « griffe » cubitale retrouvé chez nos 2 derniers patients.

Pour ce qui est de l'atteinte oculaire, elle est plus fréquemment retrouvée au cours de la lèpre lépromateuse. Elle peut aller de la simple uvéite comme chez notre 1^{er} patient, ou aller vers la cécité bilatérale. Les atteintes ostéo-articulaires sont également fréquemment rapportées. Elles se divisent en lésions osseuses spécifiques, ou secondaires d'origine trophonévritique et vasculaire à type d'ostéoporose diffuse, d'érosions ou d'ostéolyse retrouvés chez tous nos patients. Il est important de savoir dépister également l'atteinte ORL qui peut se manifester dans les formes graves par une destruction du cartilage nasale. Notre premier patient a en effet présenté une obstruction nasale chronique et une lyse par endroits du cartilage nasal. D'autres organes peuvent être touchés comme les reins, le foie, les ganglions, la moelle osseuse, la rate ou encore les testicules. Un examen clinique minutieux et complet est donc nécessaire afin de dépister toute atteinte systémique pouvant engager le pronostic fonctionnel voire même vital.

Conclusion

Pour conclure, nous rapportons les cas de ces patients lépreux pour rappeler aux professionnels de santé d'évoquer ce diagnostic devant toute manifestation à la fois cutanée et neurologique, et de mettre en évidence les différents aspects que peut prendre la maladie. Son atteinte systémique bien que rare, est aussi à rechercher systématiquement afin de prévenir précocement les complications et les handicaps à long terme chez les patients. Nous rappelons également que sa durée d'incubation exceptionnellement longue rend difficile l'estimation de son incidence réelle et de son éradication.

Mycoplasma pneumoniae-induced rash and mucositis : 2 cases in adults

Z.Mortaji (1) ; N.Ait Abdelali (1) ; I.Lakhal (1) ; M.A.Aouzal (1) ; R.Chakiri (1)

1 : Service de dermatologie, CHU Souss-Massa d'Agadir

Introduction

Mycoplasma pneumoniae-induced rash and mucositis (MIRM) is a newly described entity, defined by the presence of mucositis affecting more than two sites with or without a cutaneous involvement with the evidence of Mycoplasma Pneumoniae. This condition is different from erythema multiforme, Stevens-Johnson syndrome, and toxic epidermal necrolysis. Most cases have been observed in children and young adolescents with a mean age of 16 years old. We report two adult cases of MIRM with oral, ocular and genital involvement.

Case reports

Case 1

A 30-year-old woman without a significant medical history was admitted to the hospital due to erosive lesions affecting the mouth and the genital area associated with a bilateral conjunctival erythema and dysphagia. These symptoms were preceded by a nonproductive cough and rhinorrhea. Fever and asthenia were present. Physical examination showed a cheilitis with multiple vesicles and erosions on the buccal mucosa, a bilateral conjunctivitis as well as clear vesicles and edema on the genital area. The rest of the physical examination findings were normal, except for inflammatory mucosa and vesicles on the nasal endoscopy. A chest X-Ray was in favor of an interstitial infiltrate. The biological investigations revealed a hyperleukocytosis with a positive C reactive protein. The patient was negative for HIV and Syphilis. Laboratory confirmation for Mycoplasma Pneumoniae infection was obtained from positive immunoglobulin M (IgM) antibodies at 100 UI. A Tzanck smear confirmed a herpetic superinfection. The patient completed a course of oral Clarythromycin, 1g/d for 7 days as well as Aciclovir 5mg/kg/8h for 10 days, along with a symptomatic treatment for the erosions with a complete resolution of the symptomatology after a month and a half.

Case 2

A 31-year-old male with a history of labial herpes presented to the emergency department for a rash with ocular, buccal and genital lesions, which were preceded by a productive cough, mild chest pain, fever and fatigue. There was no recent medication intake prior to the eruption. The clinical observation revealed a diffuse exanthema with 2 atypical target lesions on the lower limbs. There were painful erosions on the lips and oral mucosa covered with haemorrhagic crusts, a bilateral conjunctive hyperaemia as well as an erosion of the glans penis. Other systematic examination was normal. Admission chest X-rays showed perihilar opacities, confirming atypical pneumonia. Blood examination showed an elevated CRP with a negative HIV and Syphilis serology. The serum enzyme immunoassay revealed a positive *M. pneumoniae* IgM. The patient was treated with oral corticosteroids at a dosage of 1mg/kg/d and Clarythromycin 1g/d for a week, as well as a supportive treatment with analgesic mouthwash and topical ointments for mucosal care with a rapid clinical improvement.

Discussion

Erythema multiforme is an acute dermatological condition that arises following infection or drug intake, its incidence is less than 1% and is characterized with a male predominance affecting young adults. *Mycoplasma Pneumoniae* is a common respiratory pathogen that has been incriminated in the mucocutaneous manifestations of erythema multiforme. Historically, the dermatological manifestations associated with *Mycoplasma pneumoniae* were classified within the spectrum of erythema multiforme, Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. However, a study by Canavan et al. led to the identification of a distinct entity named MIRM. The proposed diagnostic criteria for classic MIRM include confirmation of *Mycoplasma pneumoniae* infection with the following characteristics: involvement of at least two mucosal sites, less than 10% of the skin surface area affected, and the presence of few vesiculobullous or atypical lesions.

The treatment consists of the administration of Macrolids, associated with analgesics for skin lesions and oral ulcerations as well as mucosal care. Overall, the prognosis of MIRM is generally favorable and heals in less than 6 weeks. However, some long term sequelae may occur especially involving the ocular mucosa such as synechiae and corneal ulceration.

Conclusion

These cases emphasize the importance of the acknowledgement of MIRM as a distinct entity, which has an overall good prognosis in comparison with Stevens-Johnson syndrome. The management involves antibiotic therapy using macrolids, systematic steroids in case of a severe mucositis as well as symptomatic relief.

Énigme anale : une origine voilée des ulcérations anale

Z.Bennouna, M.Soughi, A.Dahmani, Z.Douhi, S.Elloudi, H.Baybay, FZ.Mernissi

Service de dermatologie, centre hospitalier Hassan II FES

Introduction :

Les ulcérations anales constituent un motif de consultation de plus en plus fréquent. Elles se caractérisent par le caractère douloureux qui s'accroît à la défécation aboutissant à une constipation réflexe. Les étiologies sont multiples, d'où l'intérêt d'un bon interrogatoire et examen clinique pour orienter le diagnostic. Nous rapportons l'observation d'un jeune adulte qui s'est présenté pour des ulcérations périanales très douloureuses évoluant depuis 1 mois et demi impactant sa qualité de vie.

Observation :

Patient âgé de 19 ans, qui a présenté des douleurs à la défécation évoluant depuis 1 mois et demi avec notion de constipation. Il a consulté initialement chez un gastrologue qui a réalisé une coloscopie revenant normale, à l'exception de la présence d'ulcérations anales, sans atteinte du rectum, puis l'a adressé dans notre formation pour avis. À l'interrogatoire, le patient a rapporté la notion de rapports sexuels non protégés. L'examen clinique a trouvé des ulcérations de tailles variables confluentes et saignantes au contact au niveau de l'anus, et l'examen systématique de tout le corps a retrouvé des macules rosées au niveau du tronc et des membres supérieurs, sans atteinte palmoplantaire, ni des autres muqueuses, associées à 2 adénopathies inguinales

bilatérales indolores. Les principaux diagnostics évoqués étaient la syphilis primo-secondaire et la primo infection HIV. Un bilan des infections sexuellement transmissibles a été demandé qui a objectivé une sérologie syphilitique positive et une charge virale HIV négative. Le traitement par injection de benzathine benzylpénicilline s'est marqué par une cicatrisation des lésions et une disparition du rash. Le patient a également été sensibilisé sur le risque de recontamination et les moyens de prévention.

Discussion :

La syphilis, également connue sous le nom de la grande simulatrice, est une maladie infectieuse due à la bactérie *Treponema pallidum*. Elle est considérée comme un problème de santé publique partout dans le monde. Les principales manifestations ano-rectales possibles sont le chancre, la rectite et les syphilides. Le chancre, qui est habituellement retrouvé au niveau du gland, peut se localiser au niveau anale, périanale ou au niveau de la muqueuse buccale, selon le point d'inoculation. Cette localisation anale peut prendre le masque anatomique d'une simple fissure ce qui retarde le traitement du patient et engendre le risque d'une transmission continue, comme est le cas de notre patient qui a d'abord consulté chez un gastrologue, cependant, la notion de rapports sexuels non protégés, doit faire évoquer une infection sexuellement transmissible notamment la syphilis, l'infection par le virus herpes simplex et l'HIV, ainsi que d'autres causes beaucoup plus rare qui sont le chancre mou et le lymphogranulome vénérien. La présence d'un rash roseoliforme chez notre malade était un argument de plus en faveur d'une syphilis primo-secondaire qui a été confirmé par le bilan biologique. En plus du traitement classique de la syphilis, une bonne explication de la maladie, du risque de recontamination et des moyens de prévention constituent un des piliers de la prise en charge pour diminuer l'incidence de cette pathologie notamment chez la population jeune, active sexuellement.

Conclusion :

Ce cas montre l'importance d'un examen complet des malades en dehors des signes d'appels, une recherche des antécédents sexuels et un dépistage des infections sexuellement transmissibles dans les groupes à risque afin d'éviter les erreurs de diagnostic.

L'intérêt de l'équilibre glycémique et de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des mycoses du pied chez les patients diabétiques de type 1

L. Benahmed¹, N. Zerrouki^{1, 2}, N. Zizi^{1, 2}

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 Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction

La mycose du pied est une infection fongique qui se développe sur la plante des pieds, entre les orteils et au niveau des ongles. Elle est fréquemment rencontrée en consultation et est plus prévalente chez les personnes diabétiques que dans la population générale. Bien que généralement bénignes, ces infections mycosiques peuvent être particulièrement préoccupantes chez les patients diabétiques. L'hyperglycémie entraîne des altérations métaboliques et immunologiques importantes, favorisant et aggravant les lésions cutanées et muqueuses, y compris les infections fongiques. Un bon équilibre glycémique, associé à une éducation

thérapeutique pour l'autogestion des lésions débutantes, est crucial dans la prise en charge de ces infections chez les patients diabétiques.

Matériels et méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive au sein d'un service d'endocrinologie, diabétologie et nutrition, couvrant une période de 9 ans, de 2014 à 2023. L'équilibre glycémique des patients a été évalué par le taux d'hémoglobine glycosylée (HbA1c). Un examen clinique systématique des pieds a été réalisé pour détecter des anomalies évocatrices de mycoses des ongles, des plis interdigitaux ou des plantes des pieds. Devant une suspicion clinique forte, un examen mycologique a été réalisé pour confirmer la suspicion clinique.

Résultats

Parmi les 435 patients, l'âge moyen était de $20,2 \pm 10$ ans, avec une fourchette allant de 2 à 67 ans, et un sex-ratio de 0,98 (H/F). Des antécédents médicaux étaient présents chez 26 % des patients, et 5,3 % étaient des fumeurs actifs. Des antécédents familiaux de diabète ont été identifiés chez 66 % des patients, spécifiquement dans 31 % des cas pour le diabète de type 1. Concernant l'histoire du diabète, les diabétiques inauguraux représentaient 38,4 % des cas, avec une durée moyenne d'évolution de la maladie de $7,6 \pm 7$ ans chez les patients diabétiques connus.

L'examen dermatologique des pieds a révélé une prédilection pour l'atteinte des ongles, avec des onychomycoses constatées chez 11,6 % des patients. Par ailleurs, 8,1 % des patients présentaient un intertrigo inter-orteils. Une atteinte de la plante du pied était exceptionnelle dans notre étude. L'IMC moyen était de $20,2 \pm 4,3$ kg/m². L'HbA1c initiale présentait une valeur moyenne de $10,6 \pm 2,6$ %, avec 52 % des patients mal équilibrés, 42 % moyennement équilibrés et seulement 6 % bien équilibrés.

Pour le traitement, 82,5 % des patients étaient sous insulinothérapie par le schéma intensifié basal-bolus. Une éducation thérapeutique a été réalisée pour tous les patients (100 %), incluant des conseils essentiels sur l'hygiène des pieds, l'inspection régulière des ongles et des espaces interdigitaux, ainsi que la gestion optimale de la glycémie. Lors du suivi, après une période initiale de 3 mois, la moyenne de l'HbA1c est passée de $10,6 \pm 2,6$ % à $7,8 \pm 1,8$ %. Environ 38 % des patients ont été bien équilibrés. Au cours du suivi, la prévalence de l'intertrigo inter-orteils est passée de 8,1 % à 1,3 %, tandis que celle des onychomycoses a diminué de 11,6 % à 8,2 %.

Discussion

Les résultats de notre étude ont montré que la prévalence de l'atteinte mycosique des ongles et des espaces inter-orteils est associée au déséquilibre glycémique. Une amélioration notable de l'équilibre glycémique des patients, représentée par la réduction de la moyenne de l'HbA1c, et l'éducation thérapeutique ont été liées à une diminution parallèle des infections fongiques. Cette réduction de la prévalence des infections fongiques peut être attribuée à une meilleure gestion des niveaux de glucose, réduisant ainsi la transpiration excessive et la macération de la peau, créant un environnement moins favorable à la croissance fongique. Une meilleure gestion de la glycémie aide également à améliorer la circulation sanguine et la fonction immunitaire, facilitant ainsi la résolution des infections unguéales.

Conclusion

Cette étude met en lumière l'importance de maintenir un bon équilibre glycémique et d'assurer une éducation thérapeutique efficace pour la gestion des mycoses du pied chez les patients

diabétiques de type 1. En raison du risque élevé d'infections mycosiques chez les diabétiques, qui peuvent conduire à des surinfections bactériennes et s'étendre à tout le pied, il est essentiel de dépister ces infections de manière proactive, souvent par le patient lui-même après une formation approfondie. Le traitement doit commencer par un contrôle glycémique optimal pour maximiser l'efficacité thérapeutique.

Pied de Madura : défis persistants

A. Zaim, Z. Douhi, G. Gmira, M. Soughi, S. Elloudi, H. Baybay, FZ. Mernissi

Service de Dermatologie CHU HASSAN II, Fès, Maroc

Introduction :

Le mycétome, une maladie infectieuse chronique négligée, est souvent désigné comme la « maladie des 3 P : Pauvreté, Paysans et Préjudices ». Elle se caractérise par des pseudo-tumeurs inflammatoires, chroniques, polyfistulisées, produisant des grains de différentes couleurs. La localisation podale, dite pied de Madura, est la plus fréquente, et l'atteinte osseuse domine le pronostic.

Observation :

Il s'agit d'une patiente de 57 ans, suivie pour dépression, consulte pour une tuméfaction chronique douloureuse du pied droit qui remonte à 43 ans suite à un traumatisme plantaire par un bout de verre. L'examen dermatologique révèle une pseudo-tumeur importante déformante du pied droit, dyschromique, de consistance ferme à dure, polyfistulisée avec issue de pus et de sang ainsi que de multiples grains blanc-jaunâtres à la pression des pertuis. Une adénopathie inguinale homolatérale inflammatoire était également présente. L'étude bactériologique et mycologique des grains et sur tissu cutané n'ont pas pu trouver de germes et l'examen histologique a confirmé le diagnostic de mycétome avec une forte suspicion de l'origine actinomycotique. L'IRM a montré une destruction osseuse massive avec le signe pathognomonique du point dans le cercle ainsi qu'une dégénérescence graisseuse musculaire. La patiente fut mise sous triple antibiothérapie : cotrimoxazole, amoxicilline protégée et amikacine.

Discussion :

Le mycétome est une maladie granulomateuse tropicale chronique, définie comme tout processus pathologique au cours duquel des agents étiologiques fongiques (eumycétomes) ou bactériens (actinomycétomes) d'origine exogène produisent des grains. Bien qu'observée principalement dans les régions rurales, tropicales, chaudes et sèches du globe, des cas sporadiques sont possibles au Maroc. La transmission se fait généralement par voie cutanée après un traumatisme, avec une incubation allant de quelques mois à plusieurs années. Outre la localisation podale, d'autres sites peuvent être atteints soit primitivement, soit par extension à partir du pied. La triade clinique classique comprend une tuméfaction indolore dure, une fistulisation et l'émission de grains colorés donnant un aspect en pomme d'arrosoir. A un stade tardif, une extension osseuse, ganglionnaire ou viscérale est possible.

Le diagnostic de confirmation repose sur l'examen direct et la culture des grains ainsi que sur l'examen histologique et la PCR si disponible. Cependant, l'agent responsable reste indéterminé dans environ 16% des cas. L'IRM peut être d'une grande aide diagnostique en cas d'atteinte osseuse, en montrant le signe pathognomonique du point dans le cercle.

Le traitement est fonction de l'agent étiologique, de la sévérité et de la présence ou non d'une atteinte osseuse. Ainsi, une triple antibiothérapie d'une durée d'une année minimum est souvent nécessaire dans les formes actinomycosiques sévères avec atteinte osseuse.

Conclusion :

Notre cas illustre parfaitement les défis persistants liés au diagnostic de la maladie des 3 P, soulignant la fréquence du retard diagnostique attribuable à sa rareté, à son évolution lente et indolore, ainsi qu'à la faible connaissance de cette pathologie en zone non endémique.

Piedra blanche du cuir chevelu causée par *Trichosporon ashai*

Marhraoui Meryeme¹, Boudriya Tamer², Aoufi Sarra², Meziane Mariam¹, Karima Senouci¹,
Ismaili Nadia¹

¹ Service de dermatologie et de vénérologie, CHU Ibn Sina, université Mohamed V de Rabat, Maroc

² Laboratoire central de parasitologie et de mycologie, CHU Ibn Sina, université Mohamed V de Rabat, Maroc

INTRODUCTION : La piedra blanche est une mycose superficielle rare des cheveux causée par des espèces du genre *Trichosporon*. Sa prévalence est élevée dans les régions tropicales et subtropicales. Souvent sous-diagnostiquée en raison de sa présentation clinique discrète. Nous rapportons un cas clinique mettant en évidence l'importance de la dermoscopie et de la lampe de Wood pour un diagnostic précis et rapide de cette infection.

OBSERVATION : Une patiente de 19 ans s'est présentée avec des formations blanchâtres asymptomatiques sur les cheveux, évoluant depuis 2 ans. Ces formations entouraient les tiges pilaires, étaient facilement détachables et mesuraient de 1 à 1,5 mm. L'examen dermoscopique a révélé des nodules ovoïdes et des gaines péripilaires blanc-jaunâtres adhérentes. L'évaluation avec une lampe de Wood a montré des concrétions folliculaires hyperfluorescentes. Un interrogatoire approfondi a révélé que la patiente nouait ses cheveux mouillés après les avoir lavés et appliquait des huiles capillaires. Le diagnostic de piedra blanche a été confirmé par un examen mycologique identifiant *Trichosporon asahii*. La patiente a été conseillée de garder les cheveux secs et traitée avec un shampoing au kétoconazole à 2 %, appliqué deux fois par semaine pendant 2 mois, ainsi qu'avec du fluconazole oral pendant 3 mois. Une bonne évolution a été observée avec la disparition des gaines après le traitement.

DISCUSSION : La piedra blanche est une infection fongique causée par *Trichosporon*, touchant la barbe, les organes génitaux, les aisselles et le cuir chevelu. Elle résulte souvent d'une hygiène

insuffisante, de la chaleur, de l'humidité, ou de l'utilisation excessive d'huiles capillaires. La PB se manifeste par des nodules sur les tiges capillaires. La dermoscopie et la lampe de Wood sont cruciales pour le diagnostic. Bien que *Trichosporon* ne fluoresce généralement pas, l'association avec *Corynebacterium* peut produire une fluorescence. Le traitement inclut des antifongiques locaux comme le pyrithione de zinc à 2 %, les imidazoles ou le soufre de sélénium, et des antifongiques oraux tels que l'itraconazole et le fluconazole en seconde ligne.

CONCLUSION : La piedra blanche nécessite une évaluation attentive pour un diagnostic précis. La dermoscopie et la lampe de Wood sont des outils utiles. Le traitement inclut le rasage des cheveux affectés, des antifongiques topiques ou oraux, et l'élimination des vêtements contaminés.

Un cas de suppuration digitale candidosique

F. Chekairi, F. Hali, B. Baghdad, S. Chiheb

Service de Dermatologie et Vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction

L'onychomycose candidosique est une infection opportuniste des ongles des mains à levures du genre *Candida* de diagnostic souvent difficile. Elle peut être primaire ou secondaire à la surinfection d'une paronychie chronique qui évolue vers la suppuration.

Nous décrivons un cas déroutant de suppuration digitale candidosique chez une patiente suivie pour un pemphigus vulgaire.

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 45 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui était suivie depuis 20 ans pour un pemphigus vulgaire confirmé sur des données cliniques, immunologiques et histologiques. La patiente était traitée par une corticothérapie systémique associée à de l'azathioprine avec un blanchiment cutanéomuqueux complet.

Elle s'est présentée pour une suppuration inflammatoire douloureuse des 1^{er}, 2^{ème} et 4^{ème} doigts de la main droite associée à une paronychie évoluant depuis 1 mois. Un périonixys des 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} doigts de la main gauche était observé avec une dystrophie unguéale. L'examen dermatologique n'objectivait pas d'ulcérations digitales ni de cicatrices pulpaire et pas d'autres lésions cutanéomuqueuses associées.

Une atteinte unguéale en rapport avec une rechute de son pemphigus était suspectée. Cependant, après réalisation de prélèvements mycologiques et une IFI négative, une candidose unguéale suppurée à *Candida albicans* a été retenue.

La patiente était traitée par des soins antiseptiques quotidiens, du fluconazole par voie orale, antifongique et corticoïde locaux, et une antibiothérapie systémique devant la surinfection bactérienne. L'évolution clinique était favorable avec une rémission complète au bout de 6 semaines de traitement.

Discussion

La symptomatologie d'une suppuration digitale candidosique peut être commune avec d'autres affections dermatologiques (pemphigus vulgaire, psoriasis, sclérodermie...) et souvent déroutante. En effet, parmi les manifestations cliniques les plus courantes de l'atteinte unguéale au cours du pemphigus on retrouve la paronychie chronique et l'onychodystrophie.

Le diagnostic de certitude d'une candidose unguéale repose sur le prélèvement mycologique et permet de prescrire un traitement antifongique adapté et efficace. En outre, une paronychie aiguë ou subaiguë nécessite une prise en charge rapide afin de prévenir la chronicité et la surinfection ainsi que la correction des facteurs favorisants, en particulier

Leishmaniose cutanée : Intérêt de l'association Clarithromycine et Métronidazole

S.Hazmiri , M.Aboudourib , L.Bendaoud , O.Hocar , S.Amal

Introduction

La leishmaniose cutanée est une infection parasitaire causée par des protozoaires du genre *Leishmania*, transmise à l'homme par la piqûre de phlébotomes infectés. Cette maladie est endémique dans de nombreuses régions tropicales et subtropicales du monde, et elle se manifeste principalement par des lésions cutanées, qui peuvent varier de simples ulcères à des lésions plus complexes et défigurantes.

Le traitement de la leishmaniose cutanée est essentiel non seulement pour soulager les symptômes et favoriser la guérison des lésions, mais aussi pour prévenir les complications potentielles, telles que les infections secondaires et les cicatrices permanentes. Les options thérapeutiques varient en fonction de plusieurs facteurs, notamment la gravité de la maladie, le type de *Leishmania* impliqué, la localisation géographique, ainsi que l'état immunitaire du patient.

Nous rapportons une série de 8 cas de leishmanioses cutanées traités par association de clarithromycine et métronidazole . Et dont l'intérêt est d'évaluer l'efficacité et la tolérance de cette alternative thérapeutique .

Matériels et Méthodes

Il s'agit d'une étude prospective de durée de 6 mois (Mars 2024-Aout 2024) , intéressant 8 patients , suivis au service de Dermatologie Vénérologie du CHU Mohamed VI de Marrakech .

Les critères d'inclusion étaient les cas confirmés de leishmaniose cutanée isolée , retenus sur frottis sanguin coloré au MGG , ne comprenant pas une allergie aux molécules de l'étude .

Résultats

Nous rapportons le cas de 8 patients . Admis au service de Dermatologie pour leishmanioses cutanées confirmées sur frottis . La moyenne d'âge était de 37.5 ans avec des extrêmes de 4 ans et 75 ans . Cinq présentaient une forme ulcéro-nécrotique notamment du visage et 3 une forme érysipéloïde . Six patients ont reçu le protocole thérapeutique en 1ère intention . Uniquement deux malades , après échec thérapeutique du Glucantime . Sept patients ont présenté une bonne amélioration des lésions avec affaissement . Par contre , une patiente avait présenté un échec

thérapeutique . Quatre patients avaient présenté des signes digestifs comme effets indésirables au traitement , notamment des vomissements .

Discussion

La leishmaniose cutanée est une maladie parasitaire causée par des protozoaires du genre *Leishmania*, et son traitement reste un défi en raison de la diversité des espèces responsables et des variations dans la réponse au traitement. Traditionnellement, les traitements de première ligne incluent des agents antimoniaux, mais des alternatives sont nécessaires, notamment en raison des effets secondaires et de la résistance croissante. L'association de la clarithromycine et du métronidazole a été explorée comme une option thérapeutique potentielle.

Plusieurs études ont examiné l'efficacité de l'association clarithromycine-métronidazole dans le traitement de la leishmaniose cutanée. Les résultats préliminaires suggèrent que cette combinaison pourrait avoir un effet synergique, améliorant la réponse thérapeutique par rapport à l'utilisation de chaque médicament seul. Une étude clinique a rapporté des taux de guérison significativement plus élevés chez les patients traités avec cette combinaison par rapport à ceux recevant des traitements standards. Les auteurs ont noté une réduction des lésions cutanées et une amélioration des symptômes cliniques.

Notre étude démontre que l'association métronidazole-clarithromycine est une option thérapeutique efficace dans le traitement de la leishmaniose cutanée avec un pourcentage d'efficacité de 87.5 %. Ce qui rejoint les cas publiés sur en Tunisie en 2019 concernant une étude de 70 cas avec une réponse thérapeutique de (60 à 90 %) .

L'association clarithromycine-métronidazole a été généralement bien tolérée par les patients. Les effets secondaires observés étaient similaires à ceux associés à l'utilisation individuelle de ces médicaments, tels que des troubles gastro-intestinaux, mais sans complications graves rapportées. La sécurité de cette combinaison est un facteur important, surtout dans les populations vulnérables, comme les enfants et les personnes immunodéprimées.

Conclusion

L'association clarithromycine et métronidazole représente une option thérapeutique prometteuse pour le traitement de la leishmaniose cutanée, avec des résultats encourageants en termes d'efficacité et de tolérance. Cependant, des études supplémentaires sont nécessaires pour établir des protocoles de traitement standardisés et pour mieux comprendre les mécanismes d'action de cette combinaison. La recherche continue dans ce domaine est essentielle pour améliorer les options de traitement disponibles pour cette maladie négligée.

Leishmaniose récidivante à *Leishmania tropica* et *Leishmania infantum* au Maroc :

série de 11 cas

F. Chekairi¹, B. Baghdad¹, H. Jabri¹, I. El Idrissi Saik², M. Soussi Abdallaoui³, M. Riyad², S. Chiheb¹

¹ Dermatologie et Vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

² Laboratoire de pathologie cellulaire et moléculaire, faculté de médecine et pharmacie de Casablanca, Université Hassan II de Casablanca

³ Laboratoire de parasitologie et mycologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction

La leishmaniose cutanée (LC) récidivante ou "leishmaniasis recidivans" (LR) est une forme chronique et rare de LC qui survient après une infection à *Leishmania* guérie. Elle est presque exclusivement associée à *Leishmania tropica* et principalement décrite dans l'Ancien Monde. À notre connaissance, aucune étude marocaine n'a rapporté cette forme inhabituelle de LC dans la littérature. Le but de notre étude était d'analyser rétrospectivement les patients atteints de LC et de vérifier leur corrélation avec la définition de la LR de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude analytique rétrospective de tous les cas confirmés de LC dans notre service, entre janvier 2010 et décembre 2023. Les cas suggérant le diagnostic de LR étaient sélectionnés selon la définition de l'OMS : apparition de lésions papuleuses ou nodulaires plusieurs mois ou années après la guérison clinique de la lésion initiale, définie par la régression de la lésion évolutive dans ou autour de la cicatrice de la lésion guérie.

Résultats

Quatre cent cinq patients atteints de LC ont été confirmés, dont 11 (2,72%) répondaient aux critères d'inclusion avec un sex-ratio H/F de 1,75. L'âge moyen était de 46,2 [4 - 72 ans]. Les lésions initiales étaient papuleuses (4 patients) et papulo-nodulaires (7 patients) avec une ulcération centrale (5/7 cas). Les lésions (de 1 à 4) étaient localisées sur le visage (4 cas), les membres supérieurs (7 cas) et/ou les membres inférieurs (2 cas).

L'identification des espèces de *Leishmania* par l'analyse du polymorphisme de longueur de fragments de restriction de l'espaceur interne transcrit 1 par amplification en chaîne par polymérase (PCR-RFLP ITS1) a révélé la présence de *L. tropica* (4 patients) et *L. infantum* (1 patient).

Quatre patients avaient reçu un traitement bien conduit à l'antimoniote de méglumine (AM) intralésionnel, 3 patients avaient reçu un traitement incomplet à l'AM, 1 patient avait reçu de la clarithromycine orale, 1 patient était traité avec une antibiothérapie locale et 2 patients étaient perdus de vue au cours du suivi.

Le délai moyen d'apparition des lésions de LR était de 10,6 mois [3 - 24 mois] et leur nombre variait entre 1 et 4 lésions par patient. Elles étaient papulo-lupoïdes (6 cas), papulo-nodulaires (4 cas) et papuleuses (1 cas). La localisation était au niveau de la cicatrice de la lésion initiale (7 patients), autour de la cicatrice de la lésion (3 patients), et à distance (avant-bras droit) chez 1 patient qui présentait la lésion primaire sur le bras homolatéral. Tous les patients avaient évolué

favorablement après traitement : AM intramusculaire (5 patients) et fluconazole en cas d'indisponibilité ou d'intolérance à l'AM (6 patients).

Discussion

La LR est caractérisée par la récurrence de lésions papuleuses ou nodulaires, des mois ou des années après leur guérison.

Dans notre étude, l'apparition de nouvelles lésions de LR pourrait s'expliquer par l'absence ou la non-observation d'un traitement adapté. Sept patients atteints de LR sur onze (63,6%) présentaient des lésions récurrentes au niveau de la cicatrice primaire, ce qui suggère un phénomène de rechute plutôt qu'une réinfection. La PCR-RFLP ITS1 a permis d'identifier *L. tropica* (4 cas) et *L. infantum* (1 cas). À notre connaissance, la LR n'a jamais été associée à *L. infantum* auparavant.

Selon la définition de l'OMS, nous avons confirmé que 2,72% des patients atteints de LC (11 cas) représentaient des cas de LR causés par *L. tropica* mais aussi par *L. infantum*.

Leishmaniose mimant une perlèche chronique chez une enfant de 13 ans

Dr ESSOLAYMANY H, Pr BAYBAY H, Pr ELLOUDI S, Pr SOUGHI M, Pr DOUHI Z, Pr MERNISSI F

Service de dermatologie CHU HASSAN II DE FÈS, Maroc

Introduction : La leishmaniose cutanée est une infection parasitaire largement répandue dans le monde, due à une piqûre infestante d'un insecte vecteur, le phlébotome. Elle affecte les deux sexes et toutes les tranches d'âge. La présentation, la localisation et l'évolution de la leishmaniose cutanée sont diverses. Selon l'espèce de *Leishmania* infectante et l'immunocompétence de l'hôte, il existe des formes cutanées, cutanéomuqueuses et viscérales de la maladie.

Observation : Enfant de 13 ans, sans antécédents, consulte pour une fissuration de la commissure labiale gauche asymptomatique évoluant depuis 5 mois sans tendance à la cicatrisation spontanée motivant sa consultation chez plusieurs médecins et mise sous plusieurs traitements oraux et topiques sans amélioration. La patiente ne rapporte pas la notion de piqure d'insecte mais rapporte un séjour récent en milieu rural. L'examen dermatologique trouve un placard érythémateux légèrement oedémateux de contours irréguliers siégeant au niveau de la région péribuccale gauche centrée par une ulcération linéaire de la commissure labiale sans atteinte de la muqueuse buccale. La dermoscopie objective une ulcération centrale surmontée de croûtes hémorragiques, des squames blanchâtres et un aspect en étoile éclatée en périphérie. Le frottis cutané a retrouvé des corps de leishmanies. La patiente fut mise sous méglumine antimoniale par voie intramusculaire et cryothérapie avec une évolution satisfaisante.

Discussion : La leishmaniose cutanée se présente généralement comme une ulcération au niveau des zones exposées, qui correspond au site d'inoculation due à la piqure du phlébotome. Elle guérit habituellement spontanément en 3 à 6 mois. En plus du tableau clinique classique, plusieurs caractéristiques cliniques inhabituelles et localisations atypiques ont été rapportées dans la littérature. La localisation au niveau de la commissure labiale est rare et trompeuse entraînant un retard diagnostique. La dermoscopie est d'une grande aide. Le diagnostic repose sur l'examen parasitologique. Le traitement repose sur les dérivés pentavalents de l'antimoine en intramusculaire, vu la localisation péri-orificielle.

Conclusion : La leishmaniose cutanée est un problème de santé majeur au niveau mondial, connu par sa diversité clinique et ses multiples présentations atypiques. Elle doit toujours être évoquée devant des lésions persistantes, siégeant en zones exposées, résistantes aux antiseptiques et antibiotiques usuels, imposant donc un examen parasitologique suivi d'une biopsie cutanée en cas de négativité. Bien que de multiples variantes atypiques ont déjà été rapportées dans la littérature, la localisation au niveau de la commissure labiale n'a jamais été décrite auparavant à notre connaissance.

Un cas de gale mimant une pemphigoïde bulleuse.

H. KHERBACH ; S.AIT OUSSOUS ; F. EL ALAOU EL ABIDI ; B. EL IDRISSE ; R. CHAKIRI

Département de Dermatologie et Vénérologie, CHU Souss-Massa, Agadir, Maroc

Introduction :

La gale est une infestation parasitaire causée par l'acarien *Sarcoptes scabiei*. Plusieurs variantes cliniques de la gale ont été décrites. La gale bulleuse est une présentation clinique rare de la maladie dans laquelle les lésions imitent morphologiquement la pemphigoïde bulleuse. Nous rapportons un rare cas d'une gale bulleuse.

Observation :

Un patient de 50 ans s'est présenté en consultation de dermatologie pour de multiples papules et plaques érythémateuses au niveau des 2 membres supérieurs, du tronc, de l'abdomen, du dos et des 2 membres inférieurs évoluant depuis 3 mois. Surmontées au niveau des 2 avant-bras par des bulles tendues à contenu claire associées à un prurit généralisé. Pour lesquelles il a été diagnostiqué, chez un confrère, après une biopsie cutanée comme pemphigoïde bulleuse et a été traité par dermocorticoïdes puis par injection de méthotrexate 15 mg sans amélioration. Chez nous, un examen dermoscopique a été établi et a montré des signes en faveur d'une gale : deltaplane, sillon scabieux. La biopsie d'une bulle a montré un décollement sous-épidermique étendu à contenu séreux riche en polynucléaires éosinophiles et l'immunofluorescence (IFD) a été positive. Le patient a été mis sous traitement anti-parasitaire avec 2 applications à une semaine d'intervalle. Une disparition du prurit, des bulles et une amélioration importante des lésions cutanées ont été observés sans aucune récurrence de bulles notifiée. Suite à l'examen dermoscopique et à l'évolution clinique le diagnostic de gale bulleuse a été posé.

Discussion :

La gale bulleuse est une présentation rare qui a été décrite pour la première fois en 1974 par le dermatologue Samuel F Bean, MD. Les lésions de la gale bulleuse imitent la pemphigoïde bulleuse non seulement cliniquement mais aussi histologiquement. La plupart des rapports de cas ont décrit des résultats négatifs avec l'IFD mais d'autres études d'IFD, similaires à celles du patient rapporté, ont montré des caractéristiques de la pemphigoïde bulleuse avec dépôt d'immunoglobulines et de complément le long de la membrane basale. La pathogenèse du développement des bulles reste à établir. L'altération de la membrane basale secondaire directement ou indirectement à l'acarien a été postulée comme étiologie. Le traitement de la gale bulleuse est identique que celui de la gale non bulleuse.

Conclusion :

La gale " grande imitatrice" peut être traitée à tort comme une autre pathologie, de ce fait un examen clinique, dermoscopique et histologique minutieux est indispensable pour une prise en charge optimale.

Nodule Scabieux Isolé : Indicateur caché de gale sans lésions cutanées :

N.Chebbawi,H.Rachadi, F.ELFetoiki, F.Hali, , S.Chiheb

Introduction :

La gale est une affection cutanée contagieuse causée par l'acarien *Sarcoptes scabiei*, se manifestant par des démangeaisons intenses et des lésions cutanées typiques. Parmi ces lésions, le nodule scabieux, bien que moins fréquent, est une manifestation atypique qui nécessite une attention particulière. Ces nodules, fermes et surélevés, peuvent apparaître dans des zones spécifiques comme les régions génitales. Leur identification est cruciale pour un diagnostic précis et un traitement efficace, soulignant l'importance d'une approche multidisciplinaire pour gérer cette affection contagieuse.

Observation Clinique :

Patient de 32 ans sans antécédents pathologiques notables, consultant pour des nodules prurigineux au niveau du gland évoluant depuis deux mois, associés à un prurit généralisé sans lésions cutanées. Il mentionne des antécédents de prurit familial. Le nodule, prurigineux depuis environ deux semaines, mesure environ 3 cm de diamètre, est ferme, rougeâtre, avec des contours bien définis et une surface lisse au niveau du prépuce. Aucun signe d'infection secondaire n'est observé.

L'examen ne révèle pas d'autres lésions cutanées, bien que le patient ait des antécédents de prurit dans des zones typiques de la gale (poignets, espaces interdigitaux). Un grattage cutané a confirmé la présence de *Sarcoptes scabiei*, avec œufs et acariens identifiés au microscope.

Le patient a reçu un traitement par ascabiol à appliquer sur tout le corps, y compris la région génitale, et un antihistaminique oral a été prescrit pour soulager les démangeaisons. Il a été conseillé de traiter tous les membres de son entourage et de laver la literie et les vêtements à haute température pour prévenir la réinfestation.

Discussion :

Le nodule scabieux, manifestation atypique de la gale causée par *Sarcoptes scabiei*, peut apparaître de manière isolée, soulignant son rôle crucial dans le diagnostic de la maladie, même sans autres lésions cutanées. Ce nodule est le résultat d'une réaction inflammatoire locale, souvent localisé dans des zones inattendues comme la région génitale.

Le diagnostic repose sur un examen clinique et un grattage cutané pour détecter les acariens. Le traitement standard inclut des insecticides topiques tels que la perméthrine, ainsi que des antihistaminiques pour soulager le prurit. Une identification précoce d'un nodule scabieux isolé est essentielle pour établir un diagnostic précis, prévenir la transmission et améliorer la qualité de vie du patient.

Conclusion :

Ce cas souligne l'importance d'inclure la gale dans le diagnostic différentiel des nodules cutanés, même en cas de localisations atypiques. Une détection précoce et un traitement approprié sont essentiels pour améliorer la qualité de vie et prévenir la transmission de l'infection, surtout chez les patients présentant des démangeaisons persistantes et des facteurs de risque.

Prurit Génital : Au-delà de l'inconfort – Quels Secrets peut révéler ce symptôme ?

K. El Fid, M. Soughi, C. Bouhamdi, Z. Douhi, S. Elloudi, H. Baybay, FZ. Mernissi

Service de dermatologie. CHU Hassan II, Fès

Introduction :

Le prurit génital chez l'homme peut être un symptôme révélateur de pathologies variées, allant des affections dermatologiques courantes aux infections sexuellement transmissibles. Parmi celles-ci, la gale humaine, causée par l'acarien *Sarcoptes scabiei*, représente une maladie contagieuse à transmission interhumaine directe. Bien que souvent négligée, la gale peut affecter tous les groupes d'âge et toutes les catégories socio-économiques.

Nous rapportons deux observations atypiques par leur localisation exclusivement pénienne.

Observation 1 :

Il s'agit d'un patient de 15 ans, suivi pour acné juvénile, a consulté pour un prurit génital intense à recrudescence nocturne évoluant depuis un mois. L'interrogatoire n'a révélé aucun rapport sexuel récent. L'examen clinique a révélé, au niveau du gland, de la verge et de la région pénienne, des papules érythémateuses érodées surmontées de croûtes mélicériques. La dermoscopie a objectivé le signe du Delta plane et le sillon scabieux. Après avoir éliminé les autres maladies sexuellement transmissibles, Le traitement par benzoate de benzyle a été prescrit et expliquer les modalités d'application ainsi les mesures accompagnateur, ce qui a permis une guérison complète sans récurrence.

Observation 2 :

Un patient de 45 ans s'est présenté avec un prurit génital intense, évoluant depuis trois semaines, apparu deux semaines après un rapport sexuel non protégé. L'examen a révélé des érosions dues au grattage, et la dermoscopie a confirmé la gale par la présence du signe du Delta plane et du sillon scabieux. Un bilan IST s'est révélé négatif. Le patient a rechuté quatre semaines après un traitement initial par benzoate de benzyle en raison de l'absence de traitement de son conjoint. Un nouveau traitement incluant le couple et la désinfection des textiles a été instauré.

Discussion :

La gale se transmet principalement par contact direct prolongé, mais peut aussi se propager via le partage d'effets personnels comme les vêtements ou la literie. Du fait de la possible contamination pendant les rapports sexuels, la gale est aussi considérée comme une infection sexuellement transmissible (IST).

Les lésions génitales sont fréquemment rapportées (16,8 % à 60 %), les principaux symptômes incluent un prurit intense, a recrudescence nocturne, accompagné d'une éruption cutanée constituée de papules érythémateuses, vésicules et croûtes. Le prurit du pénis peut être un indice précoce ou isolé d'infestation par la gale.

En absence de localisation extra-génitale, le diagnostic de la gale peut être difficile et les lésions spécifiques ne sont pas toujours présentes, elles sont à rechercher avec attention, notamment les sillons, les vésicules perlées et les nodules scabieux. D'où l'intérêt d'un examen minutieux à l'aide du dermoscope à la recherche du signe de Deltaplane ou signe de la balle par le dermoscope UV.

Conclusion :

L'atteinte génitale dans la gale est souvent négligée. Il est nécessaire de connaître les diverses manifestations de la gale génitale pour diagnostiquer cet acarien trompeur, améliorer sa prise en charge et limiter son impact psychosocial.

Vascularites et maladies de système

Le Lupus Aigu Induit : Une étiologie à ne pas méconnaître devant une neutropénie fébrile

RIME BABA, SALMA BARAZI, ILIAS ANOUAR, RACHID FRIKH, NAOUFAL HJIRA
Service de Dermatologie Venerologie de l'Hôpital Militaire Mohammed V - Rabat

Introduction: Le lupus érythémateux systémique induit par la lévothyroxine est une complication rare mais potentiellement grave. Nous rapportons un cas de LES induit par la lévothyroxine révélé par une neutropénie fébrile.

Description du cas: La patiente est une femme de 60 ans ayant comme seul antécédant une hypothyroïdie sous Levothyroxine depuis 11 mois. Elle s'est présentée aux urgences dans un tableau d'altération de l'état général avec une fièvre à 40 avec une éruption érythémato-violacée généralisée. Les examens biologiques ont montré une neutropénie fébrile avec des anticorps anti-nucléaires et des anticorps anti DNA positifs. Le diagnostic de Lupus Systémique Aigu induit par la lévothyroxine a été retenu devant un aspect histologique évocateur et après exclusion des autres étiologies possibles.

Une corticothérapie systémique a été instaurée, ainsi qu'un traitement par antipaludéens de synthèse. L'évolution a été marquée par la disparition de l'éruption cutanée et une normalisation de la numération de la formule sanguine.

Discussion: Le lupus systémique est une maladie auto-immune chronique caractérisée par son hétérogénéité phénotypique. La neutropénie est un événement fréquent dans le LED, survenant chez 20 à 40 % des patients. Au quotidien, la prise en charge de la neutropénie du Lupus Aigu Systémique est difficile avec plusieurs causes possibles. De plus, les conséquences infectieuses de la neutropénie dans le LED restent mal définies.

La pathogénie du Lupus Induit est incertaine et différents mécanismes sont responsables du déclenchement de l'auto-immunité par différents médicaments. Les allèles nuls HLA-DR4, HLA-DR0301 et complément C4 sont des facteurs de risque génétiques connus. L'interaction des molécules du CMH d'auto-classe II sur les macrophages provoque une libération de chromatine hautement antigénique. Cette production d'anticorps et cette libération de chromatine antigénique des macrophages contribuent au développement d'une auto-immunité de type lupique. La levothyroxine fait partie des médicaments inducteurs de Lupus, ce dernier a été incriminé dans plusieurs cas de lupus aigu dans la littérature.

Conclusion: Ce cas souligne l'importance de considérer un Lupus Aigu Systémique induit par la lévothyroxine chez les patients présentant une neutropénie fébrile avec une éruption cutanée après l'initiation d'un traitement par lévothyroxine. Un diagnostic et une prise en charge précoces sont essentiels pour améliorer le pronostic des patients.

Lupus cutané sur cicatrice de zona : à propos d'un cas

M. Houbayeli , N. Bourht, M. Aboudourib, L. Bendaoud , O. Hocar, S. Amal

Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Mohammed VI de Marrakech, FMPM, Université Cadi Ayyad

Laboratoire de biosciences et de santé

Introduction :

Le phénomène de Koebner correspond à la reproduction, dans les suites d'un traumatisme, d'une dermatose préexistante sur une zone de peau saine.

La nature de traumatisme cutané est variable et comprend les excoriations, les incisions chirurgicales, les cicatrices...

Nous rapportons un cas de lésions de lupus cutané survenant sur cicatrice de zona chez une patiente suivie pour lupus.

Cas clinique :

Une patiente âgée de 44 ans, est suivie depuis 4 ans pour un lupus cutané chronique du visage et du cuir chevelu confirmé par étude histologique et traité par hydroxychloroquine et dermocorticoïde avec une amélioration partielle. Par ailleurs, Elle avait présenté un épisode de zona lombaire traité, avec une bonne évolution, laissant en place des cicatrices pigmentées. Trois mois plus tard, la malade consultait pour des lésions érythémato-squameuses survenant au niveau du site de la cicatrice du zona. L'examen dermoscopique des lésions mettait en évidence un fond érythémateux, des squames blanchâtres, des bouchons folliculaires et une pigmentation. L'aspect clinique et dermoscopique était en faveur d'un lupus cutané chronique.

Discussion :

Le phénomène isomorphique de Koebner peut être observé non seulement au cours du psoriasis mais aussi au cours d'autres dermatoses notamment la sarcoïdose, le lichen et le lupus comme illustré par notre observation. Peu de cas de survenue du Phénomène de koebner sur cicatrice de zona était rapporté dans littérature. Les cas décrits intéressaient surtout les lésions de psoriasis. Les rares cas de lupus survenant sur une dermatose préexistante qui est généralement une

infection herpétique avaient un délai moyen de 15 jours entre l'éruption cutanée et l'apparition de lésions de lupus au niveau du site de la cicatrice, d'où la particularité de notre observation avec un délai de trois mois.

Bien que la physiopathologie du phénomène de Koebner soit mal élucidée, les cicatrices résiduelles contiennent de nombreuses matrices tissulaires, cellules, y compris fibroblastes, lymphocytes, mastocytes, fibres de collagène, collagénase, et cytokines. Ces éléments inflammatoires présents à l'intérieur des cicatrices constituent la cible de lésions spécifiques au lupus érythémateux disséminé. Ainsi, l'érythème malaire au cours du lupus peut être considéré comme un exemple du phénomène de Koebner induit par l'exposition au soleil.

Conclusion :

Le phénomène de Koebner est une réaction isomorphique de la peau qui reproduit après traumatisme la lésion caractéristique de l'affection, et dont le mécanisme est mal compris. La dermatose la plus communément associée au phénomène de Koebner est le psoriasis, mais d'autres dermatoses, en particulier le lichen plan et le vitiligo sont aussi associés à cette réaction isomorphique. L'association du phénomène de Koebner au lupus n'est pas classique mais a déjà été rapportée et le facteur déclenchant le plus souvent incriminé était une éruption virale.

La main du lupus

H.Talbi¹, N.Zarrouki^{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, Oujda Maroc.

Introduction :

Les manifestations cutanées du lupus affectent environ 80 % des malades en cours d'évolution et l'atteinte des mains est fréquente. Les lésions peuvent être lupiques ou non lupiques et peuvent simuler des lésions vasculaires, d'où le risque d'erreur diagnostique.

Le but de ce travail est de décrire les atteintes des mains au cours du lupus pris en charge dans notre service.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée au service de Dermatologie du CHU Mohammed VI d'Oujda sur une période de 10 ans allant de décembre 2014 à juillet 2024, incluant les patients atteints de lupus pris en charge dans notre service.

Résultats :

Notre étude a colligé 29 patients lupiques hospitalisés pendant la période étudiée, avec 10 patients atteints de lupus systémique et 19 avaient un lupus cutané chronique. On a noté une nette prédominance féminine avec un sex-ratio Femme/Homme de 2,6. L'âge moyen de nos patients était de 46 ans avec des extrêmes d'âge allant de 28 à 63 ans.

L'atteinte des mains était présente chez 17 patients, soit 58,6% des cas, avec comme atteinte la plus retrouvée des lésions érythémato-squameuses et atrophiques dans 47% (8) des cas, des lésions papulo-nodulaires à centre kératosique étaient présentes chez 35% (6) des patients, des lésions atrophiques hypo-chromiques étaient présentes chez 11,7% (2) des patients.

Ces lésions siègeaient au niveau des faces dorsales des mains et des doigts avec respect des articulations interphalangiennes et métacarpo-phalangiennes.

Une seule patiente présentait une pulpite lupique, et des érosions ont été notées chez 11,7% des cas. Des engelures étaient présentes chez une patiente et un phénomène de Raynaud chez 17,6%.

Pour l'atteinte unguéale, une hypertrophie cuticulaire a été retrouvée chez 17,6% (3) des patients, une onycholyse distale était présente chez 23,5% (4), une hyper-striation longitudinale dans 47% (8) des cas, et une mélanonychie pluri-dactylique chez une patiente sous hydroxychloroquine. La capillaroscopie péri-unguéale a objectivé des méga-capillaires chez 29,4% (5) des patients, une hémorragie en flammèche dans 5,9% des cas, et des plaques avasculaires chez 17,6% (3) des patients.

Discussion :

La main est fréquemment atteinte au cours du lupus, avec diverses manifestations cutanées qui peuvent être séparées en deux groupes : les lésions spécifiques qui sont de loin les plus fréquentes, et les lésions non spécifiques comme les lésions secondaires à des anomalies vasculaires.

Parmi les lésions spécifiques, l'aspect des lésions du lupus discoïde est parfois typique sur les doigts avec des lésions érythémato-squameuses et atrophiques, prédominant souvent au niveau des espaces inter-articulaires. Mais il existe des aspects atypiques avec des lésions papulo-nodulaire à centre hyperkératosique, ou des lésions atrophiques hypo-chromiques

principalement au cours du lupus subaigu qui peuvent être invalidante avec retentissement fonctionnel.

Le lupus-engelure touche classiquement les mains et les pieds avec cliniquement un aspect d'engelures persistant au-delà de la saison froide avec des lésions prédominant sur la face dorsale des mains. Les lésions sont classiquement des papules violacées qui pouvant s'ulcérer. Dans une étude descriptive des caractéristiques cliniques des lésions digitales chez 50 patients atteints de lupus érythémateux systémique menée par Bouaziz et al une pulpite était observée dans 35 cas (70 %). Parmi les patients 31% présentaient des lésions érythémato-squameuses, 11% des lésions papulo-nodulaires, 17% des lésions atrophiques et 43% des lupus-engelures.

(1)

Une autre étude menée par T. Ben Salem et al dont le but était de déterminer le profil étiologique du phénomène de Raynaud secondaire, la connectivite la plus fréquente était la sclérodermie systémique (62 %) suivie par le lupus érythémateux systémique (11,57 %). (2)

Et dans une étude menée par A. Ghannem et al sur 16 patients lupiques présentant une atteinte unguéale, la dystrophie cuticulaire était l'anomalie la plus retrouvée 81%, une onycholyse distale était présente chez 44%. Et une hyper-striation longitudinale des ongles a été noté dans 25%, une leuconychie ponctuée dans 19% des cas, et un cas de mélanonychie pluri-dactylique chez une patiente qui peut être secondaire au traitement par le Plaquenil.

La dermoscopie peri-unguéale avait objectivé des microhémorragies cuticulaires 37,5% et une hémorragie en flammèche dans 1 cas. Une dilatation des capillaires était observée dans 62,5% des cas. Un patron vasculaire normal était noté dans 31,2% des cas. (3)

Cette étude affirme que l'atteinte unguéale au cours du lupus est non spécifique elle peut mimer une onychomycose ainsi que d'autres pathologies inflammatoires de l'ongle et peut toucher toutes les structures de l'ongle. (4)

Conclusion :

Les lésions cutanées des mains au cours du lupus peuvent être lupiques avec des lésions polymorphes ou non lupiques. Elles sont parfois difficiles à préciser et posent un problème diagnostique d'où la nécessité de les biopsier le plus souvent pour avoir un diagnostic plus précis.

Références :

1. Bouaziz JD, Barete S, Le Pelletier F, Amoura Z, Piette JC, Francès C. Cutaneous lesions of the digits in systemic lupus erythematosus: 50 cases. *Lupus*. mars 2007;16(3):163-7.
2. Ben Salem T, Tougorti M, Bziouech S, Lamoum M, Khanfir M, Ben Ghorbel I, et al. Profil étiologique d'un phénomène de Raynaud secondaire dans un service de médecine interne. À propos de 121 patients. *JMV-Journal de Médecine Vasculaire*. févr 2018;43(1):29-35.
3. Monfort JB, Chasset F, Francès C, Barbaud A, Senet P. Capillaroscopie au cours du lupus avec lésions digitales. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. déc 2018;145(12):S117.
4. Ghannem A, Somaï M, Aydi Z, Zaouak A, Chamli A, Hammami H, et al. Atteinte des ongles au cours du lupus érythémateux systémique : étude épidémio-clinique et dermoscopique. *La Revue de Médecine Interne*. juin 2022;43:A144-5.

Mélasma résistant chez l'homme : penser au lupus mélanotique

S.Nejjari¹, I.Chikhaoui¹, G.Basri¹, K.Slamti¹, S.Chiheb¹⁻²

1- Hôpital universitaire internationale Cheikh khalifa

2- CHU Ibnou Rochd

Introduction :

Le lupus érythémateux chronique peut se présenter sous multiples variantes cliniques.

Une nouvelle variante de lupus érythémateux cutané chronique a été décrite dans la littérature : le lupus érythémateux mélanotique, qui se présente d'emblée par des macules hyperpigmentées photodistribuées.

Nous en présentons une observation.

Cas clinique :

Un homme âgé de 38 ans, sans antécédents particuliers, suivi en dermatologie depuis 18 mois pour une hyperpigmentation du visage mis sous différents protocoles, le dernier à base d'hydroquinone, sans aucune amélioration.

Il s'est présenté en consultation pour un deuxième avis.

L'examen cutané a objectivé une hyperpigmentation maculeuse réticulée grisâtre, localisée au niveau des joues, épargnant le front les tempes et le menton.

Il n'y avait pas d'érythème, d'atrophie ou d'hyperkératose.

Le reste de l'examen physique était sans particularités.

L'examen histologique a mis en évidence un épiderme de hauteur conservée orthokératosique montrant une hyperpigmentation basale, le derme sous-jacent abrite un infiltrat inflammatoire périvasculaire et péri annexiel fait de lympho-plasmocytes et de mélanophage.

Le bilan de systématisation était négatif.

Le diagnostic retenu était celui d'un lupus érythémateux mélanotique.

Discussion :

Le lupus érythémateux cutané chronique se présente sous plusieurs formes cliniques, le lupus érythémateux discoïde étant la forme la plus fréquente. Le lupus mélanotique est une variante clinique nouvellement reconnue de Le lupus érythémateux cutané chronique.

Seuls 25 cas ont été rapportés dans la littérature. Le lupus érythémateux mélanotique se présente d'emblée par des macules pigmentées brunâtres ou grisâtres photodistribuées sans érythème, télangiectasies, squames ou atrophie.

Conclusion :

L'incidence du LE mélanotique est probablement sous-estimée à cause du caractère trompeur de la maladie, pouvant faire évoquer à tort un mélasma, un lichen plan pigmentogène ou actinique, ou une dermatite de contact pigmentée. Le diagnostic doit donc être évoqué devant toute patiente âgée présentant une hyperpigmentation photo-distribuée.

LES MANIFESTATIONS DERMATOLOGIQUES DU LUPUS ÉRYTHÉMATEUX : À PROPOS DE 124 CAS

N. BOURHT, L. BENDAOU, M. ABOUDOURIB, O. HOCAR, S. AMAL

Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Mohammed VI, Laboratoire de bioscience et santé, FMPM, Université Cadi Ayyad, Marrakech

Introduction :

Le lupus érythémateux (LE) est une maladie auto-immune multifactorielle qui présente un défi diagnostique et thérapeutique important. Les manifestations cutanées du lupus sont très diverses et peuvent prendre différent aspect clinique et histopathologique. Le lupus érythémateux cutané peut alors soit constituer une maladie purement dermatologique, soit être un aspect parmi d'autres d'une maladie lupique systémique. L'objectif de cette étude est de caractériser les profils épidémiologiques, cliniques, biologiques, histologiques, thérapeutiques et évolutifs des différents aspects cutanés du lupus.

Résultats et Méthodes :

Sur une période de 6 ans et 9 mois allant de janvier 2018 à septembre 2024, nous avons réalisé une étude rétrospective portant sur 124 dossiers de patients admis pour lupus cutané au service de dermatologie à l'hôpital Mohamed VI de Marrakech.

L'âge de nos patients variait de 5 à 76 ans, avec une moyenne de 44.5 ans et une nette prédominance féminine (90,3 %). Les manifestations dermatologiques ont été révélatrices dans tous les cas. En se basant sur une approche comparative entre les caractéristiques cliniques et les résultats histopathologiques, les types de lupus identifiés étaient : lupus cutané chronique (75.5 %), lupus cutané subaigu (11 %), lupus cutané aigu (7.9 %), panniculite lupique (2.4 %), lupus tumidus (1.9 %) et lupus bulleux (1.2 %).

Le diagnostic du lupus systémique, établi selon les critères de la Classification ACR/EULAR 2019, a été identifié dans 26 % des cas. Sur le plan biologique, la dissociation VS/CRP étaient retrouvés dans 50 %, les complications hématologiques dans 11.3 % des cas et une protéinurie de 24h positive dans 3.2 %. Le bilan immunologique a révélé des AAN positifs dans 38 % des cas et Anti DNA à 25.8 %. Dans le cas où le LE s'accompagne de lésions orientant vers une vasculopathie thrombosante (2.4 %), il est corrélé à un taux élevé d'ANN, aux atteintes rénales, hématologiques et articulaires. Le traitement de première intention était la photoprotection et les antipaludéens de synthèse dans tous les cas. Une rémission complète des lésions cutanées a été notée chez 63 % de nos malades.

Au terme de cette étude, il semble que le lupus chronique est la forme cutanée la plus fréquente. Son évolution vers un lupus systémique demeure toujours possible d'où l'intérêt d'une surveillance clinique et biologique rigoureuse.

Conclusion : À la lumière de ce travail, nous pouvons conclure que les manifestations cutanées au cours du lupus sont très diverses et peuvent prendre différent aspect clinique et histopathologique. Tout type de lupus peut évoluer vers une forme systémique, une bonne observance thérapeutique combinée à une surveillance régulière demeurent le meilleur choix thérapeutique.

Mots clés : maladie lupique, lupus chronique, lésions histopathologiques, traitement du lupus cutané.

DERMATOMYOSITE JUVÉNILE : quelle approche diagnostique et thérapeutique ?

S.MESTASSI 1, S. AMNIUEL 1, G. MEYES 1, V. BOUKANDOU 1, A. BENZEKRI 2, S. LAHBOUJ 3, N.EL KIHAL 4

1. Service de dermatologie, Hôpital cheikh Zaid, Rabat

2. Anathomopathologiste, Cabinet les nations unies d'anatomopathologie, Rabat

3. Neurologue, Service de médecine Hôpital Moulay Youssef, Rabat

4. Dermatologue, Service de médecine Hôpital Moulay Youssef, Rabat

Introduction : La dermatomyosite juvénile est une maladie auto-immune pédiatrique rare. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 13 ans présentant une forme clinique évidente.

Observation : Une patiente âgée de 13 ans sans antécédents notables consultait en dermatologie pour un oedème érythémateux palpébral évoluant depuis plusieurs jours avec notion d'asthénie entravant ses activités quotidiennes. L'examen clinique retrouvait un oedème lilacé palpébral bilatéral, des tâches hypochromiques au niveau du visage (arête du nez, joue gauche, sous orbitaire droit), un érythème en bandes au niveau du dos des mains, des papules de Gottron, un aspect hypochromique punctiforme avec une surface brillante au niveau des coudes, genoux, cuisses et jambes avec un aspect scléreux de la peau. Sur le plan unguéal, l'examen macroscopique révélait un érythème péri-unguéal douloureux lors de la mobilisation de l'ongle, accompagné d'une dilatation des vaisseaux péri-unguéaux, observable à l'œil nu. La dermoscopie mettait en lumière une hémorragie péri-unguéale en flammèche et des mégacapillaires. L'examen neurologique objectivait un signe du Tabouret positif et un discret déficit proximal évalué à 4/5 aux deux membres supérieurs. L'ENMG était sans particularité. Les enzymes musculaires étaient supérieures à deux fois et demi la normale, et les anticorps anti Mi2, anti p155/140 et anti scl 70 sont en cours. La biopsie cutanée montrait un revêtement épidermique atrophique avec hyperkératose orthokératosique et vacuolisation focale de la basale épidermique. Le derme sous jacent était fibreux et comportait un infiltrat inflammatoire modéré mononucléé péri vasculaire sans lésion de vascularite. Il existait également une mucinose dermique, et quelques fibres élastiques fragmentées. Nous n'avons pas réalisé d'IRM musculaire ni de biopsie musculaire. Nous avons évoqué une maladie de système type dermatomyosite en premier lieu sans pour autant écarter le diagnostic d'un syndrome de Sharp avec association dermatomyosite et sclérodermie au vu des lésions scléreuses. La patiente a été mise sous corticothérapie à la dose de 0,5 mg/kg/j associée à une supplémentation calcique et potassique et un bilan thérapeutique pré méthotrexate est en cours.

Discussion : La dermatomyosite juvénile est une maladie inflammatoire auto-immune rare chez l'enfant (1). Elle se caractérise par une vasculopathie capillaire systémique, une éruption

cutanée distinctive et une faiblesse musculaire proximale symétrique. Une atteinte des organes internes n'est pas à écarter, pouvant de ce fait engager le pronostic fonctionnel et même vital (2). Le diagnostic positif de la dermatomyosite juvénile repose sur les signes cliniques cutanés et neurologiques, et peut s'aider dans les formes atypiques de la biopsie musculaire et cutanée, et de l'ENMG (1). Divers auto anticorps peuvent être identifiés, dont l'anti-Mi2 et l'anti-p155/140 qui sont fréquemment positifs chez l'enfant. L'anti-Mi2 se retrouve chez 4 à 10 % des patients. Ce dernier est souvent lié à des symptômes cutanés spécifiques et une légère atteinte musculaire. L'anti-p155/140, quant à lui, apparaît dans 23 % des cas, sans lien prouvé avec des cancers (3). Le traitement traditionnel s'appuyait principalement sur la corticothérapie. Cependant, de récentes études montrent que l'association de la corticothérapie avec le méthotrexate ou la ciclosporine améliore les résultats cliniques. Cette combinaison permet non seulement de réduire les effets secondaires et la morbi-mortalité associés à la corticothérapie, y compris l'impact sur la croissance chez l'enfant, mais aussi d'atteindre des résultats thérapeutiques supérieurs (5). D'autres traitements tels que le rituximab, azathioprine, mycoférolate mofétile ou encore les inhibiteurs de la calcineurine trouvent leurs indications dans les cas réfractaires ou associés à d'autres entités pathologiques.

Conclusion : Chez notre patiente, les signes cliniques étaient d'emblée suggestifs de la maladie. Le traitement par corticothérapie chez l'enfant est efficace aux prix de nombreux effets délétères, d'où l'intérêt d'associer d'autres thérapies

1. Pachman LM, Nolan BE, DeRanieri D, Khojah AM. Juvenile Dermatomyositis: New Clues to Diagnosis and Therapy. *Curr Treatm Opt Rheumatol*. 2021 Mar;7(1):39-62.
2. Cancarini P, Nozawa T, Whitney K, Bell-Peter A, Marcuz JA, Taddio A, Guo J, Dover S, Feldman BM. The clinical features of juvenile dermatomyositis: A single-centre inception cohort. *Semin Arthritis Rheum*. 2022 Dec;57:152104.. Epub 2022 Sep 25.
3. Kobayashi, Ichiro & Akioka, Shinji & Kobayashi. (2020). Clinical practice guidance for juvenile dermatomyositis (JDM) 2018-Update-.*Modern Rheumatology*. 30. 1-35.
4. Mamyrova G, Targoff IN, Warren-Hicks WJ, Miller FW, Rider LG; Childhood Myositis Heterogeneity Study Group. Medications received by patients with juvenile dermatomyositis. *Semin Arthritis Rheum*. 2018 Dec;48(3):513-522.
5. Ruperto N, Pistorio A; Paediatric Rheumatology International Trials Organisation (PRINTO). Prednisone versus prednisone plus ciclosporin versus prednisone plus methotrexate in new-onset juvenile dermatomyositis: a randomised trial. *Lancet*. 2016 Feb 13;387(10019):671-678.

Dermatomyosite œdémateuse sévère : une entité rare de dermatomyosite

Z.Mernissi , M.Aboudourib ,L.Bendaoud , O.Hocar, S.Amal

Service de Dermatologie-Vénérologie CHU Mohammed VI ,Marrakech-Maroc

Introduction:

La dermatomyosite œdémateuse est une entité très rare de dermatomyosite caractérisée par un œdème sous-cutané localisé ou généralisé. Il s'agit d'une forme grave de dermatomyosite qui nécessite un traitement thérapeutique rapide. Nous rapportons un cas de cette entité.

Observation:

Une patiente âgée de 85 ans, ayant comme antécédents un adénocarcinome du côlon en rémission, était admise pour une dermatomyosite avec atteinte cutanée typique et musculaire sévère. Un traitement par bolus de méthylprednisolone puis prednisone était instauré. L'évolution a été marquée par l'apparition d'un œdème sévère du membre supérieur gauche avec aggravation des atteintes cutanée et musculaire. Le bilan paranéoplasique demandé est revenu négatif. Le diagnostic d'une forme œdémateuse de dermatomyosite était fortement suspecté. Le traitement par bolus de corticothérapie était immédiatement arrêté avec un renforcement thérapeutique par mycophénolate mofétil et immunoglobuline intraveineuse. Une régression de l'œdème était notée avec restitution partielle de la force musculaire.

Discussion:

Dans la littérature, seuls 22 cas de dermatomyosite œdémateuse ont été rapportés. L'œdème sous-cutané ne doit pas être confondu avec l'érythroœdème ni avec les mucinoses de la dermatomyosite. L'œdème est blanc, localisé aux membres ou généralisé et fréquemment associé à des formes sévères de dermatomyosite avec un déficit musculaire important et une dysphagie. Il est souvent réfractaire à la corticothérapie en monothérapie et aggravée par le bolus de méthylprednisolone, la dermatomyosite œdémateuse nécessite fréquemment l'utilisation d'immunosuppresseurs et d'immunoglobulines intraveineuses. Les dermatomyosites œdémateuses décrites dans la littérature sont immédiatement œdémateuses, à l'exception d'un seul cas. L'originalité de notre cas vient du caractère secondaire du processus œdémateux, compliquant une forme classique de dermatomyosite traitée.

Conclusion:

La dermatomyosite œdémateuse est une forme rare de dermatomyosite. L'œdème sous-cutané est un marqueur potentiel de gravité, nécessitant la mise en place rapide d'un traitement agressif, incluant des corticoïdes, des immunosuppresseurs et/ou des immunoglobulines.

Atteinte cardiaque révélée par un bolus de corticoïdes au cours d'une dermatomyosite anti-SAE

S.Lazouzi¹, F.Hali¹, L.Laklalech², B.Baghad¹, R. Habbal², S.Chiheb¹

Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Service de cardiologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction :

La dermatomyosite est une maladie auto-immune rare aux manifestations cutanées caractéristiques et aux atteintes musculaires et systémiques variables. Parmi les organes extra-musculaires, la prévalence de l'atteinte cardiaque est sous-estimée mais sa reconnaissance est essentielle en raison de son évolution potentiellement fatale. Nous en rapportons un cas de découverte fortuite.

Patient et observation :

Une patiente de 48 ans, atteinte de dermatomyosite à anti- small ubiquitin-like modifier activating enzyme (SAE) depuis 3 ans sous corticothérapie et hydroxychloroquine, présentait une rechute cutanéomusculaire depuis 2 mois. L'examen retrouvait un érythème du visage et du décolleté, des papules de Gottron, un signe de la manucure, des ulcérations cervicales et un déficit musculaire proximal des ceintures scapulaire et pelvienne. Le bilan sanguin était sans anomalies en dehors d'une élévation des enzymes musculaires et d'une anémie. Devant une dysphagie et après un bilan pré-thérapeutique normal, la patiente a été mise sous bolus de méthylprédnisolone 1g par jour pendant 3 jours au cours duquel elle a présenté des palpitations et des tremblements des extrémités. Un électrocardiogramme (ECG) puis un holter ECG ont retrouvé une fibrillation auriculaire paroxystique, l'échographie cardiaque et le bilan hydro-électrolytique étaient sans anomalies. Un traitement par amiodarone a été instauré, avec une bonne évolution.

Discussion :

La dermatomyosite est une maladie inflammatoire qui touche la peau et, de façon inconstante, les muscles squelettiques et les organes viscéraux. Parmi ses auto-anticorps spécifiques, l'anticorps anti-SAE est rare et définit un sous-groupe peu commun qui se présente avec des caractéristiques cutanées, une dysphagie et un déficit musculaire léger.

L'originalité de notre cas réside dans la découverte fortuite d'un trouble cardiaque chez une patiente atteinte de dermatomyosite anti-SAE.

L'atteinte cardiovasculaire dans la dermatomyosite est fréquente mais souvent infraclinique, et consiste en une péricardite, une myocardite, ou une arythmie. Sa reconnaissance est cruciale car c'est un marqueur de mauvais pronostic conduisant à un dysfonctionnement irréversible, voir au décès. Les altérations de l'ECG n'étant pas spécifiques, des méthodes diagnostiques plus avancées peuvent être nécessaires, telles que la résonance magnétique cardiovasculaire et l'imagerie par tomographie par émission de positons (TEP).

Le traitement comprend des médicaments cardiaques, des corticostéroïdes et des immunosuppresseurs

Conclusion :

Les manifestations cardiaques de la dermatomyosite sont fréquentes mais sous-estimées compte tenu du défi diagnostique qu'elles posent. L'examen clinique, l'ECG et l'échographie sont recommandés et la prise en charge est cruciale en raison du mauvais pronostic.

Pneumopathie focale au cours de la dermatomyosite : une entité peu fréquente

S.LAZOUZI¹, F.HALI¹, B.BAGHAD¹, H. ARFAOUP², M. SOUSSI³, S.CHIHEB¹

¹Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

²Service de pneumologie 20 Août, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

³Service de parasitologie-mycologie, CHU Ibn Rochd, Maroc

Introduction :

La dermatomyosite est une maladie auto-immune rare affectant principalement la peau et les muscles, mais pouvant être associée à d'autres manifestations viscérales. L'atteinte pulmonaire, est de fréquence variable et potentiellement grave. Outre les formes classiques, la pneumopathie focale est une forme moins commune, pourtant potentiellement grave. Nous en rapportons un cas.

Patient et observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 44 ans, ayant comme antécédent une tuberculose pulmonaire traitée il y a 25 ans ; admise pour un érythème du visage et du dos des mains évoluant depuis 4 mois associé à des arthralgies, une dyspnée stade II de NYHA, sans toux ni douleur thoracique ni autre signe associé. L'examen clinique retrouvait des signes cutanéomusculaires évocateurs de dermatomyosite. Le bilan retrouvait une élévation des enzymes musculaires, un bilan immunologique négatif, et un tracé myogène à l'électroneuromyogramme. Le scanner thoracique révélait un foyer de condensation alvéolaire antéobasal gauche, les biopsies réalisées lors d'une bronchoscopie montraient des remaniements fibro-inflammatoires non spécifiques, et la recherche de *Mycobacterium tuberculosis*, *Aspergillus* et *Pneumocystis jirovecii* étaient négatives. La patiente a été mise sous antibiothérapie prophylactique et prédnisone 1mg/kg/j après élimination d'une origine infectieuse, avec amélioration de la dyspnée et atténuation du foyer scannographique après 2 mois.

Discussion :

La dermatomyosite est une pathologie multisystémique rare et potentiellement grave. L'atteinte pulmonaire, retrouvée dans 30-50% des cas, touche majoritairement les groupes à anticorps anti-MDA5 et doit être impérativement dépistée car elle est une cause majeure de mortalité. Typiquement liée à une atteinte interstitielle, une hypoventilation par atteinte des muscles respiratoires, ou une pneumopathie d'inhalation secondaire aux troubles de déglutition ; elle peut exceptionnellement se présenter sous forme de pneumopathie focale, ce qui constitue l'originalité de notre observation.

De présentation clinique variable, allant de formes asymptomatiques à des tableaux de dyspnée, toux, voire de symptômes respiratoires aigus, la pneumonie organisée est rare. La

tomodensitométrie haute résolution constitue l'examen radiologique de choix, montrant des zones de condensation sous-pleurales et des opacités linéaires siégeant préférentiellement dans les lobes inférieurs et les régions postérieures. Les signes histologiques correspondent à des lésions inflammatoires non spécifiques.

Enfin, le traitement de 1^{ère} intention repose sur les corticoïdes à la dose de 1mg/kg/j, associés en cas de non réponse à un immunosuppresseur.

Conclusion :

L'association dermatomyosite – pneumonie organisée est rare. Les données la concernant sont limitées du fait de cette rareté et de l'absence de confirmation diagnostique dans certains cas. Elle demeure toutefois importante à connaître du fait de son impact pronostic et de l'adaptation thérapeutique qu'elle implique.

LA MORPHÉE PAN SCLÉROTIQUE : UN DÉFI MÉDICAL COMPLEXE ET RARE

(rapport d'un cas)

Y. El Ghallal, F. Soulami, H. Dahmani, Y. El Bouhali, O. El Jouari, S. Gallouj

Service de Dermatologie et Vénérologie CHU Tanger Tétouan Al-Hoceima

Faculté de Médecine et de pharmacie Tanger

Objectifs :

- Décrire la morphée pan sclérotique en tant que variante rare et grave de la sclérodermie cutanée.
- mettre en évidence ses caractéristiques cliniques et son impact sur la qualité de vie des patients.
- Présenter un cas clinique d'une fille de 6 ans atteinte de morphée pan-sclérotique, détaillant les symptômes observés et le traitement administré.

Matériels et Méthodes:

- Patient : Enfant de 6 ans sans antécédents pathologiques.
- Présentation clinique : Une scléro-atrophie du membre inférieur gauche évoluant depuis 1an. À l'examen clinique, on note de vastes placards scléreux sur tout le membre inférieur gauche, dyschromie par endroits, des ulcérations au niveau des 2 cuisses ainsi qu'une raideur articulaire et une rétraction des 2 articulations ; genou et chevilles gauches.
- Diagnostic : Une biopsie cutanée avec examen anatomo-pathologique a confirmé le diagnostic de sclérodermie localisée et de morphée pan-sclérotique.
- Traitement : Application locale des dermocorticoïdes, une corticothérapie par bolus puis relais par voie orale, méthotrexate, soins locaux et des séances de LED pour les ulcères, étalés sur une période d'un an.

Résultats :

- Diagnostic confirmé : histologiquement.
- Traitement efficace : Après un an de traitement, une nette amélioration des ulcérations, une réduction de la limitation d'extension du membre et une maîtrise satisfaisante de la maladie ont été observées chez la patiente.

Conclusion:

Ce cas met en lumière le défi que représente la morphee pan-sclérotique et souligne l'importance d'une recherche continue pour mieux traiter cette maladie complexe. Une approche multidisciplinaire incluant des rhumatologues, des dermatologues et d'autres spécialistes est cruciale pour répondre adéquatement aux besoins des patients touchés.

La sclérodémie systémique et psoriasis : Association rare

O. Markouk, L. Bendaoud, Z.Chbihi, M. Aboudourib, O. Hocar, S. Amal
Service de dermatologie, Hôpital Arrazi, CHU Mohammed VI, Marrakech
Laboratoire de recherche en biosciences, FMPM, Université Cadi Ayyad, Marrakech

Introduction :

La sclérodémie systémique (SSc) est un trouble auto-immun qui affecte à la fois le tissu conjonctif et la peau en endommageant l'architecture des vaisseaux, ce qui conduit à la fibrose. Le psoriasis (PsO) est une maladie inflammatoire systémique chronique, complexe et multifactorielle d'expression principalement cutanée mais aussi avec des manifestations systémiques.

Bien que rare, la présence simultanée de psoriasis et de sclérodémie systémique a été documentée. Cela soulève des questions sur les mécanismes immunologiques sous-jacents.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 29 ans sans antécédent pathologiques particuliers suivie depuis 2021 pour un psoriasis arthropathique et mise sous dermocorticoïde, méthotrexate injectable 15mg/semaine pendant 9 mois et supplémentation en acide folique, avec une dose cumulée de 1440 mg. Par faute de moyens, le méthotrexate a été arrêté pendant 8 mois par la patiente elle-même. Hospitalisée dans notre formation depuis 2024 pour bilan étiologique d'une calcinose cutanée évoluant depuis 2 mois en regard des deux articulations coxofémorales associée à une limitation de l'ouverture buccale, une sclérodactylie dépassant les articulations inter phalangiennes distales, des télangiectasies au niveau du visage, un aspect de peau lisse et tendue du visage, nez effilé ; sans syndrome de raynaud. Le diagnostic de sclérodémie systémique a été retenu avec un score ACR-EULAR calculé à 11.

Au bilan immunologique le facteur rhumatoïde était positif à > 300 UI/ml, Ac anti-centromère, Ac anti-Scl 70 ,Ac anti PM/Scl et Ac anti DNA Natifs étaient négatifs

Au bilan radiologique, la TDM thoracique a montré une pneumopathie interstitielle diffuse et l'échographie des parties molles montrait de multiples calcifications bilatérales sous-cutanées sus aponévrotiques sans infiltration des parties molles. L'EFR et l'ETT étaient sans particularités. Notre conduite était de mettre la patiente sous colchicine avec surveillance et suivi en consultation.

Discussion :

L'association entre le psoriasis arthropathique et la sclérodémie systémique est peu fréquente, mais peut présenter des défis intéressants en matière de diagnostic et de traitement.

De manière générale, les patients atteints d'une maladie auto-immune présentent un risque accru pour un autre trouble auto-immun, ce qui peut être attribué à plusieurs facteurs, notamment un dérèglement des voies immunitaires, des facteurs de risque environnementaux partagés, une prédisposition génétique avec des profils HLA spécifiques, et d'autres facteurs épigénétiques. Plusieurs hypothèses ou mécanismes peuvent être envisagés pour expliquer un lien putatif entre la SSc et le PsO. En ce qui concerne le patrimoine génétique partagé, des associations entre les molécules MHC-I, telles qu'une fréquence accrue de HLA-B*08:01 dans la SSc et le PsO arthropathique ont été rapportées.

Un mécanisme plausible important reliant la SSc et le PsO est l'endommagement des tissus cibles cutanés entraînant l'exposition de néo-auto-antigènes au système immunitaire, ce qui peut déclencher des réactions immunitaires adaptatives locales. De plus, les deux maladies partagent certains aspects immunopathogéniques, dans le PsO, l'inflammation cutanée est dominée par les lymphocytes T CD4+ et CD8+ , dans la SSc, les lymphocytes T CD4+.

Conclusion :

Bien que des cas d'association aient été rapportés, la co-occurrence reste rare. Cela peut nécessiter des investigations approfondies pour établir un diagnostic précis.

Le syndrome de Parry-Romberg

E. S. Okouango , F. Hali , B. Bouchra , S. Chiheb

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

Introduction Le syndrome de Parry-Romberg (SPR) est une entité clinique de morphee linéaire rare, mais non exceptionnelle. La morphee est définie par une induration scléreuse circonscrite de la peau. Le SPR est caractérisé par une hémiatrophie faciale progressive intéressant les plans superficiel (hypodermique) et profond (osseux) avec un aspect en « coup de sabre » communément associée à des manifestations extra cutanées dont l'atteinte neurologique étant la plus fréquente. Débute parfois dans l'enfance avec une nette prédominance féminine, d'évolution lente et irrégulière. Plusieurs traitements sont fonction de la sévérité et de l'extension des lésions. La corticothérapie générale est le chef de file, en deuxième intention la colchicine, le méthotrexate. Le retentissement est fonctionnel et esthétique.

Nous rapportons l'observation d'une patiente de 7 ans présentant une hémiatrophie de Parry-Romberg. **Observation** Il s'agit d'une patiente âgée de 7 ans, le développement psychomoteur était normal, aînée d'une fratrie de deux enfants, issus d'un mariage non consanguin, élève en première année du primaire, sans antécédents familiaux particuliers. Et qui présentait depuis un an et demi des macules hypochromiques scléreuses, siégeant au niveau de la région temporo-malaire gauche, indolores et non prurigineuses. Le tout évoluant sans notion de traumatisme, ni de piqûre d'insectes, ni de prise médicamenteuse, dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général. L'examen dermatologique retrouvait : une asymétrie faciale gauche avec une atrophie réalisant un aspect en «coup de sabre» ; une macule achromique circonscrite, superficielle, scléreuse, atrophique, avec un aspect blanc-nacré ivoire au centre, et d'un anneau violacé en périphérie, mesurant environ 2 cm de grand axe ; une hyperpigmentation résiduelle, scléreuse au niveau temporo-malaire gauche, mesurant environ 5 cm de grand axe ; une macule en bande paramédiane, verticale, blanche, brillante ou luisante, déprimée en coup de sabre, atrophique, scléreuse, mesurant 3 cm de largeur, débordant sur le cuir chevelu au niveau temporal gauche ; une plaque alopecique cicatricielle temporale gauche ; sans autres anomalies associées (neurologique, oculaire, dentaire). Sur le plan biologique, le bilan immunologique était négatif. L'IRM cérébrale concluait à une discrète hypoplasie mandibulaire gauche et du masséter homolatéral. Le traitement par corticothérapie, la prednisone 1 mg/kg/j soit 20 mg/j et le Méthotrexate 10 mg/semaine par voie générale ont été proposés. Le CDLQI était évalué à 5/30, soit un impact léger de la qualité de vie.

Discussion

Notre observation illustre une atteinte rarement rapportée dans la littérature. Le SPR est une affection survenant généralement au cours des deux premières décennies de la vie. De nombreuses hypothèses physiopathologiques ont été proposées : origine auto-immune, vasculaire, traumatique, infectieuse, neurologique ou anomalies du métabolisme lipidique. Le SPR est caractérisé par une asymétrie et une atrophie lentement progressive du tissu adipeux, des muscles, des cartilages et des os du visage (hypoplasie de l'os frontal, de l'orbite, du sinus maxillaire, de la mandibule,...), fréquemment associée à une atteinte classique du système nerveux central, ophtalmique, orthodontique pouvant mettre en jeu le pronostic fonctionnel et vital. La gravité de la déformation est fonction de l'âge précoce d'apparition de la maladie. La

prise en charge est purement esthétique après la stabilisation de la maladie. L'évolution étant imprévisible ; elle justifiera un bilan et un suivi orthodontique et la réalisation d'IRM au moindre doute et évaluera l'apparition de signes neuro-ophtalmologiques anatomiques

Syndrome de Parry Romberg, une variante de la morphée linéaire

EG. Israe; O. Eljouari; S. Gallouj

Service de Dermatologie, Centre Hospitalier Universitaire Tanger Tetouan Al Hoceima, Tanger, Maroc

Introduction

Le Syndrome de Parry - Romberg est une hémia trophie faciale d'installation progressive. Il débute généralement dans les 2 premières décennies de vie. C'est une atrophie qui est acquise et sporadique, elle atteint 3 filles pour 1 à 2 garçons selon les études. La localisation est faciale unilatérale dans 95% des cas. On retrouve également un côté gauche de la face plus atteint que le côté droit. L'incidence est estimée à 1/700 000 personnes. À ce jour aucun consensus n'est établi tant sur le diagnostic que sur la prise en charge.

Observation

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 31 ans, sans antécédents particuliers, qui présente depuis 04 ans une atrophie débutante au niveau du menton. L'examen clinique objective une atrophie hémifaciale droite non indurée intéressant tout l'hémiface droite avec une peau mince et souple. On note la présence d'un coup de sabre médiofacial en plus d'une déviation de la bouche et du nez vers le côté atteint avec limitation de l'ouverture buccale; ainsi qu'un aspect poïkilo dermique sur la face antéro-latérale du cou. Au niveau des muqueuses on retrouve une atrophie de la moitié droite de la langue ainsi qu'une énoptalmie. La patiente est dédentée au niveau de l'hémiarcade dentaire droite. Devant cette présentation clinique et après les examens complémentaires; histologiques, biologiques et radiologiques, le diagnostic du syndrome de Parry Romberg a été retenu. La patiente a bénéficié d'un bolus de corticothérapie pendant 03 jours avec relais per os et introduction du méthotrexate 15 mg/ sem. Des injections de graisses autologues ont été programmées; le choix de cette technique semble être le meilleur car c'est un moyen de comblement des tissus mou idéal, facile de prélèvement, peu invasif, de faible coût et de faible morbidité.

Discussion

Le diagnostic repose sur les manifestations cliniques de la maladie. Les séquelles esthétiques qui en découlent peuvent être extrêmement préjudiciables. L'étiologie est inconnue, bien que diverses théories ont été proposées. Cliniquement il entraîne une atrophie aussi bien de la peau, des tissus sous cutanés, des muscles, des cartilages et des os, et parfois une atteinte cérébrale. Elle est plus ou moins marquée selon des stades de 1 à 4, et progresse lentement sur plusieurs années, pour finalement se stabiliser. Beaucoup ont tenté de transférer du tissu adipeux autologue vers des lésions atrophiées. L'injection de silicone, de collagène et d'implants de polyéthylène sont considérés comme des alternatives utiles. Cependant, une révision esthétique n'est pas recommandée tant que la progression de la maladie n'est pas complète. Néanmoins, ces méthodes ne restaurent pas complètement les

apparences antérieures car les structures disparaissent avec le temps du fait de la gravité et de l'absorption des matériaux implantés.

Conclusion

Une mesure valide des résultats du traitement et des essais cliniques randomisés doivent être réalisés afin d'établir la meilleure approche thérapeutique pour cette maladie rare mais gravement défigurante.

La morphée chéloïdienne : une forme clinique exceptionnelle de morphée

Introduction

La morphée chéloïdienne ou nodulaire est une forme clinique inhabituelle de morphée, qui se manifeste par des nodules et/ou plaques dures, difficiles à distinguer des chéloïdes, concomitantes des plaques scléreuses ou même à distance de celles-ci. Nous en rapportons un cas chez une femme marocaine âgée de 40 ans.

Observation

Une femme âgée de 40 ans, sans antécédent personnel ni familial de cicatrice chéloïde, consulte pour des plaques hyperpigmentées légèrement scléreuses évoluant depuis 10 ans, siégeant au niveau du cou, tronc, dos, bras et creux axillaires, augmentant progressivement en taille et en nombre. Quelques mois après le début de la symptomatologie, apparaissent des nodules fermes, de couleur chair au sein de ces plaques scléreuses. Ces nodules étaient asymptomatiques sauf pour un prurit intermittent. Il n'y avait pas de notion de traumatisme, chirurgie ou manipulation des sites affectés. La patiente ne rapportait pas de phénomène de Raynaud, de symptomatologie neurologique, respiratoire ni digestive.

L'examen physique retrouvait de nombreuses plaques hyperpigmentées confluentes par endroit, légèrement scléreuses, non infiltrées, intéressant 50% de la surface corporelle, mesurant entre 5 et 40mm de diamètre, ainsi que de multiples nodules et plaques chéloïde-like de couleur chair, à surface lisse, tendues, de consistance ferme, indolores à la palpation avec des expansions en pseudopodes siégeant tantôt sur les plaques scléreuses, tantôt sur une peau saine. La dermoscopie périunguëale était sans anomalies. Par ailleurs, on retrouvait à l'examen une fine cicatrice de césarienne datant de plus de 2 ans, non hypertrophique contrastant avec l'hypothèse de chéloïdes spontanées ; suggérant ainsi le diagnostic de morphée chéloïdienne.

Le bilan biologique de routine ainsi que les anticorps antinucléaires, anticentromère, anti DNA et antiScl70 étaient sans anomalies.

Deux fragments ont été prélevés, le premier au niveau d'une plaque scléreuse, le second au niveau d'un nodule chéloïde-like.

L'examen histologique du premier fragment était en faveur d'une morphée tandis que l'aspect morphologique du 2^{ème} fragment était en faveur d'une cicatrice chéloïde.

La présentation clinique et l'examen histologique étaient concordants avec le diagnostic de morphée chéloïdienne.

Discussion

La morphee ou sclérodémie localisée est une affection inflammatoire chronique, caractérisée par des plaques scléreuses généralement planes ou déprimées. La forme chéloïdienne ou nodulaire est une variante clinique rare, souvent confondue avec les formations ou cicatrices chéloïdes. Depuis sa première description en 1884 par Addison, moins de 50 cas ont été rapportés dans la littérature. En effet, plusieurs termes ont été utilisés pour décrire le développement de nodules ou lésions chéloïde-like dans le cadre de sclérodémie.

En raison de la nature ambiguë de cette forme clinique, plusieurs auteurs ont proposé une classification basée sur la présence ou l'absence d'une atteinte systémique. En conséquence, le terme sclérodémie nodulaire/chéloïdienne est suggéré pour les patients avec atteinte systémique, tandis que le terme de morphee nodulaire/chéloïdienne est utilisé pour les patients sans atteinte systémique. Chez notre patiente, aucune atteinte systémique n'a été trouvée.

Cliniquement, la morphee chéloïdienne se caractérise par la présence de lésions nodulaires surélevées, fermes, de couleur chair parfois hyperpigmentées, siégeant au niveau du tronc et membres supérieurs. Habituellement asymptomatiques, un prurit modéré est rarement décrit comme dans notre cas. Ces lésions évoluent généralement au cours de l'évolution de la morphee, des délais de 1 mois à 10 ans ont été rapportés. Notre patiente rapporte la survenue des nodules quelques mois après l'apparition des plaques de morphee.

Les résultats des examens histologiques sont variables montrant, soit un aspect de morphee, soit un aspect de cicatrisation hypertrophique ou chéloïdienne avec présence de mucine et de trousseaux de collagène organisés en tourbillons, soit l'association des deux, de façon simultanée ou consécutive.

La physiopathologie est encore mal élucidée. La fibrose pourrait être secondaire aux microtraumatismes liés au grattage secondaire au prurit : celui-ci est cependant inhabituel, rapporté dans seulement 5 cas de la littérature et chez notre malade mais de façon modérée, avec de multiples lésions de grattage.

Le rôle de la composante inflammatoire initiale de la morphee chez des malades prédisposés aux chéloïdes a également été suspecté, d'autant que les lésions apparaissent souvent sur des zones classiques de chéloïdes.. Notre malade n'était dans ce cas et sa cicatrisation était par ailleurs normale comme en témoigne la cicatrice de césarienne objectivée à l'examen physique.

Divers traitements ont été décrits dans la littérature, incluant les corticostéroïdes topiques, intralésionnels ou systémiques, le calcipotriol topique, les antibiotiques (d-pénicillamine), la photothérapie, la photochimiothérapie extracorporelle, la photochimiothérapie au psoralène, la cyclosporine, le méthotrexate et l'excision chirurgicale. Cependant, les résultats ont été variables et insatisfaisants.

Il n'y a pas de consensus concernant le traitement de choix pour la morphee chéloïdienne. Notre patiente a été traitée par une corticothérapie orale. Elle a rapporté une réponse partielle après 12 semaines de traitement, avec une diminution de la fermeté des lésions chéloïdiennes et l'absence de nouvelle lésion active.

Conclusion

Ce cas souligne l'importance de distinguer cette entité qui doit être suspectée lors de la rencontre de lésions nodulaires ou chéloïdiennes étendues chez des patients sans facteurs de risque connus pour la formation de chéloïdes. Les lésions chéloïdiennes peuvent apparaître avant ou après le diagnostic de morphee.

Le traitement de la MC a été décevant jusqu'à présent. Des études avec un suivi à long terme sont recommandées pour élucider les aspects de cette condition ainsi que les options de traitement disponibles.

Titres : Un cas de morphee généralisée associée au vitiligo : Quel lien pathologique ?

Auteurs : CHBIHI-MOUKIT Laila-Zineb, FIKRI Ikbal, ABOUDOURIB Maryem, BENDAOU Layla, HOCAR Ouafa, AMAL Said.

Affiliation : Service de Dermatologie, CHU Mohammed VI, Laboratoire Bioscience et Santé, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, Université Cadi Ayyad, Maroc.

Introduction

La morphee est une maladie fibrosante caractérisée par un état de sclérose affectant la peau et les tissus sous-jacents, dont la forme généralisée représente un sous-type relativement rare. Plusieurs rapports de cas décrivent l'association de la morphee à des maladies auto-immunes, toutefois la coexistence avec un vitiligo a rarement été rapportée.

Bien que leur physiopathologie ne soit pas entièrement élucidée, il est de plus en plus perçu que l'auto-immunité joue un rôle central dans le développement de ces maladies.

Nous présentons un rare cas de morphee généralisée associée à un vitiligo, chez une même patiente, faisant discuter le lien entre ces deux pathologies.

Observation

Patiente âgée de 49 ans, ayant un antécédent de vitiligo évoluant depuis l'âge de 9 ans, non suivi ; sans autre antécédent pathologique personnel ou familial.

Elle s'est présentée suite à l'installation, 3 mois avant son admission au service de Dermatologie, d'une sclérose cutanée en regard des mains, des avant-bras et des pieds, associée à des douleurs à type de brûlure au niveau des 4 membres sans phénomène de Raynaud ni autre signe associé notamment respiratoire ou digestif. Le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et d'altération de l'état général faite d'asthénie et d'amaigrissement non chiffré.

L'examen physique a objectivé des macules achromiques généralisées, au niveau de la face, du tronc et des membres réparties de manière symétrique, en rapport avec le vitiligo, associées à de multiples plaques scléreuses (N>4) de couleur rose lilas au niveau du tronc et des membres évoquant une morphee généralisée.

La biopsie cutanée était en faveur d'une morphee et le reste des explorations notamment immunologiques et sérologiques était négatif.

Le diagnostic de morphee associée à un vitiligo généralisé a été retenu compte tenu des éléments clinico-paracliniques. La patiente a été mise sous corticothérapie générale et méthotrexate avec très bonne amélioration, et indication à la photothérapie UVB pour la prise en charge du vitiligo.

Discussion

La Morphée, est une affection chronique rare, touchant la peau, les tissus sous-cutané et les structures sous-jacentes, y compris les muscles et les os. Elle comprends différentes sous-types, notamment la forme généralisée, peu fréquente.

Dans la littérature, plusieurs cas rapportent l'implication de l'**auto-immunité** dans le développement de la maladie. Ils indiquent une association de la morphée avec diverses maladies auto-immunes, y compris la **cirrhose biliaire primitive**, la **thyroïdite de Hashimoto** et le **syndrome auto-immun multiple (SAM)**. De plus, la morphée généralisée semble représenter la forme la plus souvent associée dans le contexte auto-immun.

La relation entre le vitiligo et certaines maladies auto-immunes, la détection d'auto-anticorps spécifiques aux organes chez les patients atteints et l'association de certains allèles du complexe majeur d'histocompatibilité (MHC) suggèrent hypothétiquement que le vitiligo est un trouble auto-immun.

Bien que des phénomènes auto-immuns soit impliqués dans la physiopathologie ces entités, leur apparition concomitante a rarement été rapportée. Seuls quelques rapports dans la littérature ont présenté des cas de SAM, de cirrhose et de thyroïdite de Hashimoto chez des patients présentant à la fois du vitiligo et de la morphée.

Chez notre patiente, le développement d'une morphée généralisée sur un terrain de vitiligo appuie les hypothèses relatives aux caractère auto-immun de ces maladies.

Conclusion

La présentation unique de notre cas suggère clairement un phénomène auto-immun dans la pathogénie de la morphée et du vitiligo.

Des études ultérieures à plus large échelle devraient fournir une meilleure compréhension des mécanismes sous-jacents de ces maladies, et participer au développement de leur prise en charge.

Mots clés : Morphée – Vitiligo – Auto-immunité

Particularités du purpura rhumatoïde de l'adulte : autour d'un cas compliqué

A. Zaim, Z. Douhi, N. Kalmi, M. Soughi, S. Elloudi, H. Baybay, FZ. Mernissi

Service de Dermatologie CHU HASSAN II, Fès, Maroc

Introduction :

Le purpura rhumatoïde (PR) est une vascularite des petits vaisseaux secondaire à des dépôts d'immunoglobulines de type IgA. Bien que plus fréquent chez l'enfant, les particularités de cette affection chez l'adulte requièrent une attention particulière. Nous rapportons le cas d'un adulte atteint d'une forme grave de purpura rhumatoïde.

Observation :

Un patient de 58 ans, tabagique chronique, présente une éruption cutanée douloureuse généralisée 5 jours après un épisode grippal. Cette éruption est faite de papules et plaques purpuriques, certaines nécrotiques, cocaroides et confluentes en de larges placards eccymotiques, siégeant initialement au niveau des 4 membres et fesses avec extension ultérieure

au tronc. Le patient rapporte également des polyarthralgies, des douleurs abdominales avec arrêt des matières et des gaz et des vomissements survenant 2 jours après l'éruption. L'angioscanner abdominal a révélé un hémopéritoine de moyenne abondance, une distension grélique diffuse et des anses intestinales épaissies. Les autres investigations ont montré un épanchement pleural minime avec une protéinurie de 24h positive. La biopsie cutanée a confirmé une vascularite leucocytoclasique avec nécrose fibrinoïde et infiltrat périvasculaire de neutrophiles et cellules mononucléées, avec une immunofluorescence directe négative. Une ponction biopsie rénale a indiqué une glomérulonéphrite à IgA. Le diagnostic de purpura rhumatoïde grave a été posé et le patient a été traité avec succès par corticothérapie et cyclophosphamide.

Discussion :

Le PR chez l'adulte est une entité rare qui se distingue par la sévérité de ses manifestations cliniques. Bien que cliniquement similaire à la forme pédiatrique, il se caractérise par une fréquence particulière des atteintes rénales, digestives et des formes cutanées nécrotico-bulleuses. Le pronostic de la maladie dépend essentiellement de l'atteinte digestive à court terme et de l'atteinte rénale à long terme. Les options thérapeutiques sont variées mais non standardisées. Les corticostéroïdes constituent généralement le traitement de première intention pour les formes graves, toutefois l'ajout de cyclophosphamide peut être indiqué en présence d'atteintes digestives étendues ou de néphropathies glomérulaires prolifératives.

Conclusion :

Ce cas souligne les défis diagnostiques et thérapeutiques du PR chez l'adulte, nécessitant une prise en charge multidisciplinaire pour optimiser le pronostic à court et long terme. Des études futures sont nécessaires pour mieux définir le rôle des immunosuppresseurs et des thérapies biologiques dans le traitement des formes sévères de cette entité chez la population adulte.

Un purpura nu révélant une granulomatose avec poly angéite

F.MAATALLAOUI - M.ELAMRAOUI - H.AMMARI - S.ELMELOUKI - T.HANAFI -
J.AZHARI - Y.ZEMMEZ - R.FERIKH-N.HEJIRA

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

Introduction : les vascularites associées aux anticorps anticytoplasmes des polynucléaires neutrophiles sont des vascularites nécrosantes touchant les vaisseaux de petit calibre regroupant la granulomatose avec polyangéite, la polyangéite microscopique et la granulomatose éosinophilique avec polyangéite. L'atteinte cutanée y est fréquente et peut être révélatrice de la maladie. Nous rapportons une observation originale par la survenue d'un purpura vasculaire s'intégrant dans le tableau clinique inaugural d'une granulomatose avec polyangéite.

Observation : Il s'agit d'un patient de 50 ans, sans antécédents, qui présente des lésions pururiques diffuses à types de pétéchies depuis 04 mois sans autres signes cliniques associés. La biopsie cutanée a objectivé des stigmates de purpura sans lésions de vascularite individualisable. La recherche des ANCA était positive de type c-ANCA. L'examen ORL était sans particularité. Le bilan biologique objectivait un syndrome inflammatoire biologique, le bilan rénal montrait une hématurie microscopique, et la radiographie thoracique montrait des infiltrats diffus réticulo nodulaires. Le diagnostic de GPA était ainsi retenu devant la présence de 2 critères de l'ACR: hématurie et anomalie de la radiographie pulmonaire. Un traitement par

corticothérapie associée à des bolus de cyclophosphamide en intraveineux était instauré. L'évolution était marquée par la disparition du purpura au bout de trois semaines.

Discussion : La polyangéite granulomateuse fait partie des vascularites granulomateuses ; elle se distingue des autres vascularites par une atteinte oto-rhino-laryngologique (ORL) et pulmonaire prédominante (80 à 100 % des patients) ainsi que par la présence d'anticorps anticytoplasme des polynucléaires (ANCA) de fluorescence cytoplasmique (c-ANCA) de spécificité antiprotéinase 3 (PR3). Les manifestations cutanées sont très variées et sont présentes dans 10 à 50% des cas. Elles peuvent se manifester dès le début ou au cours de la maladie. Le délai diagnostique varie entre 9 mois et 18 ans. Le purpura vasculaire est la manifestation la plus fréquente. Elle peut être parfois révélatrice de la maladie. L'association des glucocorticoïdes avec un immunosuppresseur ou un immunomodulateur est toujours le traitement de référence de la granulomatose avec polyangéite. Évolution est marquée par des rechutes très fréquentes, à moitié des malades rechutant dans les 05 ans suivant la première poussée de la maladie

Conclusion : La granulomatose avec polyangéite (GPA) est une vascularite systémique rare,

Une chéilite chez une patiente avec connectivite mixte

H. KHERBACH ; B. EL IDRISSE ; S. MHAIMER ; S. EL MSAYRYB ; C. EZZAKI ; R. CHAKIRI

Département de Dermatologie et Vénérologie, CHU Souss-Massa, Agadir, Maroc

Introduction :

La chéilite désigne une inflammation de la lèvre et peut être secondaire à plusieurs étiologies : infectieuse (fongique ou bactérienne), liée aux effets d'irritants (climatiques, mécaniques, agents caustiques) ou d'allergènes, secondaire à des carences nutritionnelles mais encore elle peut être observée dans diverses maladies cutanées ou systémiques telles que le lupus érythémateux, le lichen plan et la dermatite atopique.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 43ans, ayant comme antécédents un diabète de type 2 sous ADO et suivie chez nous pendant presque une année pour une connectivite mixte (lupus érythémateux systémique et syndrome de goujerot) sous hydroxychloroquine. Qui a rapporté depuis quelques mois une sensation de cuisson au niveau labiale et a présenté une desquamation, un léger érythème, un léger œdème et une sécheresse au niveau des lèvres supérieure et inférieure. La dermoscopie faite, a montré une vascularisation en point, des squames blanchâtres et des stries blanchâtres brillantes. Une biopsie de la lèvre inférieure a été réalisé et deux diagnostics ont été proposé celui d'une chéilite lupique et d'une chéilite lichénoïde. L'examen anatomo-pathologique a montré un revêtement malpighien hyperacanthosique surmonté d'une hyperorthokératose. Le chorion était occupé par un très abondant infiltrat inflammatoire fait de lymphocytes et d'hystiocytes. Cet infiltrat grignotait la basale qui était vacuolisée. Il a été noté la présence de corps nécrotiques et d'une importante incontinence pigmentaire, revenant en faveur d'un lichen plan labial. La patiente a été ensuite mise

sous dermocorticoïdes de classe forte et a présenté une bonne amélioration clinique avec une disparition de la sensation de cuisson labiale et des squames et une régression de l'œdème et de l'érythème.

Discussion :

Le lichen plan est une dermatose inflammatoire qui affecte la peau, les annexes mais aussi les muqueuses (oral, génital, œsophagienne). L'atteinte oral peut être l'unique présentation clinique d'un lichen plan dans 20% à 30% des cas. Le diagnostic peut être facilement établi si des lésions, au niveau d'autres sites, sont présentes. Sur le plan clinique, les lésions du lichen plan labial surviennent souvent au niveau de la lèvre inférieure uniquement, des 2 lèvres supérieure et inférieure de façon concomitantes et rarement au niveau de la lèvre supérieure uniquement. Elles peuvent être asymptomatiques ou au contraire douloureuses selon le degré de l'atteinte. Ces lésions restent presque toujours confinées au vermillon des lèvres et ne s'étendent pas sur la peau labiale, caractéristique utile pour le différencier de la chéilite lupique qui constitue son principal diagnostic différentiel. L'examen histologique montre une hyperkératose, une hypergranulose, une acanthose et une liquéfaction de la membrane basale associée à un infiltrat inflammatoire lymphocytaire. L'étude anatomo-pathologique permet de différencier le lichen plan labiale des autres causes de chéilite, notamment la chéilite lupique bien que parfois, la ressemblance histologique puisse prêter à confusion. Il n'existe pas d'études contrôlées sur le traitement du lichen plan labial. Les connaissances actuelles sont basées sur des rapports de cas isolés. Les corticoïdes locaux constituent le traitement de première ligne, d'autres traitements topiques ont été proposé tel que le tacrolimus 0.1% ou le pimecrolimus 1% topiques, l'imiquimod crème à 5%. Les traitements systémiques alternatifs comme la doxycycline 100 mg, le prednisolone 0.3-0.5 mg/kg, l'acitretine 0.5-0.7 mg/kg, le methotrexate 7.5-20 mg/semaine et l'azathioprine 2 mg/k/jr, sont essentiellement basés sur des observations anecdotiques et ne doivent être utilisés que dans les cas sévères et résistants.

Conclusion :

L'incidence du lichen plan labial est inconnu, peu de publications existent, au sein de la littérature, à son sujet. La localisation labiale isolée du lichen plan est rare, et constitue un dilemme diagnostique. De ce fait, un bon examen clinique, dermoscopique et histologique permettra d'établir le diagnostic.

Nouures des membres inférieurs révélant un syndrome de Löfgren : a propos d'un cas

F.MAATALLAOUI - M.ELAMRAOUI - H.AMMARI – L.ALAMI- S.ELMELOUKI -
T.HANAFI - J.AZHARI - Y.ZEMMEZ - R.FRIKH-N.HJIRA

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

Introduction : La sarcoïdose est une affection systémique granulomateuse de cause inconnue. Ses manifestations cutanées sont très polymorphes. Elles sont classiquement séparées en lésions histologiquement spécifiques et non spécifiques dont L'érythème noueux. La présence

d'érythèmes noueux associé aux adénopathies hilaires médiastinales bilatérales et aux polyarthralgies définit le syndrome de Löfgren , forme la plus caractéristique de sarcoïdose aiguë. Nous rapportons un cas clinique d'un érythème noueux associé a des arthralgies des chevilles faisant évoquer un syndrome de löfgren

Observation : Dans ce sens et via ce travail nous exposons le cas clinique d'une patiente de 48 ans , sans antécédents pathologiques notables , admise pour prise en charge de polyarthralgies inflammatoires des chevilles associées à des lésions cutanées type noueux rouges douloureux et d'âge différents évoluant depuis une semaine , précédés par une fièvre et douleur abdominale, le bilan biologique a objectivé un syndrome inflammatoire, une hypercalcémie a 109 et enzyme de conversion a 89 U/L , le bilan infectieux est négatif , la radiographie du thorax a montré la présence d'adénopathies hilaires bilatérales. Le diagnostic du syndrome de Löfgren est retenu devant l'association des critères cliniques et radiologiques. La patiente a été traitée par des anti inflammatoires non stéroïdiens. L'évolution été marquée par la regression de la symptomatologie en 01 semaine et une remission complete en un mois

Discussion La sarcoïdose peut atteindre jusqu'à 25 % des patients avec un érythème noueux et survient surtout chez la femme jeune, dans le cadre d'un syndrome de Löfgren qui associe à un érythème noueux : adénopathies médiastinales, fièvre, arthralgies, avec syndrome inflammatoire. Il s'agit d'une forme particulière de sarcoïdose dont le traitement peut reposer sur les anti- inflammatoires stéroïdiens ou non (AINS), mais qui ne nécessite pas toujours de traitement car il a un bon pronostic et régresse en quelques semaines le plus souvent. Dans les rares formes prolongées ou associées à une atteinte pulmonaire sévère, la corticothérapie générale à la dose de 0,5 mg/kg par jour est indiquée.

Conclusion : Le syndrome de Löfgren est la forme aiguë de la sarcoïdose , le diagnostic repose sur la présence de la triade avec une spécificité diagnostique de 95 % .Le diagnostic différentiel est large et le pronostic est excellent.

Panniculite lymphocytaire lobulaire révélant une maladie de Behçet.

A.cheab , F.Hali , B.Baghad , S.Chiheb

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

Introduction

La panniculite désigne une inflammation de l'hypoderme. Le diagnostic des panniculites repose sur l'examen anatomopathologique, pour déterminer les critères histologiques, notamment la nature de l'infiltrat cellulaire. Les panniculites lymphocytaires ont diverses étiologies ; une corrélation anatomo-clinique est essentielle pour un diagnostic précis. Dans cette étude, nous présentons un cas de panniculite lymphocytaire lobulaire révélant une maladie de Behçet.

Observations

Un patient de 22 ans, sans antécédents pathologiques notables, a consulté à notre structure pour des lésions nodulaires chroniques aux membres inférieurs. L'examen clinique, retrouvait des plaques érythémateuses infiltrées et très douloureuses à la face plantaire des deux pieds, ainsi qu'aux mollets disposées en chapelet, aux cuisses, et aux faces latérales des mains. Des lésions aphtoïdes orales, des nodules acnéiformes au front, des pseudo-folliculites au dos et aux épaules, ainsi qu'un signe de pathergy positif et des arthralgies étaient également notés. La

numération sanguine n'a pas montré d'anémie ni lymphopénie, la fonction rénale et hépatique étaient normales. HLA B51 et B27 étaient négatifs par contre les anticorps SSA et SSB étaient positifs. On a complété par une biopsie salivaire qui a objectivé une sialadénite chronique de stade I. L'examen ophtalmologique n'a pas montré d'uvéïte. L'échodoppler veineux superficiel a révélé une thrombophlébite nodulaire, tandis que les échographies des troncs supra-aortiques et cardiaque étaient normales. Sur le plan histologique, une panniculite lobulaire avec un infiltrat lymphocytaire a été confirmée. Le patient a été mis sous colchicine 1cp/j, une corticothérapie orale prednisone (0,5mg/kg/j) avec une anticoagulation et des bas de contention. L'évolution à trois mois était marquée par une régression des lésions laissant place à des cicatrices déprimées.

Discussion

Notre cas a révélé une maladie de Behçet chez un jeune homme de 22ans, se basant sur des critères cliniques ; des nodules dermohypodermiques des membres inférieurs, des nodules acnéiformes du visage, des lésions de pseudofolliculite et le pathergy positif, et sur des critères anatomopathologiques montrant une panniculite lobulaire lymphocytaire

Conclusion

À travers ce cas clinique de panniculite lymphocytaire lobulaire révélant une maladie de Behçet, nous avons souligné l'importance d'une approche multidisciplinaire clinique et anatomopathologique pour une gestion appropriée des patients et améliorer le pronostic.

Dermatologie pédiatrique

LES DERMATOSES DU SIEGE : ce qui se cache sous les couches ?

Ouissal Essadeq, Narjess Er-rachdy, Karima Senouci, Nadia Ismaili

Service de dermatologie – vénérologie, Centre hospitalier Ibn Sina, Université Mohamed V, Rabat – Maroc

Introduction :

Le terme "dermatoses du siège" regroupe plusieurs affections infectieuses ou inflammatoires localisées dans la région périnéale des nourrissons. L'objectif de cette étude est de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, étiologiques et évolutives des dermatites du siège chez les nourrissons, en intégrant des observations clés issues de la dermoscopie.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et monocentrique menée dans notre service de dermatologie. Le recueil des patients a été effectué lors des consultations spécialisées en dermato-pédiatrie sur une période de six mois. Les nourrissons inclus dans l'étude étaient diagnostiqués avec une dermatite des couches. Des évaluations dermoscopiques ont été réalisées afin de fournir des informations diagnostiques supplémentaires. Résultats : Nous avons recensé 66 cas, dont 40 filles et 26 garçons, avec un âge moyen de 8 mois. La dermatite du siège s'est manifestée sous une forme inflammatoire dans 35 % des cas, irritative dans 30 %, et infectieuse dans 27 %. L'examen dermoscopique a révélé des caractéristiques telles que l'érythème, des vaisseaux punctiformes et des desquamations dans les formes inflammatoires et irritatives. Les infections fongiques présentaient des squames blanches et des desquamations périphériques, tandis que les condylomes montraient des structures papillomateuses avec un réseau vasculaire. De plus, 4 % des cas ont montré un vitiligo associé aux couches, avec une dermoscopie révélant des zones dépigmentées dépourvues de réseau pigmentaire. Les lésions de lichen scléreux et atrophique étaient caractérisées par des zones blanchâtres et une perte des orifices folliculaires. Les couches pour bébés étaient utilisées par 93,7 % des mères, avec une fréquence de change de moins de 6 fois par jour dans 84,9 % des cas.

Discussion :

Un large éventail d'étiologies peut entraîner des problèmes cutanés dans la région du siège, y compris ceux causés directement par les couches ou par l'environnement du siège. La dermoscopie s'est révélée utile pour distinguer les différents types de dermatite du siège, en particulier pour identifier les motifs inflammatoires, les éléments infectieux et d'autres affections dermatologiques spécifiques. Bien que de nombreuses affections soient localisées à la zone du siège, certaines peuvent s'étendre au-delà de cette région, et quelques-unes peuvent indiquer des maladies systémiques. Un diagnostic précis nécessite une compréhension des signes cliniques et dermoscopiques, qui contribuent à affiner les stratégies thérapeutiques. Certains auteurs classent les éruptions cutanées de la région du siège en trois sous-groupes : celles causées par les couches elles-mêmes, celles aggravées par les couches (mais non directement causées par elles) et celles présentes indépendamment de l'utilisation des couches.

Conclusion :

Les dermatoses du siège représentent une affection fréquente chez les nourrissons, présentant une variété de manifestations cliniques et étiologiques. La dermoscopie joue un rôle précieux dans la distinction des causes irritatives, allergiques, infectieuses et inflammatoires, permettant un diagnostic plus précis et une prise en charge optimale.

Le lichen plan pigmentogène chez l'enfant : A propos d'un cas

RIME BABA, SALMA BARAZ, AMINE ENNACIRI, MERIEM KHALIDI, YOUSSEF ZEMMEZ, RACHID FRIKH, NAOUFAL HJIRA

Service de Dermatologie Venerologie de l'Hôpital Militaire Mohammed V - Rabat

Introduction: Le lichen pigmentogène est un sous type de lichen plan. Bien que relativement fréquent chez l'adulte, il reste relativement rare chez l'enfant. Nous présentons le cas d'un lichen pigmentogène chez un enfant suite à l'application régulière d'huile de moutarde.

Description du cas: Notre patiente est une fille de 11 ans sans antécédents notables qui s'est présentée en consultation au service de dermatologie pour des macules hyperpigmentées au niveau du front avec un léger prurit intermittent évoluant depuis 6 mois augmentant progressivement de taille. L'interrogatoire a révélé l'usage d'huile de moutarde cosmétique au niveau du scalp de manière hebdomadaire depuis l'âge de 6 ans. Il n'y pas de notion de rash suite à l'application du produit et le scalp était indemne. L'examen dermoscopique a révélé la prédominance d'un peppering avec une distribution des globules et des points en patron réticulaire complet, à l'UV dermoscopie une atténuation de la pigmentation est notée témoin du dépôt dermique de mélanine. Un arrêt de l'usage d'huile de moutarde a été préconisé, et un traitement à base de dermocorticoïdes a été débuté avec une bonne évolution au bout de la 6ème semaine.

Discussion: Le lichen plan pigmentogène est considéré comme une variante rare du lichen plan dans la population pédiatrique. Elle se caractérise par une pigmentation maculaire acquise de brun foncé à gris située sur les zones exposées au soleil du visage et du cou que l'on retrouve particulièrement chez les patients à phototype foncé. Chez les enfants atteints de LPP, une réponse lichénoïde inflammatoire entraîne une incontinence pigmentaire marquée. Il a été associé au virus de l'hépatite C, à l'exposition au soleil et au contact avec l'huile de moutarde et le nickel entre autres. A la dermoscopie, en plus des points et globules gris-brun ou gris-bleu qui représentent l'incontinence pigmentaire et les mélanophages dans le derme papillaire. Ces points gris sont initialement regroupés de manière diffuse puis convergent pour former des patrons réticulaires, linéaires et pavimenteux. Les points blancs sont secondaires à un manque de pigmentation dans les ouvertures folliculaires.

Conclusion: Ce cas souligne l'existence du lichen plan pigmentogène chez l'enfant. Le traitement est difficile et consiste à éviter les déclencheurs et les effets topiques et systémiques. médicaments afin d'arrêter la réaction inflammatoire et de réduire la pigmentation, améliorant ainsi l'aspect esthétique et la qualité de vie.

Les répercussions d'un cas de cutis marmorata telangiectatica congenita négligé

N.Handous, O.El jouari, FZ.El ali, S.Gallouj

Service de Dermatologie Vénérologie CHU Mohammed VI – Tanger; Maroc

Introduction :

Le cutis marmorata telangiectatica congenita (CMTC) une anomalie vasculaire congénitale rare du nouveau née, classée comme une simple malformation vasculaire par la Société internationale pour l'étude des anomalies vasculaires (1); Décrite comme un érythème marbré réticulé persistant, qui blanchit sous la pression et ne se résout pas sous l'effet de la chaleur.

Observation :

Enfant âgée de 08 ans, sans antécédents pathologiques notables, mené d'une grossesse mal suivie, accouchement par césarienne à terme de 40 SA avec un poids de naissance à 3900g,

consulte pour des lésions marbrées diffuses évoluant depuis la naissance chez qui à l'examen général : pas de retard staturo-pondéral, périmètre crânien normal par rapport à l'âge ;

L'examen dermatologique montre : la présence d'un réseau vasculaire rose violacé donnant un aspect marbré, réticulé s'efface à la vitropression siégeant au niveau des avant-bras, la région fessière, les cuisses, le dos des pieds et la face externe des jambes ; Ces lésions sont asymétrique, ne disparaissant pas lors du réchauffement ;

En outre, présence au niveau de la région mandibulaire de l'hémiface droite d'une distribution vasculaire livedoïde rose violacée, des télangiectasies visibles à l'œil nu dans la région sous orbitaire avec présence d'une zone hypochromique au niveau de la tempe.

Par ailleurs, On note l'absence de zone ulcérée. Ni d'angiome plan ;

Sur le plan rhumatologique, on note une asymétrie de la longueur du membre inférieur, la marche possible avec déhanchement et une mauvaise posture ;

Reste de l'examen est sans particularité ;

On a par conséquent on a complété par une Téléradiométrie des 2 membres inférieures montrant une asymétrie de 2 cm ; un avis ophtalmologique a été demandé revenant en faveur d'un glaucome congénital nécessitant une trabéculotomie.

Discussion :

La récente découverte génétique de la mutation *GNAT1* dans la peau affectée confirme que le diagnostic est peut-être une mosaïque postzygotique. Ceci explique la faible incidence des cas familiaux (2).

Cependant, d'autres études ont rapporté des mutations homozygotes autosomiques récessives du gène *ARL6IP6* chez des patients atteints de CMTC et d'accident vasculaire cérébral (3-4) mais le diagnostic reste clinique.

Kienast et al. ont proposés en 2009 un ensemble de critères diagnostique abordé où la présence de trois critères majeurs et deux critères mineurs sur cinq était considérée comme indicative du CMTC. Cependant, ces critères diagnostiques n'ont pas été validés.

Les critères majeurs : un érythème congénital réticulé (marmoré), l'absence de vénectasie dans la région touchée à l'âge de 1 an ou plus et l'absence de réponse au réchauffement local.

Les critères mineurs sont : atténuation de l'érythème en 2 ans généralement , télangiectasie dans la zone affectée, angiome plan en dehors des zones affectées, ulcération et atrophie cutanée (5).

En ce qui concerne notre cas du service: on retient 3 critères majeurs : un érythème congénital marmoré, l'absence de vénectasie dans la région touchées et l'absence de réponse au réchauffement local et 2 des critères mineurs : l' estompement de l'érythème après 2 ans de vie et la présence des Télangiectasies

Ce qui nous laisse creuser encore plus cette affection ; les anomalies les plus fréquemment retrouvées chez ces patients sont : l'asymétrie corporelle en 1^{er} lieu, Cela inclut l'asymétrie des membres, du tronc et du visage résultant d'une hypertrophie ou d'une hypotrophie.

De plus, des anomalies neurologiques, dont les symptômes les plus fréquents étaient des convulsions et un retard de développement. La troisième anomalie la plus fréquente était les complications ophtalmologiques, dont la moitié étaient des glaucomes congénitaux.

En outre, des anomalies cardiovasculaires, des taches mongoloïdes, des caractéristiques dysmorphiques, des anomalies génito-urinaires et des anomalies endocrinologiques ont été plus rarement retrouvé (6).

Dans notre cas, la patiente avait une asymétrie de 2 cm entre la longueur des 2 membres inférieurs ayant recours à une semelle et une surveillance rapprochée et un glaucome congénitale grave nécessitant un traitement chirurgical réalisé en urgence.

Conclusion :

En cas suspicion de CMTC, la prise en charge précoce et l'évaluation minutieuse du patient afin de rechercher les anomalies associées est primordial a fin d'éviter un handicap secondaire.

Dermohypodermite purpurique du visage chez un nourrisson suite à la pose d'un piercing de l'oreille

K. Kaddar¹, L. Benahmed¹, O. Hormi¹, N. Zerrouki^{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, Oujda Maroc

Introduction :

Le piercing chez les nourrissons est une pratique fréquente dans certaines cultures, mais il peut être associé à des complications locales, notamment infectieuses. Si elles ne sont pas identifiées et traitées, ces infections, bien que rares, peuvent entraîner des complications systémiques plus graves. Nous rapportons le cas d'une dermohypodermite purpurique chez un nourrisson d'un an, survenue après la pose d'un piercing du lobe de l'oreille.

Observation :

Il s'agit d'un nourrisson d'un an, sans antécédents pathologiques particuliers, hormis la pose d'un piercing du lobe de l'oreille 3 jours auparavant. Il n'y avait pas de notion de prise d'anti-

inflammatoires non stéroïdiens ou de troubles d'hémostase. La maman a consulté pour un placard purpurique du visage apparu brutalement le jour même associé à une fièvre à 39°C.

L'examen clinique a révélé un nourrisson tonique et réactif, fébrile à 38,9°C. A l'examen dermatologique, on a noté la présence d'un placard purpurique œdématié, chaud et douloureux au niveau de la région parotidienne du visage, évoquant une dermohypodermite non nécrosante de forme purpurique. Par ailleurs, on a noté la présence d'une lésion érosive fissuraire surmontée de croûtes jaunâtres au niveau du lobe de l'oreille (siège du piercing). L'examen clinique n'a pas mis en évidence d'adénopathie palpable. L'examen ORL a éliminé toute autre porte d'entrée.

La numération formule sanguine a montré une Hyperleucocytose à 17000/mm³ à prédominance PNN à 9430/mm³ avec une lymphocytose à 5840/mm³. La CRP était positive à 19mg/l et le bilan d'hémostase était normal.

Une échographie des parties molles a objectivé une infiltration des parties molles cutanées, sans atteinte de la parotide et sans abcès ou hématome visibles.

Le nourrisson a été mis sous amoxicilline protégée à la dose de 80mg/kg/j répartie en 3 prises en intraveineux et sous paracétamol en cas de fièvre. Le piercing a été retiré et des soins locaux ont été instaurés (lavage au savon antiseptique et antibiothérapie locale à base d'acide fusidique 2x/jour).

L'apyrexie a été obtenue en 2 jours, suivie d'une diminution des signes inflammatoires notamment l'érythème et l'œdème à partir du 4^{ème} jour.

Discussion :

La dermohypodermite au site de piercings est la complication infectieuse la plus fréquente, avec une prévalence estimée entre 10 et 30 %. Ces infections sont le plus souvent dues au *Staphylococcus aureus*, aux streptocoques du groupe A et aux bacilles Gram négatif aérobies, en particulier les espèces *Pseudomonas* (1). Parmi les sites les plus courants où des infections locales ont été décrites on trouve l'oreille (2). Dans notre contexte culturel marocain, il est courant que les piercings, notamment ceux des lobes d'oreilles, soient réalisés par des bijoutiers pour les fillettes.

Ce rapport de cas est, à notre connaissance, le premier dans la littérature à rapporter la survenue d'une dermohypodermite purpurique de la face secondaire à un piercing, particulièrement chez un nourrisson. Ce cas souligne l'importance d'une vigilance accrue en matière de soins et d'hygiène dans ce type d'intervention, souvent considérée comme anodine. La rapidité de la prise en charge a permis d'éviter des complications plus graves, telles que l'extension de l'infection aux structures sous-jacentes, ce qui renforce l'importance d'une approche médicale proactive dans les cas similaires.

Conclusion :

Il est essentiel de sensibiliser la population sur les risques associés à ces pratiques et de promouvoir des conditions plus sécurisées pour ce type d'intervention, en particulier chez les jeunes enfants, afin de prévenir des complications potentiellement graves.

Références :

- 1- Patel M.Cobbs CG. 2015. Infections from Body Piercing and Tattoos. *Microbiol Spectr* 3:10.1128/microbiolspec.iol5-0016-2015.
<https://doi.org/10.1128/microbiolspec.iol5-0016-2015>
- 2- Preslar D, Borger J. Body Piercing Infections. [Updated 2023 Jul 10]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537336/>

Un cas d'érythrokratodermie variable : Approche clinique et thérapeutique.

A. Abbour¹ – F.Z. Elfatouaki¹ – F. Hali¹ – H. D. Skalli¹ – S. Chiheb¹

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

Introduction :

L'érythrokratodermie variable est une maladie génétique à expression cutanée liée à une mutation des gènes codant pour les connexines. Nous rapportons le cas d'une érythrokratodermie variable chez un enfant de 6 ans.

Observation :

Enfant âgé de 6 ans, de sexe masculin, né de parents non consanguins, consultait pour des lésions diffuses prurigineuses des membres évoluant depuis l'âge de 3 ans, ces lésions avaient été traitées par antifongiques oraux et locaux pendant 3 mois sans aucune amélioration puis avec des dermocorticoïdes (fluocinonide) pendant 2 mois sans résultats. L'examen dermatologique retrouvait une xérose cutanée importante, des placards erythémato-squameux pigmentés hyperkératosiques bien limités. Ces lésions avaient une disposition relativement symétrique et siégeaient sur les quatre membres. Le reste de l'examen clinique était sans particularités. L'examen histologique avait objectivé une hyperkératose orthokératosique associée à une papillomatose ainsi qu'un infiltrat dermique lymphocytaire périvasculaire. Le tableau clinique était compatible avec une érythrokratodermie variable. Le patient a été convoqué pour enquête génétique et un traitement oral à base d'acictrétine a été instauré avec bonne évolution.

Discussion :

L'érythrokratodermie variable est une génodermatose rare. Son mode de transmission est le plus souvent autosomique dominant avec des mutations portant sur des gènes codant pour les connexines 31 et 30.3.

Notre cas illustre l'aspect très particulier de l'érythrokratodermie variable ainsi que la disposition étendue et peu commune, qui peuvent prêter à confusion avec une épidermomycose; diagnostic pour lequel notre patient a été traité initialement sans amélioration, ou avec l'érythrokratodermie progressive et symétrique. Il a même été suggéré que les deux génodermatoses soient deux variantes phénotypiques d'une même maladie et que l'érythrokratodermie variable et progressive soit la variante sévère de la maladie.

Bien que l'examen histologique cutané soit non spécifique, l'association d'un examen clinique typique et d'une histologie cutanée compatible peut permettre le diagnostic sans pour autant avoir recours systématiquement à une confirmation génétique.

Le traitement de l'érythrokratodermie variable reste symptomatique. Les traitements topiques consistent en des émoullients et des kératolytiques. Les rétinoïdes par voie générale, acitrétine ou isotrétinoïne à faibles doses et au long cours, peuvent permettre une amélioration des lésions hyperkératosiques.

Conclusion :

L'érythrokratodermie variable est une maladie génétique à expression purement cutanée avec un tableau clinique très caractéristique. Mais en raison de sa rareté, elle peut être sous-diagnostiquée ou mal diagnostiquée pendant des années retardant ainsi sa prise en charge adéquate.

Un cas de gale profuse chez un nourrisson

F.ZEROUAL, L.BENDAOU, S.Serghini, M.ABOUDOURIB, O.HOCAR, S.AMAL

Service de dermatologie, Hôpital Arrazi, CHU Mohammed VI, Marrakech

Laboratoire de recherche en biosciences, FMPM, Université Cadi Ayyad, Marrakech

INTRODUCTION :

La forme profuse de la gale se caractérise par l'étendue de l'éruption, sa nature hautement contagieuse et sa présence chez les personnes immunodéprimées. Elle est rare chez les nourrissons immunocompétents.

Peu de traitements sont disponibles pour les enfants pesant moins de 15 kg. Nous rapportons le cas d'un nourrisson de 4 semaines atteint d'une gale profuse et traitée avec succès par le benzoate de benzyle seul.

OBSERVATION :

Il s'agit d'une fille de quatre semaines, née à terme, avec antécédents d'épisodes récurrents de respiration sifflante et de gale maternelle, non traitée, pendant la grossesse, qui est raménée par mère pour éruption prurigineuse diffuse qui évoluait depuis 3 jours, dans un contexte de prurit familial à recrudescence vespérale.

L'examen clinique a révélé un nourrisson irritable avec bonne croissance staturo- pondérale qui présentait des lésions érythémateuses et papulo-nodulaires, squameuses, croûteuse et impétiginisées, diffuses accentuées au niveau palmoplantaire. L'examen dermoscopique a révélé plusieurs signes delta et de nombreux sillons curvilignes.

Le diagnostic de gale ainsi retenu, a permis d'initier le traitement à base de benzoate de benzyle dilué à 50 %, avec temps de contact réduit. Tous les membres de la famille vivant sous le même toit ont été traités simultanément, avec désinfection de l'environnement. L'évolution a été favorable avec disparition complète des lésions et sédation du prurit.

DISCUSSION :

La gale profuse est une forme sévère de la maladie, avec une charge parasitaire très élevée au niveau épidermique, comprenant des centaines voire des milliers de parasites par individu.

Cette affection se rencontre le plus souvent chez les personnes âgées ou immunodéprimées, mais rarement chez les jeunes enfants, en particulier immunocompétents.

Typiquement, le prurit peut être minime ou absent, ce qui n'était pas le cas chez notre patiente. Cliniquement, l'éruption est généralisée, vésiculaire, papulo-nodulaire diffuse, n'épargnant pas le visage chez les nourrissons et devenant plus prononcée sur les paumes et les plantes. La notion de prurit nocturne dans la famille et la dermoscopie, en complément du scotch test, permettent de poser le diagnostic.

Sur le plan thérapeutique, alors que la perméthrine n'est autorisée qu'à partir de 02 mois, le benzoate de benzyle peut être utilisé chez le nouveau-né dès 01 mois, avec un temps d'application réduit.

Pour les formes résistantes au traitement local, plusieurs essais d'Ivermectine à la dose de 0,2mg/Kg ont été réalisés, avec des résultats satisfaisants et sans effets graves rapportés, cette option thérapeutique n'est pas disponible dans notre pays.

CONCLUSION :

La gale demeure un problème de santé publique mondial, qui malgré un diagnostic relativement évident continue de poser un problème thérapeutique chez les nouveau nés et nourrissons. Des études à larges échelles sont nécessaires pour établir le profil de sécurité des traitement anti-scabieux chez cette population particulière.

Un cas de Syndrome « ichtyose-prématurité »

S. Ait Oussous, N. Kayouh, H. El Halla, R. Chakiri

Département de Dermatologie, CHU Souss-Massa, Université Ibn Zohr, Agadir, Maroc.

Introduction :

Le syndrome ichtyose-prématurité, ou ichtyose congénitale type 4, est une génodermatose autosomique récessive rare caractérisée par la triade : prématurité, desquamation de type vernix caseosa et asphyxie périnatale. Il est associé à des mutations du gène SLC27A4. L'objectif est de sensibiliser à ce syndrome rare, car nous pensons qu'il est encore sous-diagnostiqué malgré ses caractéristiques distinctives.

Observation :

Un nouveau-né de sexe féminin, né à 35 semaines d'aménorrhée, de parents apparentés. Son poids de naissance était de 2400 g. Il y avait un antécédent de polyhydramnios. Le nouveau-né présentait un état de mort apparente avec un score APGAR de 3, nécessitant une assistance respiratoire. L'examen dermatologique a révélé de multiples plaques hyperkératosiques verruqueuses épaisses avec un aspect pavimenteux rappelant le vernix caseosa, couvrant tout son corps, plus prononcées sur le front et le cuir chevelu. Le bilan biologique a révélé une hyperéosinophilie sanguine. Cependant, en raison de contraintes financières, l'analyse de mutation du gène SLC27A4 n'a pas pu être effectuée. Une thérapie à base de vaseline stérile a été initiée, mais malheureusement, la patiente est décédée dans les 24 heures. Un conseil génétique a été proposé à la mère pour les grossesses ultérieures mais elle a refusé.

Discussion :

Le syndrome ichtyose-prématurité (IPS) a été décrit pour la première fois en 1982. La mutation du gène SLC27A4, qui code pour la protéine de transport des acides gras 4 (FATP4), localisée sur le chromosome 9q34, serait à l'origine de cette affection.

Les signes cliniques prénataux comprennent un hydramnios et un liquide amniotique floconneux, souvent observés lors d'échographies anténatales. À la naissance, les nouveau-nés prématurés (généralement entre 29 et 35 SA) présentent une détresse respiratoire aiguë due à l'inhalation de débris épidermiques, ainsi qu'une atteinte cutanée caractéristique avec un aspect de vernix caseosa épais et blanchâtre. Ces manifestations nécessitent une prise en charge

immédiate pour éviter les complications potentiellement fatales. La confirmation du diagnostic repose sur l'identification de mutations dans le gène FATP4.

L'évolution de l'IPS est généralement favorable après la période néonatale. Les patients peuvent présenter une légère ichtyose ou une peau normale, avec des manifestations telles qu'un prurit ou xérose cutanée. La compensation par d'autres protéines FATP pourrait expliquer cette amélioration spontanée.

Conclusion :

Nous rapportons un nouveau cas de syndrome « ichtyose-prématurité » pour souligner sa présentation clinique stéréotypée à la naissance. Les cliniciens doivent être conscients de cette maladie afin d'optimiser la prise en charge néonatale. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre sa pathogénie et développer des stratégies thérapeutiques efficaces.

Le lichen nitidus chez l'enfant : étude clinique et prise en charge thérapeutique

S.BARAZ, R.BABA, A.ENNACIRI, M.KHALIDI, Y.ZEMMEZ, M.AMRAOUI, R.FRIKH,
N.HJIRA

Service de dermatologie vénéréologie, Hôpital Militaire d'instruction Med V RABAT

Introduction : Le lichen nitidus (LN) est une dermatose inflammatoire rare et bénigne, se manifestant par de petites papules brillantes, asymptomatiques ou légèrement prurigineuses. Touchant principalement les enfants et les jeunes adultes, ses étiologies demeurent incertaines. Décrit pour la première fois en 1907, le LN reste un mystère sur le plan pathogénique, bien que des associations avec des affections immunitaires aient été évoquées. Nous rapportons ici une série de cas pédiatriques illustrant la diversité clinique de cette affection.

Observation de cas : Cas 1 : Une fillette de 3 ans et demi, sans antécédents atopiques, présente des lésions micropapuleuses, de la taille d'une tête d'épingle, de couleur chair, localisées principalement sur les coudes. Des récurrences sont observées au niveau du visage, des avant-bras et des genoux, avec une réapparition chaque début d'été.

Cas 2 : Une fillette de 5 ans, suivie pour une dermatite atopique, a développé depuis un mois, au début du printemps, des micropapules brillantes et prurigineuses sur les coudes et le dos des mains. **Cas 3 :** Un garçon de 8 ans, également suivi pour une dermatite atopique, présente depuis un mois une éruption cutanée généralisée, faite de micropapules prurigineuses, touchant le tronc et les membres. **Cas 4 :** Un garçon de 10 ans, sans antécédents médicaux notables, présente des micropapules asymptomatiques, de couleur chair, regroupées sur la face antérieure du cou. Les biopsies réalisées chez deux des patients ont révélé un infiltrat dense et focal entre les crêtes épidermiques, micronodulaire et situé sous un épiderme atrophique, constitué de lymphocytes, histiocytes, plasmocytes et quelques cellules géantes, confirmant ainsi le diagnostic de LN. Les patients présentant des lésions asymptomatiques ont été traités avec des dermocorticoïdes, avec une évolution favorable. Dans les cas d'atteinte généralisée ou de lésions photo-exposées, un traitement antihistaminique ainsi que des mesures de photoprotection ont été instaurés.

Discussion : Le LN se caractérise par des papules brillantes, de petite taille, généralement de couleur chair, disposées en groupes sur les extrémités supérieures et parfois sur le tronc. Bien que la plupart des cas soient asymptomatiques, des épisodes de prurit peuvent survenir, comme observé dans certains cas rapportés. L'association fréquente du LN avec d'autres dermatoses

inflammatoires, telles que la dermatite atopique, suggère une prédisposition immunitaire chez certains patients.

D'un point de vue épidémiologique, le LN ne semble pas privilégier un sexe ou une ethnie spécifique, bien qu'il touche majoritairement les enfants et les jeunes adultes. Les cas décrits dans cette étude mettent en lumière la variabilité des manifestations cliniques, allant de formes localisées à des éruptions prurigineuses plus étendues. La plupart des lésions ont tendance à disparaître spontanément en quelques mois à un an, bien que des traitements soient recommandés dans les cas symptomatiques ou lorsque l'apparence esthétique devient une source de gêne.

Les dermocorticoïdes et les inhibiteurs de la calcineurine se sont avérés efficaces pour les formes localisées et asymptomatiques de LN. Pour les formes plus étendues ou prurigineuses, l'ajout d'antihistaminiques et l'application de mesures de photoprotection sont souvent nécessaires. Le diagnostic différentiel du LN inclut le lichen plan, la kératose pilaire et l'eczéma folliculaire, des affections qui peuvent présenter des similarités cliniques. Cependant, une biopsie cutanée reste l'outil diagnostique de référence, permettant d'identifier des caractéristiques histopathologiques spécifiques.

Conclusion : Le lichen nitidus, bien que rare, est une affection bénigne. Son diagnostic repose principalement sur l'examen clinique, assisté, lorsque nécessaire, par une biopsie. Cette série de cas souligne l'importance d'une approche individualisée, tenant compte des particularités cliniques et du confort du patient, tout en réaffirmant le pronostic généralement favorable du LN.

Lichen bulleux infantile : une entité très rare du lichen

Z.Mernissi , M.Aboudourib ,L.Bendaoud , O.Hocar, S.Amal

Service de Dermatologie-Vénérologie CHU Mohammed VI ,Marrakech-Maroc

Introduction :

Le lichen est une dermatose inflammatoire chronique rare chez l'enfant. Le lichen bulleux en est une variante encore plus rare. Cette variante peut être confondue avec d'autres dermatoses bulleuses telles que l'impétigo bulleux, la dermatite herpétiforme et le pemphigus. Nous en rapportons cette entité chez un enfant.

Observation :

Une fillette âgée de 8ans, sans antécédents pathologiques particuliers ni prise médicamenteuse notable, a consulté pour une éruption vésiculobulleuse généralisée prurigineuse évoluant depuis un an, résistante à plusieurs cures d'antibiothérapie.

L'examen dermatologique notait des lésions vésiculobulleuses flasques et des érosions post bulleuses siégeant au niveau du tronc, de l'abdomen, du dos, des membres, des plis et des organes génitaux externes reposant sur des macules hyperpigmentées. Une pigmentation ardoisée était objectivée au niveau du visage et du cou, et évoluait simultanément avec l'éruption bulleuse. La biopsie d'une bulle a montré une acanthose, une hyperkératose orthokératosique lamellaire associée à un décollement bulleux sous épidermique et un infiltrat inflammatoire réalisant une bande discontinue liée à l'interface dermo-épidermique en faveur d'un lichen

bulleux. L'immunofluorescence directe était négative. Un traitement par prednisone à raison de 1mg/kg/j a été initié avec bonne évolution.

Discussion:

Le lichen bulleux est une variété rare du lichen, caractérisé par l'apparition de lésions vésiculeuses ou bulleuses sur des lésions typiques du lichen. Ces lésions peuvent très rarement survenir sur une peau normale ou des plaques érythémateuses. Notre patiente avait développé des lésions de lichen bulleux sur des macules hyperpigmentées. La formation de bulles lors du lichen bulleux est due à une inflammation lichénoïde intense et des lésions épidermiques extensives. Il est considéré comme une forme hyper-réactive de lichen plan. Les principaux diagnostics différentiels sont l'impétigo bulleux, la dermatite herpétiforme et le pemphigus. L'histologie permet de confirmer le diagnostic du lichen bulleux. Sur le plan thérapeutique, la corticothérapie locale et systémique, la dapson, l'acitrétine et la photothérapie ont été décrites comme efficaces.

Conclusion:

La rareté du lichen et notamment du lichen bulleux ne justifie pas sa méconnaissance par les autres cliniciens hormis le dermatologue, ce qui a un rôle primordial dans son dépistage et sa prise en charge.

Lichen striatus : Une dermatose rare et bénigne

Dr El Bouhmadi A., Pr Beghad B., Pr Rachadi H., Pr El fatoiki F., Pr Hali F., Pr Chiheb S.

Le lichen striatus est une dermatose inflammatoire rare, caractérisée par des lésions papuleuses linéaires apparaissant de façon unilatérale le long des lignes de Blaschko. Ce cas concerne un enfant de 13 ans qui a présenté des papules couleur chair blaschko linéaires au niveau de l'hemicorps droit asymptomatiques et non prurigineuses.

L'histopathologie a montré un infiltrat lymphocytaire périvasculaire dans le derme, avec une atteinte épidermique mineure, confirmant le diagnostic de lichen striatus. Le traitement a consisté en l'application de corticoïdes topiques, avec une amélioration progressive des lésions sans cicatrices visibles après quelques mois.

Le patient a été suivi régulièrement, avec une disparition complète des lésions, sans récurrence observée. Ce cas illustre la nature bénigne et auto-limitée du lichen striatus, qui guérit spontanément dans la majorité des cas.

Le lichen striatus est une dermatose rare mais bénigne, principalement auto-limitée, qui affecte principalement les enfants. Une prise en charge simple avec des topiques est souvent suffisante pour permettre une guérison complète, comme illustré dans ce cas.

Un cas de lupus discoïde mimant une teigne chez un enfant.

Moumna Rasha*, Loubaris Zineb*, Hamada Syrine*, Ismaili Nadia*, Benzekri Laila*, Senouci Karima*, Meziane Mariame*

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

Introduction

Le lupus érythémateux discoïde (LED) est une affection très rare dans la population pédiatrique. Les lésions de LED limitées au cuir chevelu peuvent être difficiles à diagnostiquer, en particulier lors de leurs stades précoces non cicatriciels. Notre cas souligne l'importance de la trichoscopie dans l'examen de toute alopecie de l'enfant, afin d'identifier précocement les dermatoses potentiellement cicatricielles, tel qu'un lupus discoïde du scalp.

Observation

Un garçon de 9 ans, qui avait une notion de contacts récurrents avec des chats, s'est présenté en consultation pour des lésions alopeciques du cuir chevelu évoluant depuis 4 semaines. L'examen dermatologique retrouvait une plaque alopecique non cicatricielle du vertex, à surface érythémateuse et croûteuse, mesurant 7 centimètres de grand axe. Le signe de traction était positif en périphérie de la plaque et aucune fluorescence n'a été détectée sous la lampe de Wood. Les causes infectieuses, en particulier la teigne, ont été initialement envisagées, mais les tests fongiques et bactériens étaient négatifs. Après avoir décapé les croûtes, la dermoscopie a révélé des poils cassés, poils duveteux, ainsi que des squames périfolliculaires, un fond rosâtre, des vaisseaux arborescents et linéaires, des points rouges folliculaires, des bouchons kératosiques folliculaires, et un patron spécifique de points jaunes entourés par des vaisseaux dits « en araignée ». De ce fait, une biopsie a été réalisée confirmant le diagnostic de LED du cuir chevelu dans sa phase active. Le patient a été traité par mini-pulse oral de prednisone, avec une excellente réponse après seulement un mois, et aucun effet secondaire.

Discussion

Le lupus érythémateux discoïde (LED) du cuir chevelu est l'une des principales causes d'alopecie cicatricielle chez les adultes. Cependant, cette entité est extrêmement rare chez la population pédiatrique, et son diagnostic peut être particulièrement difficile et mimer des étiologies plus fréquentes d'alopecie chez l'enfant, telles que la teigne ou la pelade. La trichoscopie s'est révélée être un outil précieux dans l'évaluation des alopecies de l'enfant. Elle permet d'orienter le diagnostic précocement, d'évaluation de l'activité de la maladie, de prédire le pronostic, et de guider d'éventuelles biopsies si nécessaires. Les caractéristiques dermoscopiques distinctives du LED du cuir chevelu comprennent des bouchons kératosiques folliculaires parfois entourés de vaisseaux arborescents, formant le patron caractéristique du "point jaune avec araignée rouge". D'autres signes ont été rapportés tels que des squames blanchâtres périfolliculaires, un fond rose-blanc, des points rouges, une pigmentation brunâtre et des points blancs de fibrose.

Conclusion

Bien que le LED pédiatrique soit rare, sa détection doit être rapide avant d'atteindre les stades cicatriciels. La trichoscopie est un outil simple, rapide et précis, permettant d'éviter les errances diagnostiques et les retards thérapeutiques.

La Magie du Sirolimus contre une Malformation Veineuse Cervico-facio-Buccale :

N.Chebbawi, F.ELFetoki, F.Hali, , S.Chiheb

Service de dermatologie et vénérologie CHU Casablanca

Introduction :

Les anomalies veineuses présentent une agressivité variable en fonction de leur type, de leur taille, de leur topographie et de l'âge du patient. Certaines anomalies vasculaires causent des gênes esthétiques, tandis que d'autres peuvent compromettre le pronostic vital. Dans la plupart des cas, la prise en charge des anomalies vasculaires de la tête et du cou nécessite une approche multidisciplinaire, impliquant un traitement chirurgical et/ou médical au laser, ainsi que, dans certains cas, une radiologie interventionnelle. Certains traitements médicamenteux, tels que le sirolimus, ont un effet antiangiogénique avéré, conduisant à une diminution des anomalies vasculaires. Nous rapportons le cas d'une localisation cervico-facio-linguale chez une fillette de 5 ans.

Observation :

Une fillette de 5 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, s'est présentée à notre service pour une tuméfaction cervico-faciale droite évoluant depuis la naissance, augmentant progressivement de taille sans tendance à la régression, gênant l'alimentation et la respiration. L'examen clinique a révélé une masse sous-cutanée cervico-faciale bleuâtre, non battante, sans souffle ni thrill, associée à une formation nodulaire cyanotique linguale gênant l'alimentation et l'élocution. Une angio-IRM a été demandée, confirmant une malformation veineuse cervico-facio-linguale latéralisée du côté droit. Nous avons opté pour un traitement à base de sirolimus à raison de 1 mg/j pendant 18 mois, avec une très bonne amélioration.

Discussion :

Le sirolimus, un inhibiteur de mTOR, s'avère efficace dans le traitement des malformations veineuses, comme le syndrome de Klippel-Trenaunay. Des études cliniques montrent une réduction significative des lésions et une amélioration de la qualité de vie, avec environ 70 % des patients bénéficiant de résultats notables. Son mécanisme d'action inhibe la prolifération cellulaire, ciblant l'hyperplasie endothéliale caractéristique de ces malformations. Bien qu'il soit généralement bien toléré, des effets secondaires tels que des infections ou des anomalies hématologiques peuvent survenir, d'où l'importance d'une surveillance étroite. En somme, le sirolimus représente une option thérapeutique prometteuse, mais des études complémentaires sont nécessaires pour affiner son utilisation et garantir sa sécurité à long terme.

Conclusion :

En conclusion, le sirolimus se révèle être une alternative thérapeutique efficace pour les malformations veineuses, offrant des bénéfices cliniques notables. Cependant, une évaluation continue et des études approfondies sont essentielles pour mieux comprendre son profil de sécurité et optimiser les stratégies de traitement.

Œdème Aigu Hémorragique du Nourrisson : Un Cas Clinique Rare et Bénin aux Symptômes Spectaculaires

K.Bennani, O.El Jouari, M.El Bekkali, S.Gallouj

Service de dermatologie-vénérologie, CHU Med VI, Tanger

Introduction :

L'œdème aigu hémorragique du nourrisson (OAHN) est une forme rare de vascularite leucocytoclasique qui survient principalement chez les enfants de moins de deux ans. Elle se caractérise par des lésions purpuriques, un œdème et, dans certains cas, des symptômes systémiques tels que la fièvre. Le diagnostic est souvent clinique, soutenu par des résultats biologiques et, parfois, par une biopsie cutanée.

Observation :

Nous rapportons le cas d'un nourrisson de 7 mois présentant depuis quatre jours des lésions maculeuses érythémateuses violacées et jaunâtres, localisées de manière symétrique sur les joues, les oreilles et les extrémités. Ces lésions, qui ne s'effaçaient pas à la vitropression, étaient initialement en forme de cocarde selon le premier médecin consulté. Le nourrisson présentait également une bulle rétro-auriculaire et un œdème évolutif du membre supérieur gauche, suivi d'un œdème cyanotique du membre inférieur gauche. Cette symptomatologie avait été précédée d'un syndrome grippal avec toux, fièvre modérée à 38°C, et malaise.

Les analyses biologiques ont montré une hyperleucocytose à 18 000/mm³, une CRP élevée à 47 mg/L et une hypocomplémentémie. Une biopsie cutanée a révélé une vascularite leucocytoclasique hypocytoclasique. Le diagnostic d'œdème aigu hémorragique du nourrisson a été posé sur la base des résultats cliniques et biologiques.

Discussion :

L'OAHN est une vascularite bénigne, souvent associée à des infections virales ou bactériennes, ou parfois à des médicaments. Les lésions cutanées typiques, telles que les purpuras ne s'effaçant pas à la vitropression, ainsi que l'œdème associé sont les principaux signes cliniques. Ce cas est caractérisé par une atteinte purpurique et œdémateuse symétrique, souvent observée dans l'OAHN, précédée par un syndrome grippal, ce qui est fréquemment rapporté dans la littérature.

Le bilan biologique du nourrisson a mis en évidence une hyperleucocytose et une CRP modérément élevée, des résultats cohérents avec une réponse inflammatoire. L'hypocomplémentémie est un signe biologique fréquent dans l'OAHN, en raison de l'activation du complément dans le contexte de la vascularite. La biopsie cutanée a confirmé le diagnostic par la mise en évidence de la vascularite leucocytoclasique.

Conclusion :

L'œdème aigu hémorragique du nourrisson est une pathologie rare mais bénigne, qui nécessite une reconnaissance rapide afin d'éviter des investigations ou des traitements inutiles. Dans la majorité des cas, la maladie est auto-limitée et ne nécessite qu'un traitement symptomatique. Ce cas illustre bien les manifestations classiques de la maladie, avec une évolution favorable sans complications après diagnostic et prise en charge adaptés.

Pool palms

Marie Rose LAMAH, Nisrine ELHAMDI, Youness EL KHACHINE, Abderazzak JAKAR, Jalal EL BENAYE.

Service de Dermatologie, Hôpital Militaire Moulay Ismail, Meknès.

Pool palms ou dermatite plantaire juvénile des piscines ou encore pulpites des piscines est une situation fréquente mais relativement peu connue des médecins. Bien qu'elle puisse ressembler à une dermatite de contact allergique, elle est davantage liée au frottement des mains et des pieds des enfants lorsqu'ils jouent dans les piscines.

Une adolescente de 14 ans, sans antécédents pathologiques notables, consulte pour une éruption cutanée aiguë douloureuse des paumes des deux mains. L'examen dermatologique trouve un érythème mal limité, sensible, de la face palmaire des doigts, apparu en moins de 24 heures. L'interrogatoire note la notion de baignade à la piscine depuis deux jours, pas de manipulation de produits irritants ou allergènes et pas de signes systémiques d'infection respiratoire. Une éviction de la piscine pendant une semaine et l'utilisation d'une crème hydratante des mains a permis une rémission complète.

Reconnaître cette entité bénigne et assez fréquente chez les enfants permettrait d'abord de rassurer les parents, d'éviter des investigations et des mesures d'éviction qui compromettraient la qualité de vie de toute la famille.

Le syndrome de Sturge-Weber et le syndrome de Klippel-Trenaunay : une association rare.

S. Ait Oussous ; H. El Halla ; S. Mhaimer ; H. Kherbach ; R. Chakiri

Département de dermatologie, CHU Souss-Massa, Agadir, Maroc

Introduction :

Le syndrome de Sturge-Weber (SSW) et le syndrome de Klippel-Trenaunay (SKT) sont deux syndromes vasculaires rares et complexes qui peuvent se présenter de manière concomitante, bien que cette association soit exceptionnelle. Nous en rapportons une nouvelle observation.

Observation :

Une patiente de 12 ans s'est présentée en consultation pour des angiomes plans diffus, sans autres signes associés notamment ophtalmologiques ou neurologiques. L'évolution a été marquée par l'infiltration des joues et de la lèvre supérieure, suivie par l'apparition d'un nodule gingival, saignant facilement au contact, indolore, augmentant progressivement de taille et déformant la mâchoire supérieure. À l'examen clinique, la patiente présente des nappes rouge-violacées intéressant le territoire du V2 et V3 au niveau de l'hémiface droite, à contours nets, s'effaçant à la vitropression, parsemées de télangiectasies en surface et infiltrant la muqueuse jugale et la lèvre supérieure. On note une hypertrophie du membre supérieur droit avec une longueur de 69 cm contre 65 cm pour le membre supérieur gauche et une circonférence de 27

cm à droite contre 23 cm à gauche. Une différence de longueur de 10 mm est également observée au niveau des membres inférieurs, entraînant une attitude scoliotique. Un réseau veineux superficiel visible et une hypertrophie gingivale angiomateuse, blanchissant à la vitropression et déformant l'architecture dentaire, sont également notés. L'IRM faciale a objectivé un volumineux angiome de la gencive droite s'étendant à l'os du processus alvéolaire et du fond maxillaire droit, avec une petite extension aux parties molles du palais droit. Une association du SSW et SKT a été retenue chez notre patiente.

Discussion :

Le SSW associe de façon plus ou moins complète un angiome plan du visage affectant un territoire du trijumeau d'un côté, des signes neurologiques, un retard de croissance, et des signes ophtalmologiques. L'atteinte intra-buccale, comme l'hypertrophie gingivale et parfois une hypertrophie de l'os maxillaire, est courante dans le SSW.

Le SKT quant à lui associe des anomalies vasculaires à « flux lent ». Il est caractérisé par une triade : Angiome plan d'un membre, anomalies veineuses, hypertrophie des tissus mous ou osseux. La présence d'angiomes plans, l'hypertrophie des membres et les anomalies veineuses superficielles chez notre patiente sont compatibles avec ce syndrome. Les inégalités de longueur et de circonférence des membres sont fréquentes dans le SKT et peuvent entraîner des complications fonctionnelles telles qu'une scoliose, des dorsalgies, une boiterie ou des troubles de la statique pelvienne, avec une tendance à l'aggravation lors de la puberté.

Conclusion :

L'association des deux syndromes est rare, ce qui fait la particularité de ce cas clinique. Une approche multidisciplinaire est nécessaire afin de gérer les complications fonctionnelles et esthétiques. L'impact psychologique doit également être pris en compte.

Candidose cutanéomuqueuse chronique : penser au syndrome APECED

L.E.MARHRAOUI, F.EL FATOIKI, H.RACHADI, H.SKALI, F.HALI, S.CHIHEB

Service de dermatologie et vénérologie

CHU Ibn Rochd de Casablanca, Maroc

Introduction :

Le Syndrome APECED ou polyendocrinopathie auto-immune de type 1 est une maladie génétique rare liée à des mutations du gène *AIRE* ; associant une candidose cutanéomuqueuse chronique, une hypoparathyroïdie et une insuffisance surrénale d'origine auto-immune.

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 5 ans qui présente un syndrome APECED révélé par une candidose unguéale et buccale.

Observation :

Patiente âgée de 5 ans sans antécédents pathologiques particuliers, qui présentait depuis 3 ans une pachyonychie et xanthychie de tous les ongles des mains, associés à des arthralgies inflammatoires intéressant les grandes articulations.

L'examen clinique a retrouvé une hyperkératose sous unguéale avec xanthonychie et onycholyse latéro-distale ainsi qu'une paronychie chronique intéressant tous les ongles des deux mains sauf le 4^{ème} doigt de la main gauche; associée à un muguet buccal et une perlèche.

Le prélèvement mycologique a mis en évidence un *Candidas albicans* et le reste du bilan a retrouvé une hypoparathyroïdie et une hypocalcémie avec des taux normaux d'auto anticorps

Le diagnostic du syndrome APECED a été retenu devant la candidose cutané- muqueuse chronique et l'hypoparathyroïdie.

La recherche de cas similaire chez la fratrie était négative.

La patiente a été mise sous fluconazole 3 mg/kg/jour à long terme avec une bonne amélioration après 4 semaines, ainsi qu'un traitement hormonal substitutif.

Discussion :

Le Syndrome APECED est une entité rare de transmission autosomique récessive, il faut y penser devant toute candidose cutané-muqueuse chronique.

La candidose est habituellement la manifestation clinique initiale généralement avant 5 ans, suivie par l'hypoparathyroïdie qui survient habituellement avant l'âge de 10 ans. Enfin, l'insuffisance surrénalienne ainsi que d'autres troubles endocriniens et non endocriniens qui peuvent survenir jusqu'à l'âge adulte d'où l'intérêt d'une éducation des patients et de la famille et d'un suivi à long terme.

Syndrome de PHACE (S) : à propos d'un cas

L.E.MARHRAOUI, F.EL FATOIKI, H.RACHADI, H.SKALI, F.HALI, S.CHIHEB

Service de dermatologie et vénérologie

CHU Ibn Rochd de Casablanca, Maroc

Introduction :

Le syndrome PHACE (S) est un acronyme définit par l'association des hémangiomes faciaux ou cervicaux étendus (**H**), des malformations de la fosse cérébrale postérieure (**P**), des anomalies artérielles (**A**), de la coarctation de l'aorte (**C**) et des anomalies oculaires (**E**). Parfois des anomalies sternales sont associées (**S**).

Nous rapportons le cas d'un nourrisson de 2 mois qui présentant ce syndrome.

Observation :

Nourrisson de sexe féminin âgé de 2 mois, sans notion de consanguinité, ni de prématurité, qui présentait depuis la naissance une lésion maculeuse érythémateuse étendue au niveau du visage, augmentant progressivement de volume.

L'examen clinique a révélé un hémangiome facio-cervicale de l'hémiface droite occupant plusieurs dermatomes (V1- V2 – V3 – C2), avec des lésions croûteuses impétiginisées au niveau des lèvres. L'examen oto-rhino-laryngologique a montré une extension de l'hémangiome au palais et au conduit auditif externe. L'examen ophtalmologique n'a pas révélé d'anomalies.

l'angio-IRM cérébrale avait montré une malformation de Dandy-Walker avec hydrocéphalie, sans malformation artérielle cérébrale. L'échocardiographie et l'échographie des troncs supra-aortiques, ainsi que l'échographie hépatique et des veines sus-hépatiques, étaient sans anomalies. Il n'y avait pas d'atteinte sternale à la radiologie standard. Le diagnostic du syndrome PHACE(S) a été retenu devant l'hémangiome facio-cervical étendu associé à la malformation de la fosse cérébrale postérieure de type Dandy-Walker.

La patiente a été mise sous bêtabloquant (Avlocardyl) à 1 mg/kg/jour, puis augmentation progressive à 3 mg/kg/jour, avec un traitement au laser vasculaire entraînant une diminution partielle du volume.

Discussion :

Le syndrome PHACE(S) est un syndrome polymalformatif rare à évoquer devant tout hémangiome facial ou cervical étendu touchant plusieurs dermatomes.

Les malformations neurologiques et vasculaires conditionnent le pronostic, d'où l'intérêt d'un diagnostic précoce pour une meilleure prise en charge.

Le traitement des hémangiomes repose sur les bêtabloquants et éventuellement sur le laser vasculaire, visant à réduire le volume des lésions et à minimiser les impacts fonctionnels et esthétiques.

En raison de la complexité du syndrome, une approche multidisciplinaire impliquant des pédiatres, des dermatologues, des neurologues et des chirurgiens est cruciale.

Syndrome de Sweet chez un nourrisson

L.E. MARHRAOUI ; F.Z.EL FETOIKI ; H.RACHADI; F.HALI ; S.CHIHEB

Service de dermatologie et vénérologie

CHU Ibn Rochd de Casablanca, Maroc

Introduction :

Le syndrome de Sweet est une dermatose aiguë neutrophilique fébrile, qui reste exceptionnelle chez le nourrisson. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 9 mois qui présente un tableau atypique d'un syndrome de Sweet.

Observation :

Nourrisson âgée de 9 mois, sans antécédents pathologiques particuliers, qui présentait depuis 12 jours un placard chaud érythémateux circonférentiel initialement au niveau du dos du pied gauche ; l'évolution fut marquée par une extension ascendante et migratrice à la jambe, au genou et à la cuisse ; le tout évoluant dans un contexte de fièvre chiffrée à 40 °C. L'examen clinique a révélé un placard érythémateux non infiltré circonférentiel et légèrement chaud au

niveau de la cuisse gauche avec intervalle de peau saine associé à un aspect livedoïde du membre. Le reste de l'examen clinique était sans particularité notamment pas d'atteinte ganglionnaire ni muqueuse. Le bilan biologique a montré une hyperleucocytose à 29 050 à polynucléaires neutrophiles à 12 898 et une CRP à 61. L'examen histologique retrouvait un épiderme papillomateux avec légère hyperkératose et parakératose profonde contenant des amas de polynucléaires neutrophiles. Le derme réticulaire hébergeait un infiltrat inflammatoire modéré périvasculaire interstitiel composé essentiellement de polynucléaires neutrophiles.

Le diagnostic du syndrome de Sweet a été retenu et les explorations menées à la recherche d'une hémopathie associée étaient négatives. La patiente a été mise sous ibuprofène et dermocorticoïde fort avec une bonne amélioration. Une surveillance régulière tous les 6 mois est actuellement préconisée.

Discussion :

Le syndrome de Sweet est une dermatose neutrophilique caractérisée par son polymorphisme clinique.

Dans sa forme classique il se manifeste, chez la femme adulte, par des plaques érythémateuses ou papuleuses localisées au niveau des membres ou du visage associée à une fièvre. Le diagnostic repose essentiellement sur l'histologie et la neutrophilie.

L'originalité de cette observation est la rareté du syndrome de Sweet chez le nourrisson et sa présentation clinique atypique en extension ascendante et migratrice.

Un cas de syndrome de Sturge-Weber de présentation inhabituelle

Insaf Moubine, Maryem Aboudourib, Leyla Bendaoud, Said Amal, Ouafa Hocar

Service de Dermatologie, CHU Mohammed VI, Laboratoire bioscience et santé, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Introduction :

Le syndrome de Sturge-Weber est un syndrome neurocutané congénital rare, sporadique, associant typiquement un angiome facial, un angiome leptoméningé à l'origine de nombreuses complications neurologiques et une atteinte oculaire inconstante. Nous rapportons le cas d'un syndrome de Sturge-Weber associé à une malformation veineuse de la face.

Observation :

Un enfant âgé de 2ans, né à terme, d'un mariage non consanguin, s'est présenté en consultation pour une lésion cutanée du visage évoluant depuis la naissance associée à une macrocéphalie. L'examen dermatologique avait retrouvé un angiome plan segmentaire diffus et bilatéral, surmontée à gauche d'une tuméfaction linéaire en chapelet de consistance molle et dépressible non pulsatile et non douloureuse. La TDM cérébrale avait révélé la présence d'un hématome sous dural bilatéral avec engagement sous falcoriel ayant nécessité un drainage chirurgical, ainsi que la présence de calcifications gyrales cortico sous corticales pariétales droites. Une échographie des parties molles du visage avait montré un trajet tortueux et dilaté de la veine faciale et de la veine angulaire homolatérale mesurant 7mm de diamètre maximal, naissant du canthus interne de l'œil et traversant la glande parotidienne homolatérale rejoignant la veine jugulaire interne, sans image de thrombus endoluminal. Une IRM cérébrale et faciale avait

objectivé un épaissement diffus des parties molles sous cutanées de la face avec individualisation de structures serpiginieuses concluant à une malformation veineuse faciale superficielle sans envahissement de l'orbite. Le diagnostic d'un syndrome de Sturge-Weber a été retenu. L'examen ophtalmologique était sans particularités. Le dosage des D-dimères était à 639 ng/ml et le taux de fibrinogène était normal. Le patient a été mis sous sirolimus 0.1mg/kg/j avec surveillance clinique et radiologique régulière.

Discussion :

Le syndrome de Sturge Weber est une phacomatose neuro-cutanée rare, caractérisée par un angiome plan facial et une malformation capillaro-veineuse lepto-méningée responsable d'une épilepsie précoce et d'un retard mental. L'atteinte oculaire se présente sous forme d'un glaucome ou d'un angiome choroïdien. Une classification a été proposée par Roch et Coll. qui décrit 3 formes : Type 1 : manifestations intracrâniennes et faciales ; Type 2 : atteinte faciale seule sans modifications centrales ; Type 3 : manifestations intracrâniennes seules. Le diagnostic est confirmé par la présence de calcifications cérébrales ou une angiomatose lepto-méningée à l'IRM cérébrale. Le traitement préventif et curatif repose sur les anticonvulsivants.

Conclusion :

L'originalité de notre cas réside dans la présentation inhabituelle du syndrome de Sturge-Weber associant un angiome plan du visage diffus et bilatéral, une malformation veineuse superficielle, à une atteinte cérébrale hémorragique grave révélée par une macrocéphalie, ce qui souligne la complexité et la gravité de ce syndrome.

Syndrome de Waardenburg type 1 : Un cas rare.

A. Abbour¹ – F.Z. Elfatouaki¹ – F. Hali¹ – H. D. Skalli¹ – S. Chiheb¹

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

Introduction :

Le syndrome de Waardenburg (SW) est une neurocristopathie autosomique dominante associant dans sa forme la plus typique une dystopie des canthi internes, un élargissement de la base du nez, des troubles de la pigmentation et parfois une surdité neurosensorielle.

Quatre sous-types (I-IV) avec une pénétration et une expression génétique variables ont été décrits.

Nous rapportons le cas d'une fille de 3 ans présentant les caractéristiques faciales typiques du syndrome de Waardenburg.

Observation :

Une fille de 2 ans s'est présentée à notre service avec une mèche blanche apparue depuis la naissance au niveau de la lisière du cuir chevelu. Issue d'un mariage non consanguin, aucun cas familial n'a été retrouvé. Ses antécédents de naissance et de développement n'ont rien révélé de significatif. L'examen clinique a montré une mèche blanche centrale au niveau de la zone frontale, sans dépigmentation associée des autres parties du corps. L'examen ophtalmologique a révélé une hétérochromie irienne et une dystopie canthale interne. Cependant, l'examen ORL à la recherche d'une surdité ainsi que l'examen du squelette et l'examen abdominal n'ont révélé aucune anomalie.

Ces constatations cliniques ont permis de retenir chez la patiente un syndrome de Waardenburg type I.

Discussion :

Le syndrome de Waardenburg est un groupe d'affections héréditaires plurimalformatives regroupant des anomalies morphologiques faciales et des troubles de la dépigmentation. Il s'agit d'une malformation oculo-dermato-auditive autosomique dominante à expression variable. Les sous-types de ce syndrome étant secondaires à des mutations de PAX3 au locus 2q35, MITF, EDNRB, EDN3. Toutes ces mutations sont capables de modifier la différenciation et la migration de certaines cellules dérivées de la crête neurale notamment les mélanocytes.

Une surdité neurosensorielle, des anomalies musculo-squelettiques, ainsi qu'une maladie de Hirschprung devront être systématiquement recherchés permettant de classer ce syndrome en 4 types.

Notre cas a été diagnostiqué comme syndrome de Waardenburg type 1 avec 3 critères majeurs et 2 critères mineurs suite à la présence d'une mèche blanche, d'une hétérochromie irienne et d'une dystopie canthale.

Les anomalies pigmentaires cutanées sont observées chez 8,3 à 50 % des patients atteints de SW à type de taches achromiques de type piébalisme ou de macules hyperpigmentées.

L'hétérochromie partielle ou complète de l'iris est observée chez 21 à 28 % des patients atteints de SW. Notre cas présentait toutes ces caractéristiques cliniques.

La perte auditive, qui est l'un des principaux critères du consortium SW, n'était pas présente chez notre patiente. Elle représenterait 2 % des cas de surdité congénitale.

Conclusion :

Le diagnostic précoce permet une prise en charge adaptée de la surdité qui constitue le facteur pronostique le plus important en raison de l'altération de la qualité de vie et des faibles capacités cognitives, afin d'améliorer la discrimination vocale et le langage parlé.

Oncologie cutanée

Cutaneous sarcomatoid squamous cell carcinoma confirmed by immunohistochemical staining: a case report

S. Fahmi1, S. Chaib2, M. Chraibi2, O. Eljouari1, S. Gallouj1

1: Department of Dermatology-Venerology CHU MOHAMED 6 TANGIER.

2 Department of Anatomic Pathology CHU MOHAMED 6 TANGIER.

The cutaneous sarcomatoid squamous cell carcinoma (CS-SCC) is an extremely rare malignant tumor with a poor prognosis. First described by Martin and Stewart in 1935, it is predominantly seen in males between the 6th and the 8th decades on sun-exposed areas (head, neck, extremities) in most of the cases.

Usually confused clinically with several diagnosis such as melanoma, Kaposi sarcoma ... Which explains that biopsy and histological studies with immunohistochemical staining represent the principal tools to confirm the diagnosis of cutaneous sarcomatoid sarcoma since this tumor typically expresses CK5/6 and also P63 and doesn't express the melanocytic markers (SOX10, MelanA, HMB45) nor desmine or caldesmone.

We report the case of a male patient of 63 years old that was seen in our dermatology department at the university's hospital Mohamed 6 – Tangier. He was admitted for an ulcerative budding tumor localized at the left talus and that was evolving gradually over the past 2 years.

He benefited from 2 biopsies: the first one concluded to a Kaposi sarcoma while the second one was in favor of a nodular melanoma.

Faced with the worsening of the situation, the rapid growth of the tumor and the inability of the patient to walk, the huge tumor was resected by traumatologists with inguinal lymph node dissection.

Later, the histological study of the resected piece showed spindle cell malignant tumor proliferation with an expression of these markers: CK5/6, P63, AE1/AE3, PS100 and a negative expression of melanic markers which excluded a melanoma that was the main differential diagnosis.

Hopefully for the patient the full body CT-scan showed no evident metastasis secondary to the tumor. He was later admitted at the plastic surgery department to get a restructuring surgery of the talus.

The CS-SCC also known as spindle cell carcinoma, is a rare variant of squamous cell carcinoma with unknow causes and ambiguous clinical manifestations leading to think first at other frequent differential diagnosis. The diagnosis that lays essentially on histological findings should be set as soon as possible to establish the main treatment: surgery and also to improve the prognosis.

Carcinome épidermoïde sur lichen scléro-atrophique négligé du gland : Quand une pathologie en cache une autre : A propos d'un cas

G.Filali, N.Ammar, S.Hamada, M.Meziane, N.Ismaili , L.Benzekri, K.Senouci

INTRODUCTION :

Le lichen scléreux est une dermatose fibrosante chronique d'étiologie inconnue atteignant le plus souvent les zones génitales et anales, surtout chez la femme après la ménopause mais aussi chez l'homme non circoncis, voir chez l'enfant. Le lichen scléreux peut par ailleurs faire **le lit d'une néoplasie intraépithéliale (NIE) différenciée** pouvant évoluer vers **un carcinome épidermoïde (CE) invasif**.

OBSERVATION :

Patient âgé de 45 ans, marié père de trois enfants, suivi pour un lichen scléreux du gland négligé.

Consulte pour une tumeur ulcéro-bourgeonnante du gland évoluant depuis 2 mois. A l'examen général : stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, en surpoids. L'examen dermatologique note une plaque hypochrome "porcelainée" du gland ainsi qu'une tumeur indolore du gland jaune brunâtre exophytique mesurant 3*2.5 cm de diamètre saignant facilement au contact recouverte de croûtes adhérentes avec des bordures surélevés, une base indurée et une périphérie inflammatoire.

L'examen des aires ganglionnaires axillaires, sus claviculaires, cervicales et inguinales était libres.

Et le reste de l'examen était sans particularités.

La biopsie cutanée était en faveur d'un carcinome épidermoïde bien différencié et infiltrant du gland

L'examen histologique a montré une prolifération de cellules carcinomateuses polyédriques, à limites cytoplasmiques nettes et cohésives entre elles, aux multiples atypies cytonucléaires et mitoses. Elles sont agencées en lobules confluents et en travées anastomosées. Il existe une maturation malpighienne sous forme de globes cornés de kératine. Le stroma-réaction est fibro-inflammatoire.

Dans le cadre du bilan d'extension, une TDM TAP a été réaliser objectivant des adénopathies inguinales, fémorales superficielles et iliaques externes bilatérales pathologiques avec absence de lésion organique suspecte d'allure secondaire à distance.

Le patient a bénéficié d'une pénéctomie partielle avec curage inguinal bilatéral revenu négatif et puis d'une chirurgie de reconstruction pénienne avec un bon résultat esthétique et une rémission complète.

Intertrigo interorteil chronique

Marie Rose LAMAH, Nisrine ELHAMDI, Youness EL KHACHINE, Abderazzak JAKAR, Jalal EL BENAYE.

Service de Dermatologie, Hôpital Militaire Moulay Ismail, Meknès.

Une patiente de 80 ans, diabétique depuis une vingtaine d'année sous antidiabétiques oraux, consulte pour un intertrigo du 3ème et 4ème espace interorteil gauche, traité à plusieurs reprises par des antimycosiques locaux et généraux sans amélioration. L'examen dermatologique trouve un intertrigo interorteil fissuraire mais indolore avec une infiltration des bords et des signes de surinfection. La biopsie cutanée confirme le diagnostic d'un carcinome épidermoïde cutané et une prise en charge onco-dermatologique est entamée avec bonne évolution.

Le carcinome épidermoïde cutané est une tumeur cutanée maligne de pronostic assez réservé, nécessitant une prise en charge adéquate qui passe en premier par un diagnostic précoce.

Notre cas vient rappeler que devant toute lésion cutanée chronique, aussi banale soit elle, à fortiori si elle ne répond pas aux traitements usuels, le diagnostic d'un carcinome épidermoïde devrait être évoqué conduisant à la pratique d'une biopsie cutanée.

« Les facteurs associés au retard diagnostique des cancers cutanés »

Ouissal Hormi¹ ; Lamis El yamani ¹ ; Nada Tahri¹ ; Nassiba Zerrouki ^{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 :

Le retard du diagnostic des cancers cutanés représente un problème majeur de santé publique, ayant des répercussions directes sur la survie des patients et l'efficacité des traitements. Ce retard peut être dû à une multitude de facteurs interdépendants, notamment la méconnaissance des signes précoces par les patients, l'accès limité aux soins spécialisés, et des erreurs d'évaluation clinique.

Cette situation complexe conduit souvent à une détection tardive des lésions cancéreuses, réduisant ainsi les chances de guérison et augmentant le risque de complications. Une meilleure compréhension de ces enjeux, ainsi qu'une prise en charge plus proactive, sont essentielles pour inverser cette tendance préoccupante.

L'objectif de notre travail est d'analyser les différentes causes du retard diagnostique des cancers cutanés, qu'elles soient liées aux patients, aux professionnels de santé ou au système de soins.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique menée sur les patients hospitalisés pour un cancer cutané dans le service de dermatologie du Centre Hospitalier Mohammed VI d'Oujda, de juin 2014 à Mai 2024. Le retard diagnostique a été défini par la présence de métastases au moment de la détection initiale.

Deux groupes de patients ont été constitués : le premier groupe comprend les patients ayant consulté pour un cancer cutané à un stade métastatique, tandis que le deuxième groupe regroupe ceux ayant consulté pour un cancer cutané à un stade non métastatique.

Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne \pm écart-type, et les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs et en pourcentages.

La régression logistique a été utilisée pour étudier les facteurs associés au retard diagnostique, d'abord en analyse univariée, puis en analyse multivariée. Un seuil de $p < 0,001$ a été considéré comme statistiquement significatif.

Résultats :

Nous avons inclus 102 patients dans notre étude, dont 39 (32,3 %) présentaient des métastases.

Le carcinome épidermoïde était le type de cancer le plus fréquent (40,2 %), suivi du carcinome basocellulaire (32,3 %), du mélanome (29,5 %) et des sarcomes (11,84 %).

Les symptômes initiaux les plus fréquemment rapportés incluaient la croissance des lésions (33 % des cas), le changement de couleur des lésions (27,18 %), le saignement (16,8 %), le prurit (8,73 %) et la douleur (3,88 %).

L'âge moyen des patients dans le groupe avec métastases était de $65,8 \pm 12,05$ ans, comparé à $52,01 \pm 10,14$ ans dans le groupe sans métastases, avec une différence statistiquement significative (OR = 1,075, IC 95 % : 1,035-1,117 ; $p < 0,001$).

Une prédominance masculine a été observée dans les deux groupes.

En ce qui concerne le milieu d'habitat, 73,5 % des patients du groupe métastatique habitaient en milieu rural, contre 58 % dans le groupe non métastatique, avec une différence statistiquement significative (OR = 4,68, IC 95 % : 4,12-5,03 ; $p < 0,001$).

Le niveau socio-économique était un autre facteur déterminant, avec 62,7 % des patients du groupe métastatique ayant un faible niveau socio-économique, contre 32 % dans le groupe non métastatique (OR = 2,41, IC 95 % : 2,03-3,67 ; $p < 0,001$).

Le délai moyen de diagnostic dans le groupe métastatique était plus long par rapport au groupe sans métastases ($26 \pm 10,1$ mois Vs $18,3 \pm 6,09$ mois), avec une différence statistiquement significative entre les 2 groupes (OR de 1,208 (IC à 95 % : 1,135-1,286) ; $p < 0,001$).

La moyenne du délai diagnostique la plus prolongée était celle du CE.

Aucune association significative n'a été trouvée entre les deux groupes en ce qui concerne la présence de signes fonctionnels locaux, signalés chez 69,3% du groupe métastatique et 58,2% du groupe non métastatique.

En revanche, nous avons noté une différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne la présence des signes généraux (amaigrissement, anorexie, altération de l'état général), qui étaient

présents chez 38,4 % du groupe métastatique, contre seulement 7,9 % du groupe non métastatique (OR = 3,78, IC 95 % : 3,315-3,628 ; p < 0,001).

Selon les patients, le retard de consultation et de diagnostic a été attribué à plusieurs facteurs. Une proportion de 27,5 % a été imputée à l'apparence non évolutive de la lésion, tandis que 21,6 % ont mentionné des symptômes sans signes généraux comme principale cause. De plus, 17,6 % ont attribué le retard diagnostique à un diagnostic erroné, et 11,8 % ont admis une négligence personnelle. D'autres facteurs, tels que les listes d'attente prolongées et les difficultés d'accès aux spécialistes (7,8 %), le manque de motivation (5,9 %), la peur du résultat (4,9 %) et le manque de temps (2,9 %), ont également été signalés par nos malades.

Discussion :

Le retard diagnostique des cancers cutanés est un enjeu crucial de santé publique, influençant directement la survie des patients et l'efficacité des traitements.

Nos résultats montrent que l'âge avancé est un facteur de risque du retard diagnostique, comme le confirment les résultats de Gilli et al. qui indiquent que les patients âgés sont moins susceptibles de consulter rapidement pour des lésions cutanées et moins attentives aux signes cutanés inhabituels, ou pourraient rencontrer des difficultés d'accès aux soins. (1)

La prédominance masculine observée dans notre étude est également documentée dans la littérature, notamment par Schmid-Wendtner et al., qui attribuent cela à une moindre attention des hommes à la surveillance de leur peau et à une plus grande réticence à consulter un médecin. (2)

Le milieu rural s'avère être un facteur associé au retard diagnostique des cancers cutanés, en raison de l'accès limité aux soins, du manque de spécialistes, de la distance aux centres de santé, et d'une méconnaissance des signes cliniques, comme le soulignent les études de Najmi et al. et Kakagia et al. (3, 4).

De plus, le faible niveau socio-économique est également associé à un retard de diagnostic, ce qui corrobore les résultats de la littérature montrant que les patients de statut socio-économique inférieur sont plus enclins à recevoir un diagnostic tardif en raison des coûts prohibitifs ou de priorités économiques, de l'accès limité aux soins et à l'éducation sanitaire insuffisante. (5,6)

Notre étude montre que le carcinome épidermoïde est le type de cancer cutané le plus fréquemment associé à un retard de diagnostic. Ses caractéristiques cliniques, souvent peu alarmantes, peuvent conduire les patients à sous-estimer la gravité des lésions, retardant ainsi la consultation (7,8).

Ces résultats soulignent l'importance cruciale d'une meilleure éducation des patients sur les signes avant-coureurs du cancer cutané, ainsi que d'une formation continue des professionnels de santé pour améliorer la précision du diagnostic initial. La mise en place de campagnes de sensibilisation ciblées dans les zones rurales et parmi les populations économiquement défavorisées pourrait également contribuer à réduire ces disparités.

Conclusion :

Le retard diagnostique des cancers cutanés représente un défi de taille dans le domaine de la santé publique, avec des répercussions directes sur la morbidité et la mortalité. Pour améliorer les taux de

détection précoce et les résultats cliniques, il est essentiel de mettre en œuvre des stratégies multidimensionnelles incluant l'éducation des patients, l'amélioration de l'accès aux soins, et la formation des professionnels de santé. L'accent doit être mis sur les populations les plus vulnérables pour réduire les disparités et améliorer la survie des patients atteints de cancers cutanés.

Références :

1. Gilli, I. O., Zanoni, A. C., Andrade, D. P. D., & Andrade, D. A. S. (2022). Cutaneous melanoma diagnosis delay: socioeconomic and demographic factors influence. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 68(10), 1405-1409.
2. Schmid-Wendtner, M. H., Baumert, J., Stange, J., & Volkenandt, M. (2002). Delay in the diagnosis of cutaneous melanoma: an analysis of 233 patients. *Melanoma research*, 12(4), 389-394.
3. Najmi, M., Brown, A. E., Harrington, S. R., Farris, D., Sepulveda, S., & Nelson, K. C. (2022). A systematic review and synthesis of qualitative and quantitative studies evaluating provider, patient, and health care system-related barriers to diagnostic skin cancer examinations. *Archives of Dermatological Research*, 314(4), 329-340.
4. Kakagia, D., Trypsiannis, G., Karanikas, M., Mitrakas, A., Lyratzopoulos, N., & Polychronidis, A. (2013). Patient-related delay in presentation for cutaneous squamous cell carcinoma. A cross-sectional clinical study. *Onkologie*, 36(12), 738-744.
5. Husein-ElAhmed, H., Gutierrez-Salmeron, M. T., Naranjo-Sintes, R., & Aneiros-Cachaza, J. (2013). Factors related to delay in the diagnosis of basal cell carcinoma. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, 17(1), 27-32.
6. Xavier, M. H., Drummond-Lage, A. P., Baeta, C., Rocha, L., Almeida, A. M., & Wainstein, A. J. (2016). Delay in cutaneous melanoma diagnosis: sequence analyses from suspicion to diagnosis in 211 patients. *Medicine*, 95(31), e4396.
7. Silfen R, Amir A, Regev D, et al. Role of physicians and patients in the diagnostic delay of cutaneous malignant melanoma. *Ann Plast Surg* 2002; 49:439–442
8. Naik, P. P. (2021). Cutaneous malignant melanoma: a review of early diagnosis and management. *World journal of oncology*, 12(1), 7.

Un carcinome épidermoïde entre plusieurs kystes trichillemaux du cuir chevelu.

H. KHERBACH (1) ; S. MHAIMER (1) ; S. EL MSAYRYB (1) ; C. EZZAKI (1) ; O. JALAL (2) ; M. ABID (2) ; G. EL GHAZI (2) ; K. CHAFIQ (2) ; Z. SAYAD (2) ; R. CHAKIRI (1)

(1) Département de Dermatologie et Vénérologie, CHU Souss-Massa, Agadir, Maroc

(2) Département de Chirurgie maxillo-faciale, CHU Souss-Massa, Agadir, Maroc

Introduction :

Les carcinomes épidermoïdes cutanés (CEC) ou spinocellulaires regroupent des tumeurs épithéliales malignes cutanées primitives qui expriment une différenciation malpighienne. Le carcinome épidermoïde du cuir chevelu est le deuxième cancer non mélanocytaire le plus fréquent, son incidence est en augmentation et représente la 2^{ème} cause de décès par cancer de la peau après le mélanome.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 89 ans ayant comme antécédents une hypertension artérielle sous traitement, qui s'est présentée en consultation de dermatologie pour une tumeur ulcéro-bourgeonnante purulente, saignante au contact au niveau occipital gauche qui montrait à la dermoscopie une vascularisation polymorphes faite de vx linéaires irrégulières, vx en épingles à cheveux et des vx serpigineux, un dépôt de kératine, un aspect en arc en ciel, des structures blanchâtres, des rosettes et une ulcération. Et pour de multiples lésions kystiques du cuir chevelu dont la plus volumineuse se localise au niveau occipital dans la partie médiane. Qui évoluent depuis une dizaine d'année pour lesquelles la patiente a consulté initialement mais jugées comme << bénins >>, aucune prise en charge n'a été proposée. Chez nous, la patiente a bénéficié d'une biopsie de la tumeur ulcéro-bourgeonnante, plusieurs diagnostics ont été proposés : un carcinome épidermoïde, un kyste trichilemmal proliférant ou encore un mélanome achromique du cuir chevelu. L'examen anatomo-pathologique a montré une prolifération carcinomateuse malpighienne qui réalisait en surface un revêtement épaissi, hyperkératosique, à partir duquel se détachaient des noyaux centrés de globes cornés qui infiltraient le chorion au sein d'une stroma réaction fibreuse. Les cellules tumorales étaient polygonales pourvues d'atypies, revenant en faveur d'un carcinome épidermoïde bien différencié et infiltrant. Un scanner cérébral a été demandé pour évaluer l'extension intracrânienne et qui a montré un processus lésionnel cutané sous cutané bien limité sans envahissement osseux en regard. La patiente a été ensuite transférée au service de chirurgie maxillo-facial pour excision chirurgicale.

Discussion :

Les carcinomes épidermoïdes sont les cancers cutanés les plus fréquents après les basocellulaires et touchent les sujets à partir de la soixantaine. Le scalp représente une entité anatomique caractérisée par sa riche vascularisation, son épaisseur relative et sa faible élasticité. Il peut donc être le siège de tumeurs malignes qui représentent uniquement 2% de l'ensemble des tumeurs cutanées. Dans la littérature, les facteurs de risque qui ont été incriminés dans l'apparition des tumeurs malignes du cuir chevelu sont donc l'exposition solaire chronique, les antécédents de radiation ionisante, de brûlure, de traumatisme ou de chirurgie du cuir chevelu. Bien que la pathogénie soit rare, il a été également rapporté qu'il existerait un continuum allant du kyste trichilemmal bénin au kyste trichilemmal proliférant voire à un carcinome épidermoïde. Laissant poser la question pour notre patiente s'agissait-il d'un kyste trichilemmal qui s'est différencié en carcinome épidermoïde ou bien la tumeur était-elle maligne dès le départ ? Pour la prise en charge thérapeutique, une excision locale est un traitement suffisant pour un kyste trichilemmal,

tandis pour les carcinomes épidermoïdes, l'exérèse complète de la tumeur avec des marges d'exérèse supérieures à 6mm est nécessaire.

Conclusion :

Les carcinomes épidermoïdes sont des cancers cutanés fréquents, ils surviennent le plus souvent sur des lésions précancéreuses telles que les kératoses actiniques, les cicatrices de brûlures et les traumatismes mais peuvent également survenir d'une transformation maligne d'un kyste trichilemmal bénin. Ainsi, tout changement des caractéristiques d'une lésion kystique telle que la consistance ou l'apparition de saignement, doit alerter les cliniciens à faire une évaluation approfondie pour une prise en charge rapide et optimale.

Profil épidémio-clinique et facteurs de risques des carcinomes épidermoïdes cutanés des extrémités au sud : étude : une série de cas.

**C.HAKKAOUI ; B.IDRISSI ; I.LAKHAL ; S.MHAIMER ; S.AIT OUSSOUS ;
A .FATIMA-EZZAHRA ; I.ZOUINE R. CHAKIRI**

Service de Dermatologie CHU Souss Massa, Agadir, Maroc

Introduction :

Le carcinome épidermoïde cutané (CEC) est le cancer de la peau le plus fréquent à l'échelle mondiale, Son incidence dans la population caucasienne est de 1 à 6 cas pour 1000 personnes et continue d'augmenter à travers le globe. Il représente 90- 95% de tous types de cancer confondus. Après la tête et le cou, les membres supérieurs et inférieurs représentent les sites les plus fréquents, avec un pourcentage 14 %. Les rayons ultraviolets (UV) provenant de l'environnement sont largement reconnus comme le principal facteur cancérigène dans les carcinomes épidermoïdes. Il est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes.

Le but de notre travail était de décrire les aspects épidémio-cliniques, les facteurs de risques , le résultat histologique et les stratégies thérapeutiques des carcinomes épidermoïdes siégeant au niveau des extrémités (mains et pieds) vus en hospitalisation au service de dermatologie du centre hospitalier universitaire Souss Massa d'Agadir, Maroc.

Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, portant sur les carcinomes épidermoïdes siégeant au niveau des mains et des pieds hospitalisés au service de dermatologie du centre hospitalier universitaire Souss Massa d'Agadir, Maroc, sur une période de 4 ans allant de l'année 2020 à 2024.

Résultats :

Durant la période d'étude, 5 patients ayant un carcinome épidermoïde au niveau des extrémités mains et pieds ont été inclus, 1 patient au niveau de la main et 3 patients au niveau du pied et 1 patient au niveau de la main et du pied. Les malades se répartissaient en 4 hommes et 1 femme. Les patients étaient âgés respectivement de 51 ans, 58 ans, 64 ans, 67 ans et 68 ans.

Un antécédent de tabagisme a été retrouvé chez 4 patients, un antécédent de diabète a été retrouvé chez 1 patiente, un antécédent de cancer cutané en dehors du carcinome épidermoïde a été retrouvé chez une patiente, un antécédent de plaie chronique a été retrouvé chez 4 patients, un antécédent d'exposition aux produits toxiques a été retrouvé chez 2 patients, un antécédent d'exposition solaire prolongé sans protection a été retrouvé chez 3 patients, un antécédent d'immunodépression a été retrouvé chez 2 patients.

Chez 4 patients, les tumeurs étaient ulcéro-bourgeonnantes et chez 1 patient la tumeur était érythémato-squameuses. La taille de la tumeur ne dépassait pas 5 cm chez 1 patient et variait entre 5 à 12 cm chez 4 patients.

2 patients présentaient une atteinte neurologique à type de douleur type décharge électrique et rétraction du 5^{ème} doigt au niveau de la main.

L'examen dermoscopique révélait des structures vasculaires polymorphes (vaisseaux glomérulaire et vaisseaux en épingle à cheveux), des aires blanchâtres sans structures et un dépôt de kératine.

L'histologie a confirmé le diagnostic de carcinome épidermoïde chez tous les patients, avec majoritairement des tumeurs bien différenciées, 4 carcinomes épidermoïdes étaient invasifs, et 1 carcinome était in situ.

Lors de l'hospitalisation d'un patient pour un carcinome épidermoïde au niveau de la face dorsale de la main gauche, les examens d'investigation et l'histologie ont montré la présence d'un second carcinome épidermoïde in situ sur la face antérieure de son pied gauche.

Des adénopathies étaient présentes chez 4 patients. Une TDM thoraco-abdomino pelvienne a été faite chez tous les patients n'objectivant aucune métastase. Tous les patients ont été opérés et ont bénéficié d'un curage ganglionnaire au service de chirurgie traumatologique, à l'exception d'un patient qui a reçu un traitement local à base d'imiquimod en raison de la localisation in situ.

Discussion :

Le carcinome épidermoïde été décrit la première fois en 1828 par Marjolin. L'âge moyen de découverte est de 60 ans et il est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes ce qui rejoint les données de la littérature de Cyril Keena T Que et al.

L'exposition prolongée au soleil sans protection, le tabagisme et un antécédent de plaie chronique ont été observés chez plus de la moitié de nos patients, ce qui confirme qu'ils constituent des facteurs de risque pour le développement d'un carcinome épidermoïde aux extrémités, comme le souligne la littérature.

Par ailleurs, l'exposition à des produits toxiques comme le goudron ou le ciment comme est le cas pour nos deux patients pourrait effectivement accroître le risque.

La symptomatologie était identique pour les carcinomes épidermoïdes à l'exception du carcinome épidermoïde in situ qui avait l'apparence d'une plaque érythémato-squameuse.

A la dermoscopie, les tumeurs bien différenciées présentaient une vascularisation polymorphe (des vaisseaux en point, glomérulaires et en épingle à cheveux) ainsi que des aires blanchâtres caractérisées par un dépôt de kératine ce qui rejoint les données de la littérature de Sara El-

Ammari et al, d'où l'intérêt de la dermoscopie comme outil pour distinguer les carcinomes épidermoïdes bien différenciés et mal différenciés.

Enfin, un diagnostic précoce permet de bénéficier d'une exérèse avec conservation du membre comme est le cas pour la majorité de nos patients.

Conclusion :

Cette étude met en évidence la diversité des facteurs de risques potentiellement liés au carcinome épidermoïde. Il existe peu d'articles spécifiques aux carcinomes épidermoïdes au niveau des extrémités ; la plupart des recherches se concentrent sur la tête et le cou ou ne sont pas spécifiques à un emplacement. Au début des études, les facteurs de risques les plus fréquents étaient des blessures ou des traumatismes chroniques, cependant, dans les recherches ultérieures, l'exposition chronique aux UV et l'immunosuppression sont devenues des facteurs étiologiques de plus en plus courants. Notre étude recommande d'accroître la sensibilisation aux facteurs de risque liés au carcinome épidermoïde et une surveillance afin de faire un diagnostic précoce et bénéficier d'un traitement conservateur.

Une évolution rapidement progressive d'un carcinome épidermoïde de la lèvre inférieure chez un sujet jeune

Kaoutar Benchekroun, Ouiame Eljouari, Salim Gallouj

CHU TANGER

Introduction

Le carcinome épidermoïde (CE) est une tumeur maligne cutanée qui survient fréquemment dans les zones exposées au soleil et se caractérise par une croissance rapide et une capacité d'invasion locale. Son diagnostic repose sur l'examen clinique et histopathologique, suivi d'une prise en charge rapide pour éviter les complications et les métastases. Ce rapport présente le cas d'un jeune patient de 42 ans, tabagique chronique, admis pour un carcinome épidermoïde de la lèvre inférieure, d'évolution rapide. Ce cas met en lumière l'importance du diagnostic précoce et de la gestion rapide de cette pathologie cutanée.

Observation

Il s'agit de M. Lhoussain, âgé de 42 ans, tabagique chronique, admis dans notre service pour la prise en charge d'un carcinome épidermoïde d'évolution rapidement progressive sur une période de trois mois. Le diagnostic a été confirmé par une biopsie réalisée une semaine avant son admission. L'examen clinique a révélé une lésion nodulaire végétante et infiltrée, mesurant 3 cm de grand axe. Cette lésion avait une consistance dure et présentait une ulcération centrale surmontée de croûtes jaunâtres mélicériques et hémorragiques. La lésion, de forme ovale, était bien limitée et reposait sur une base d'implantation sessile. Elle était située sur la face antérieure du tiers droit de la lèvre inférieure. L'examen des aires ganglionnaires était sans particularité.

L'examen dermoscopique a permis d'observer l'ulcération ainsi que les croûtes jaunâtres et hémorragiques, avec des zones dépourvues de structure, confirmant le caractère infiltrant et potentiellement agressif de la lésion.

Discussion

Le carcinome épidermoïde cutané est une tumeur maligne fréquente chez les sujets âgés, surtout ceux présentant des facteurs de risque tels que l'exposition prolongée aux rayons ultraviolets (UV) ou des lésions précancéreuses comme la kératose actinique. Dans le cas de M. Lhoussain, un patient de 41 ans avec des antécédents de tabagisme chronique, présentant un carcinome épidermoïde rapidement évolutif de la lèvre inférieure, s'inscrit dans la continuité des études qui soulignent l'importance du tabagisme dans l'étiopathogénie de ce type de cancer. Comparé à l'étude de Savita Chaudhary et al. (2024), qui rapportait un cas de carcinome épidermoïde chez un jeune homme non-fumeur sans antécédents de facteurs de risque, notre patient, bien qu'un peu plus âgé, présente un facteur de risque majeur connu : le tabagisme chronique. Cela confirme l'importance du tabac comme facteur de risque clé dans le développement des carcinomes épidermoïdes de la lèvre, contrairement au cas rapporté par Chaudhary, qui était atypique en l'absence de tels antécédents.

L'étude d'Antonio Hernandez-Morales (2019-2020) met en évidence l'association forte entre le tabagisme et l'incidence des cancers de la cavité buccale et des lèvres, surtout dans les pays à faible indice de développement humain (IDH). Le tabagisme chronique de M. Lhoussain renforce cette corrélation, soulignant que, même dans les pays avec un IDH plus élevé, l'usage prolongé du tabac reste un facteur prédominant dans l'apparition de ces cancers. Ce cas appuie la nécessité de politiques de santé visant à réduire la consommation de tabac pour prévenir ces cancers.

Le cas de M. Lhoussain présente aussi des similarités avec celui décrit par Monal M. Kukde et al. (2020), où un carcinome épidermoïde buccal à croissance rapide a été observé chez une patiente de 32 ans. Dans les deux cas, la croissance rapide de la tumeur et sa nature exophytique et ulcérée rappellent l'agressivité du carcinome épidermoïde chez les fumeurs chroniques. Bien que le tabac à chiquer soit impliqué dans le cas de Kukde, le rôle du tabagisme dans notre patient est tout aussi important, ce qui montre que différentes formes de tabac peuvent contribuer au développement rapide de ces tumeurs.

Enfin, l'étude d'Alhadi Almangush et al. (2020), qui propose une mise à jour sur la stadification et la classification des carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale, rappelle que la taille de la tumeur, l'infiltration et l'atteinte ganglionnaire sont des éléments déterminants pour le pronostic. Dans le cas de M. Lhoussain, la lésion de 3 cm de grand axe et l'absence d'atteinte ganglionnaire visible à ce stade sont des éléments rassurants, bien que la présence du facteur de risque tabagique nécessite une surveillance accrue pour prévenir les récurrences et les complications métastatiques.

Conclusion

Ce cas de carcinome épidermoïde à évolution rapide illustre l'importance d'un diagnostic et d'une prise en charge précoces pour minimiser les risques de progression et de métastase. L'association de l'examen clinique, de la dermoscopie et de l'histopathologie permet de confirmer le diagnostic et de planifier une intervention adaptée. Une surveillance régulière après traitement est essentielle pour garantir un pronostic favorable et éviter les récurrences. Ce

rapport contribue à souligner la nécessité de sensibiliser à l'importance de la détection précoce des lésions cutanées malignes, particulièrement chez les tabagiques et dans les régions à haut risque comme la lèvre inférieure.

Référence

1. Savita Chaudhary et al., 2024 : « Présentation inhabituelle d'un carcinome épidermoïde chez un jeune homme : perspectives et considérations clinicopathologiques »
2. Antonio Hernandez-Morales, 2019-2020 : « Incidence du cancer des lèvres et de la cavité buccale et taux de mortalité associés au tabagisme et à la consommation de tabac à chiquer et à l'indice de développement humain dans 172 pays du monde : une étude écologique »
3. Monal M. Kukde et al., 2020 : « Présentation d'une patiente de 32 ans atteinte d'un carcinome épidermoïde buccal à croissance rapide : rapport d'un cas rare »
4. Alhadi Almangush et al., 2020 : « Stadification et classification du carcinome épidermoïde de la cavité buccale : une mise à jour »

Une présentation exceptionnelle du carcinome épidermoïde cutané : Rapport de cas d'une localisation fessière sans lésion primaire

K. Kaddar¹, S. Bensalem¹, L. Elyamani¹, N. Zerrouki^{1,2}, S. Dikhaye^{1,2}, N. Zizi^{1,2}

1. Service de Vénérologie et d'Allergologie Dermatologique, CHU Mohammed VI,
2. Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc.

Introduction :

Le carcinome épidermoïde cutané (CE) est une tumeur maligne fréquente issue des kératinocytes épidermiques. Il se développe généralement dans les zones photoexposées. Il peut également survenir dans la région anogénitale suite à des lésions primaires telles que l'Hidradénite suppurée. Cependant, sa localisation au niveau de la fesse sans lésion primaire est exceptionnellement rare.

Observation :

Nous présentons le cas d'une femme de 62 ans, diabétique depuis huit ans, sans antécédents dermatologiques, admise pour une lésion papuleuse de la fesse gauche. Initialement négligée par la patiente, la lésion a évolué sur 4 ans, augmentant progressivement de taille pour se transformer en une masse ulcérée et douloureuse. La patiente présentait une altération de l'état général avec une asthénie, une anorexie et un amaigrissement sans autres symptômes associés.

L'examen général a révélé une maigreur (47 kg) et un stade I de l'échelle de performance de l'OMS. L'examen dermatologique a objectivé une lésion nodulaire ulcérée arrondie, bien limitée, indurée, érythémateuse-violacée, mesurant 10x11 cm au niveau de la fesse gauche (Figure 1). La dermoscopie a révélé un fond érythémateux, des zones blanches sans structure, une bordure érythémato-violacée, des vaisseaux ondulés et en pointillés, et des croûtes hémorragiques jaunâtres (Figure 2). Aucune métastase en transit n'a été détectée.

L'examen des aires ganglionnaires a révélé une adénopathie inguinale gauche mobile, indurée, non inflammatoire, mesurant 2 cm (Figure 3).

La biopsie cutanée a confirmé un carcinome épidermoïde kératinisant bien différencié et invasif. La patiente a bénéficié d'une exérèse de la tumeur avec un curage ganglionnaire inguinal gauche (Figure 4). L'examen histopathologique de la pièce opératoire a révélé un carcinome épidermoïde kératinisant bien différencié sans embolus vasculaires, invasion

périneurale ou rupture capsulaire. Quatre ganglions sur dix-neuf (4N+/19N) étaient positifs sans atteinte capsulaire mais avec la présence d'embolies vasculaires sous-capsulaires. Le bilan d'extension n'a montré aucune lésion secondaire et les marqueurs tumoraux étaient négatifs. La tumeur a été classée T3N2M0. Une radiothérapie postopératoire (26 séances) a été administrée et la patiente a bénéficié d'une surveillance clinique tous les trois mois. Un an plus tard, la patiente a présenté un petit nodule sous-cutané de la fesse gauche. Un scanner des parties molles a révélé une infiltration des tissus mous avec un la présence d'un nodule du muscle fessier. L'intervention chirurgicale suivie d'un examen histopathologique a confirmé une tumeur résiduelle avec la présence d'embolies vasculaires et des marges profondes à 1mm. La patiente a ensuite été référée au centre d'oncologie pour une prise en charge complémentaire.

Discussion :

Le CE est un cancer courant provenant de la prolifération maligne des kératinocytes épidermiques. Le risque de développer un CE est du à l'exposition à certains facteurs de risque (notamment les rayons UV, l'immunosuppression, l'exposition aux carcinogènes industriels, le tabagisme, l'infection par le HPV et certaines affections cutanées comme le Xeroderma pigmentosum) ainsi que des caractéristiques spécifiques du patient telles que l'âge avancé, le type de peau et l'ethnie.

Il se présente sous une grande variété de lésions cutanées et se développe le plus souvent dans des zones photoexposées.

Des régions non exposées au soleil, telles que les jambes, la région génitale ou des cicatrices chroniques, sont des localisations fréquentes du CE chez les personnes à peau foncée. (1)

Le cas présenté souligne la rareté du CE fessier chez une patiente sans aucun de ces facteurs de risque ni lésion primaire identifiable. Bien qu'il existe des cas documentés de CE fessier secondaire à une hidradénite suppurée (23), à une pyodermite périnéale chronique (4), ou à la transformation d'un kyste épidermoïde (56), aucun rapport de cas de CE fessier spontané sans lésion primaire identifiable, à notre connaissance, n'a été rapporté dans la littérature.

Conclusion :

Ce cas remet en question la pathogénie du CE. L'absence de lésion primaire soulève des questions intrigantes sur les facteurs étiologiques potentiels et les voies menant au développement du CE dans cette localisation anatomique.

Il souligne également la nécessité d'un examen approfondi et de la considération de possibilités rares. Les cliniciens doivent rester vigilants, en particulier chez les patients à risque, afin de garantir une détection précoce et une prise en charge optimale de ces tumeurs malignes inhabituelles.

Références :

1. Que SKT, Zwald FO, Schmults CD. Cutaneous squamous cell carcinoma: Incidence, risk factors, diagnosis, and staging. *J Am Acad Dermatol.* 2018;78(2):237-247. doi:10.1016/j.jaad.2017.08.059
2. Jourabchi, N., Fischer, A. H., Cimino-Mathews, A., Waters, K. M., & Okoye, G. A. (2017). Squamous cell carcinoma complicating a chronic lesion of hidradenitis suppurativa: A case report and review of the literature. *International Wound Journal*, 14(2), 435-438. <https://doi.org/10.1111/iwj.12671>
3. Roy CF, Roy SF, Ghazawi FM, Patocskai E, Bélisle A, Dépeault A. Cutaneous squamous cell carcinoma arising in hidradenitis suppurativa: A case report. *SAGE Open Medical Case Reports.* 2019;7.
4. Ishizawa, T., Koseki, S., Mitsuhashi, Y., & Kondo, S. (2000). Squamous Cell Carcinoma Arising in Chronic Perianal Pyoderma. *The Journal of Dermatology*, 27(11), 734-739. <https://doi.org/10.1111/j.1346-8138.2000.tb02268.x>

5. Fukui M, Kakudo N, Morimoto N, Hihara M, Masuoka H, Kusumoto K. Squamous Cell Carcinoma Arising From an Epidermal Cyst of the Buttock: A Case Report. *Eplasty*. 2019;19:ic18. Published 2019 Oct 21.
6. Niimi, Y., Takeuchi, M., & Isono, N. (2019). Squamous Cell Carcinoma following Epidermoid Cyst in the Buttock. *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open*,

Une plaque bigarrée du pénis

Guechchati M, Douhi Z, Boughaleb S, Soughi M, Elloudi S, Baybay H, Mernissi FZ

Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc

INTRODUCTION

Le carcinome épidermoïde représente plus de 95 % des cas de cancer du pénis. Le carcinome épidermoïde in situ sur la muqueuse pénienne ou les surfaces de transition est également connu sous le nom d'érythroplasie de Queyrat (EQ).(1) Nous rapportons le cas d'une EQ variante pigmentée traitée par photothérapie dynamique.

OBSERVATION

Il s'agit d'un patient de 66 ans, traité pour syphilis. Consulte pour une lésion de la verge évoluant depuis 3 ans. L'examen dermatologique retrouve une plaque érythémateuse d'environ 5cm de grand axe au niveau de la verge centrée par une pigmentation noirâtre. A la dermoscopie ; une vascularisation en point et glomérulaire, des zones blanchâtres et une pigmentation noirâtre au sein de la plaque. Une biopsie réalisée à cheval entre les zones blanchâtres et la vascularisation atypique est revenue en faveur d'une EQ dans sa variante pigmentée. L'échographie des aires ganglionnaire objective des adénopathies inguinales avec parfois aspect hétérogène. Le patient fut mis sous photothérapie dynamique en cours d'amélioration ; toujours sous protocole thérapeutique.

DISCUSSION

La terminologie souvent prête à confusion, mais certaines études ont conclu que, bien que l'érythroplasie de Queyrat et la maladie de Bowen puissent varier dans leur présentation clinique, elles sont identiques dans leur évolution clinique et leurs caractéristiques histopathologiques et doivent être considérées comme une seule et même entité clinicopathologique.(5)

L'EQ survient principalement sur le gland du pénis, le prépuce ou le méat urétral des hommes âgés. Il se présente généralement sous la forme d'une plaque bien délimitée, veloutée, brillante, rouge vif. L'étiologie exacte est inconnue. (1)

La variante pigmentée ne représente que 6 % de toutes les lésions de la maladie de Bowen, et sa localisation sur la zone génitale est rare dans les populations blanches.3,4 La Maladie de Bowen pigmentée est une forme trompeuse et peut cliniquement imiter un large éventail de tumeurs cutanées. (2)

Les caractéristiques dermoscopiques distinctives de l'érythroplasie de Queyrat dans la littérature étaient des zones roses sans structure, et des vaisseaux de morphologie et d'érosion groupées, en pointillés ou glomérulaires (4); Cet aspect dermoscopique a été décrit pour la première fois en

2004 par Argenziano et al7 , qui ont observé que la présence de vaisseaux glomérulaires était un signe évocateur de la maladie de Bowen ; ce qui a été décrit chez notre patient. (3)

L'EQ du pénis peut être traité par résection locale, thérapie au laser, thérapie photodynamique et topique avec du 5-fluorouracile ou de la crème d'imiquimod à 5 %. Des stratégies de préservation du pénis sont recommandées pour le traitement des petites lésions. (1)

CONCLUSION

Le diagnostic de l'érythroplasie de Queyrat pigmentée reste un véritable défi et doit être considéré comme un diagnostic différentiel de toute lésion pigmentée située sur n'importe quelle partie du corps. La dermoscopie est un outil non invasif utile pour améliorer la précision du diagnostic.(2)

Cependant, le pronostic ou le traitement ne dépend pas de la présence d'une pigmentation , mais des caractéristiques de la tumeur des facteurs liés au patient.(2)

REFERENCES:

- (1) Fanning DM, Flood H. Erythroplasia of queyrat. Clin Pract. 2012 Jun 7;2(3):e63.
- (2) Giuffrida R, Conforti C, Resende FSS, Hamilko de Barros M, Uranitsch M, Favero F, Deinlein T, Hofmann-Wellenhof R, Zalaudek I. Clinical and dermoscopic features of genital pigmented Bowen disease. Clin Exp Dermatol. 2018 Oct;43(7):813-816
- (3) Ishioka P, Yamada S, Michalany NS, Hirata SH. Dermoscopy of Bowen's disease: pigmented variant on the penis. An Bras Dermatol. 2012 May-Jun;87(3):482-4.
- (4) Chan SL, Watchorn RE, Panagou E, Panou E, Ong EL, Heelan K, Haider A, Freeman A, Bunker CB. Dermatoscopic findings of penile intraepithelial neoplasia: Bowenoid papulosis, Bowen disease and erythroplasia of Queyrat. Australas J Dermatol. 2019 Aug;60(3):e201-e207.
- (5) Kaye V, Zhang G, Dehner LP, Fraley EE. Carcinoma in situ of penis. Is distinction between erythroplasia of Queyrat and Bowen's disease relevant? Urology. 1990 Dec;36(6):479-82.

Tumeur de Buschke Lowenstein pas comme les autres :

Cas d'un diagnostic

Dr.Dahmani/Pr.Elloudi/Pr.Douhi/Pr.Soughi /Pr.Baybay/Pr.Mernissi

CHU HASSAN II-FES

Introduction :

La tumeur de Buschke-Lowenstein (TBL) ou condylome acuminé géant, est une affection rare, de déterminisme viral, transmise sexuellement et atteignant les zones ano-génitales. Elle se caractérise par son potentiel dégénératif, son caractère envahissant et récidivant après traitement. Nous rapportons le cas d'un patient avec une TBL d'aspect et de localisation atypique.

Observation :

Un homme de 63 ans, ayant comme antécédents ; la notion de rapports sexuels non protégés. Qui Consultait pour une tumeur bourgeonnante au niveau de la région fessière ; évoluant depuis 6 ans en augmentant progressivement de taille. L'examen clinique trouvait une tumeur en chou-fleur ; ulcéro bourgeonnante au niveau de la région fessière et périanale, faisant 10cm de grand axe ; infiltrant les parties molles et contenant multiples fistules avec issue de pus. La dermoscopie montrait un aspect blanchâtre, un fond érythémateux et une vascularisation en points. L'examen histologique à 3 reprises, montrait la présence d'une structure polyploïde, bordée par un épithélium malpighien hyperplasique régulier, sans désorganisation architecturale ou de dysplasie, avec une hyperacanthose, une papillomatose et des koïlocytes. L'imagerie complémentaire objectivait l'invasion des parties molles, des sphincters anaux et du coccyx. Le diagnostic de TBL était retenu sur les critères cliniques, histologiques et sur le caractère invasif de la tumeur. Une Radiothérapie locale était préconisée, après concertation multidisciplinaire vu l'inopérabilité de la tumeur.

Discussion :

La tumeur de Buschke-Lowenstein est une prolifération pseudo-épithéliomateuse, précédée de condylomes acuminés et se distinguant de ces derniers ; par sa prolifération plus marquée et son extension profonde dans les tissus sous-jacents. Le virus HPV est responsable de la genèse de cette tumeur, avec une prédominance des sérotypes 6,11,16 et18. La TBL survient à tout âge après la puberté, avec une moyenne d'âge de 45 ans. Sa fréquence est estimée à 0,1% de la population générale, active sexuellement, avec une prédominance masculine et un sex-ratio de 2,3/1 selon la littérature. Le diagnostic clinique se base sur la présence d'une tumeur de localisation génitale, de grande taille, papillomateuse, irrégulière, rappelant l'aspect en chou-fleur. Chez l'homme, la TBL se localise essentiellement au niveau de la verge et rarement au niveau de la région anorectale ; comme c'était le cas chez notre patient. La confirmation du diagnostic se fait par biopsie cutanée et les explorations radiologiques orienteront vers la prise en charge thérapeutique adéquate. La chirurgie avec large exérèse est le traitement de choix préconisé pour les formes limitées, tandis que l'association de la chimiothérapie avec la radiothérapie est préférée pour les formes de grande taille, récidivantes ou non résécables.

Conclusion :

La tumeur de Buschke-Lowenstein est une tumeur rare, nécessitant un traitement chirurgical précoce avec une surveillance post-opératoire régulière. Le pronostic fonctionnel et vital peut être engagé, d'où l'intérêt de la prévention basée sur le traitement des condylomes acuminés et la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles.

La tumeur de Buschke-Löwenstein : A propos d'un cas au sein du service de dermatologie de Rabat

G.Filali, N.Ammar, S.Hamada, M.Meziane, N.Ismaili , L.Benzekri, K.Senouci

Introduction :

La tumeur de Buschke-Löwenstein(TBL) ou condylome acuminé géant(CAG) est une prolifération pseudo-épithéliomateuse appartenant au groupe des carcinomes verruqueux. Elle est d'origine virale (HPV), de transmission sexuelle atteignant surtout les zones ano-génitales. Elle se distingue des condylomes acuminés par sa prolifération plus marquée et une pénétration profonde dans les tissus sous-jacents qui peuvent alors être refoulés.

Observation :

Homme âgé de 54 ans, marié père de 3 enfants, ancien prisonier, suivi pour VIH positif sous traitement, tabagique, éthylique ayant des rapports sexuels non protégés, se présente en consultation pour de multiples lésions en choux-fleurs, avec une surface irrégulière de couleur rose allant au brun, infectées et hémorragiques mesurant entre 3 et 16 cm très douloureuses et prurigineuses au niveau uro-génitale. La biopsie cutanée a confirmé le diagnostic de tumeur de Buschke-Löwenstein(TBL) sans dégénérescence en un carcinome épidermoïde. Le patient a bénéficié d'un traitement chirurgical avec une exérèse large.



Discussion :

La TBL est une affection relativement rare et toujours précédée de condylomes acuminés. Son incidence annuelle semble être de 0,1% parmi la population adulte active sexuellement. Elle survient à tout âge après la puberté et prédomine entre les 4e et 6e décennies. L'infection peut atteindre les deux sexes, elle se voit fréquemment chez le sexe masculin. Le développement, la persistance et les récives des condylomes dépendent largement du statut immunitaire de l'hôte. L'immunodépression, l'inflammation chronique, le manque d'hygiène et l'infection à VIH semblent être des facteurs de risque de cette affection. L'implication du papillomavirus et en particulier de ses sérotypes l'HPV 6 et 11 est admise dans la genèse de la TBL, Le potentiel

oncogène de ces deux virus est faible contrairement à celui de l'HPV 16 et HPV 18. La TBL se localise le plus souvent au niveau des organes génitaux externes et principalement au niveau de la verge. La localisation anorectale reste moins fréquente mais elle n'est pas rare. Cette localisation est retrouvée dans les deux sexes avec une prédominance masculine. Chez l'homme, la TBL se localise dans 81 à 94% des cas au pénis et dans 10 à 17% des cas à la région ano-rectale. Le patient consulte parfois pour douleur péri-anale, prurit, rectorragie, écoulement purulent, perte de poids et/ou la palpation d'une masse périnéale. La tumeur est toujours précédée de lésions condylomateuses grisâtres ou rosées, évoluant progressivement pour prendre un aspect papillomateux, irrégulier, en chou-fleur. Elle évolue en surface et en profondeur, ce qui marque sa différence des condylomes acuminés banaux. L'extension peut se faire vers le scrotum ou la vulve, le sillon interfessier, les fesses, voire le rectum et le pelvis. En surface elle peut donner naissance à une énorme tumeur d'une dizaine de centimètres. En profondeur la tumeur évolue en détruisant et refoulant les structures avoisinantes sans les infiltrer. En fonction de localisation, le bilan d'extension peut comporter outre la palpation des aires ganglionnaires, une rectoscopie, un examen gynécologique, une tomodensitométrie pelvienne ou une résonance magnétique nucléaire. Le traitement des TBL est souvent difficile, même si l'histologie confirme la bénignité. La chirurgie reste le traitement de choix pour la majorité des auteurs. Elle doit être suffisamment large voire mutilante pour écarter le spectre de récurrence et espérer une guérison définitive. Elle est variable selon la localisation.

Conclusion :

La TBL est une prolifération épithéliale condylomateuse d'origine virale dont le génie évolutif est incertain avec un risque de transformation en carcinome épidermoïde. Sa prévention est impérative basée sur le traitement des condylomes acuminés et la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles. Le traitement doit être précoce, il est essentiellement chirurgical nécessitant une large exérèse. Une surveillance postopératoire clinique et histologique étroite et prolongée s'impose, sans perdre de vue la notion de dégénérescence de la récurrence.

Ulcère cutané chronique révélant un cancer

L. Benahmed¹, N. Zerrouki^{1, 2}, N. Zizi^{1, 2}

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 Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction

Les ulcères chroniques sont des lésions cutanées qui ne cicatrisent pas ou montrent une tendance limitée à la guérison plus de 4 à 6 semaines. Bien qu'ils soient fréquents, notamment chez les personnes âgées, et souvent bénins, ils peuvent parfois masquer des cancers. Une détection précoce est cruciale pour améliorer les résultats des patients. Cette étude explore les aspects épidémiologiques, cliniques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des ulcères chroniques révélant un cancer.

Matériels et Méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective au service de dermatologie du CHU Mohammed VI d'Oujda sur une période de 10 ans (2014-2024), incluant tous les patients hospitalisés pour ulcères chroniques chez qui un diagnostic de pathologie tumorale a été établi.

Rapport de cas

Observation 01 : Patient de 63 ans avec antécédents de microtraumatismes des mains (profession de pêcheur) et tabagisme chronique (sevré depuis 2 mois). Admis pour une ulcération du coude gauche évoluant depuis 2 mois, débutant par une papule érythémateuse prurigineuse devenue ulcérée, accompagnée d'un état squameux généralisé et de chéilite. Perte de poids de 10 kg en 3 mois et DLQI à 15, La biopsie cutanée est non spécifique. L'échographie des parties molles a révélé une infiltration cutanée et sous-cutanée avec des formations hypoéchogènes mal limitées et des adénopathies axillaires. Diagnostic : lymphome. Le patient a été transféré en médecine interne pour un complément de prise en charge, mais est décédé par la suite.

Observation 02 : Patient de 31 ans, tabagique (12 PA), consommateur de cannabis (1g/j) et alcoolique chronique, suivi pour schizophrénie. Admis pour des lésions ulcéreuses douloureuses axillaires droites évoluant depuis 2 ans, avec DLQI à 16. Biopsies cutanées montrent des remaniements spongiotiques et fibreux cicatriciels non spécifiques. TDM CTAP révèle une masse axillaire droite avancée avec des adénopathies sus et sous-diaphragmatiques suspectes et une masse hétérogène. Diagnostic : lymphome. Chimiothérapie administrée avec une bonne réponse.

Observation 03 : Patient de 64 ans, opéré pour une fistule anale, tabagique (40 PA) et alcoolique (sevré depuis 3 ans). Admis pour une lésion ulcérée péri-anale droite évoluant depuis 3 mois, avec DLQI à 15. Coloscopie et TDM CTAP montrent l'absence de lésions suspectes, avec infiltration des parties molles sous-cutanées. IRM pelvien et biopsie cutanée révèlent un carcinome épidermoïde bien différencié, invasif, classé T2N0M0. Traitement : radiochimiothérapie suivi d'une prise en charge chirurgicale.

Observation 04 : Patient de 59 ans avec antécédents de DHBNN du membre inférieur gauche, ischémie critique et rhumatisme inflammatoire non documenté, tabagique (20 PA, sevré depuis 28 ans). Hospitalisé pour des lésions ulcéreuses multiples aux fesses, jambes et coudes évoluant depuis 5 mois, avec DLQI à 14. Biopsie cutanée montre une vascularite leucocytoclasique et dermite de stase avec un infiltrat dense suspect. Immunohistochimie révèle un processus lymphomateux de phénotype T avec un marquage diffus et intense. Bilan d'extension : échographie ganglionnaire et TDM CTAP montrent des adénopathies sus et sous-diaphragmatiques. Biopsie d'une ADP axillaire confirme un lymphome T angio-immunoblastique. Chimiothérapie (R-CHOP) initiée.

Discussion

Les ulcères chroniques peuvent parfois dissimuler des pathologies tumorales graves, comme le montrent les cas présentés. Tous les cas observés étaient masculins, avec le tabagisme comme facteur de risque commun. Les ulcères ont évolué entre 2 mois et 2 ans et ont eu un impact significatif sur la qualité de vie des patients. La détection précoce des signes atypiques et l'utilisation de protocoles diagnostiques complets incluant la réalisation des biopsies cutanées, l'imagerie, et l'études immunohistochimiques, sont essentielles pour confirmer la suspicion clinique. La présence de lymphomes dans trois cas sur quatre et d'un carcinome épidermoïde met en évidence la diversité des pathologies sous-jacentes possibles. Ces résultats corroborent la littérature existante, soulignant l'importance d'une évaluation approfondie des ulcères cutanés persistants et atypiques. Une approche multidisciplinaire est cruciale pour une prise en charge efficace, permettant un traitement précoce et ciblé, et ainsi améliorant significativement le pronostic et la qualité de vie des patients.

Conclusion

Bien que les ulcères chroniques soient fréquemment bénins, leur potentiel à révéler des cancers souligne l'importance d'une vigilance clinique continue et d'une évaluation diagnostique approfondie pour optimiser les résultats thérapeutiques et la prise en charge des patients.

Cancers cutanés des zones photoexposées : le parcours du combattant

K. Bennani, O. El Jouari, M. El Bakkali, S. Gallouj

Service de dermatologie-vénérologie, CHU Med VI, Tanger

Introduction :

Aujourd'hui, l'exposition au soleil est de plus en plus fréquente, que ce soit par nécessité professionnelle ou par plaisir. Bien que posséder un teint bronzé soit esthétiquement agréable, cela comporte des risques. Le soleil est le principal facteur de risque de cancer cutané. Dans cette étude, nous décrivons les différentes étapes par lesquelles passe un patient atteint d'un cancer cutané dans une zone photo-exposée : diagnostic, traitement et suivi.

Objectifs :

- Mettre en évidence l'importance d'un bon examen clinique.
- Présenter les différentes techniques chirurgicales.

Matériels et méthodes :

Nous avons réalisé une étude rétrospective sur des patients atteints de cancer cutané dans des zones photo-exposées, pris en charge par le service de dermatologie du CHU Med VI Tanger. Nous avons évalué les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, dermoscopiques, thérapeutiques et évolutives chez 30 patients suivis pour un cancer cutané.

Résultats :

Nous avons recensé 30 patients avec un cancer cutané confirmé par biopsie. 59 % étaient des femmes, avec une moyenne d'âge de 60 ans. Tous s'exposaient au soleil au moins 3 heures par jour, dont 13 % exerçaient une activité professionnelle en plein air. Les zones atteintes étaient le visage (78 %), le cuir chevelu (9 %), et la zone rétro-auriculaire (3 %).

Le diagnostic a été posé par examen dermatologique avec recours au dermoscope, suivi d'examens complémentaires. 12 % des patients avaient une atteinte ganglionnaire. Tous ont subi une biopsie confirmant le cancer cutané. 62 % des patients avaient un carcinome basocellulaire, 29 % un mélanome, et le reste un carcinome épidermoïde. Les patients atteints de mélanome ont bénéficié d'un bilan d'extension.

Pour le traitement, 59 % ont subi une exérèse complète avec marges suivie d'une suture simple, 5 % ont eu recours à un lambeau, 5 % à une cicatrisation dirigée, et 5 % à une greffe cutanée. Les patients ont eu des changements de pansement deux fois par semaine. Le délai moyen de cicatrisation était de 25 jours, certains patients ont bénéficié de la cicatrisation par LED. Les patients avec une atteinte ganglionnaire ont reçu un traitement complémentaire par d'autres disciplines.

Discussion :

La peau, composée de trois couches (épiderme, derme, hypoderme), constitue une barrière protectrice contre l'environnement extérieur. La majorité des cancers cutanés se développent au niveau de l'épiderme. Les mélanomes proviennent des mélanocytes,(1) tandis que les carcinomes se développent à partir des kératinocytes.

À notre connaissance, cette étude est la première à regrouper les trois types de cancers cutanés. Le carcinome basocellulaire (2) était le plus fréquent, avec une prédominance féminine et un âge moyen de 60 ans. Notre prise en charge est conforme à la littérature. Le traitement principal reste la chirurgie, avec une exérèse complète sous anesthésie locale, suivie d'une analyse anatomopathologique pour vérifier l'absence de cellules malignes restantes.

L'exérèse de cancers cutanés laisse généralement une cicatrice discrète. Pour les lésions plus importantes, des techniques comme la cicatrisation dirigée, le lambeau de rotation ou la greffe de peau peuvent être nécessaires.

Pour les carcinomes, la cicatrisation esthétique est favorisée par des crèmes cicatrisantes et la lumière LED. Pour les mélanomes, le pronostic vital prime, et les traitements peuvent inclure l'immunomod, la chimiothérapie ou la radiothérapie. Un suivi régulier est essentiel, tous les 6 mois puis annuellement.

La photoprotection reste essentielle pour prévenir de nouvelles lésions tumorales, et une prise en charge précoce est toujours la meilleure option.

Conclusion :

L'exposition au soleil, bien que parfois inévitable et souvent recherchée pour des raisons esthétiques, constitue un facteur de risque majeur pour le développement des cancers cutanés. Cette étude met en lumière le parcours complexe des patients atteints de cancers cutanés dans les zones photo-exposées, en soulignant l'importance d'un diagnostic précoce, d'un examen clinique rigoureux et de techniques chirurgicales adaptées.

Les résultats montrent une prévalence plus élevée des carcinomes basocellulaires et une majorité de cas chez des femmes d'âge moyen. La prise en charge chirurgicale, majoritairement par exérèse complète, associée à des techniques de cicatrisation avancées, a permis une guérison efficace et esthétiquement satisfaisante pour la majorité des patients. Toutefois, les cas de mélanomes nécessitent une approche plus agressive et multidisciplinaire en raison de leur potentiel de gravité.

En conclusion, cette étude réaffirme l'importance de la prévention, notamment par la photoprotection, et de la détection précoce pour améliorer les résultats thérapeutiques des cancers cutanés. Une sensibilisation accrue à ces risques et une éducation sur les mesures de protection solaire sont essentielles pour réduire l'incidence de ces cancers. Le suivi régulier des patients, après traitement, reste primordial pour détecter d'éventuelles récurrences ou nouvelles lésions à un stade précoce.

Mélanome à cellules rondes indifférenciées

E. S. Okouango 1, F. Hali 1, B. Bouchra 1, M. Regragui 2, A. Messoudi 3, S. Chiheb1 1
Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

2 Service d'Anatomie-Pathologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

3 Service de Traumatologie-Orthopédie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction

Le mélanome à cellules rondes indifférenciées est un type histologique rare de mélanome avec des caractéristiques clinico-pathologiques différentes. Son diagnostic histologique se fait devant les cellules rondes indifférenciées et l'absence de pigment, confirmées à l'immunohistochimie. Il engage le pronostic vital par sa capacité à métastaser. Nous rapportons l'observation d'une patiente de 80 ans présentant un mélanome à cellules rondes indifférenciées confirmée à l'immunohistochimie.

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 80 ans. Et qui présentait depuis 3 ans une lésion nodulaire de l'hallux gauche hyperpigmentée noirâtre, indolore, augmentant progressivement de taille. Une biopsie exérèse avec étude histologique avait été réalisée concluant à un naevus mélanocytaire dermique irrité avec une activité jonctionnelle et intra-épidermique sans atypies cytonucléaires et d'activité mitotique. L'évolution fut marquée par la survenue d'une tuméfaction de la cuisse gauche, indolore. L'examen clinique retrouvait : une tuméfaction nodulaire en regard du bord interne de l'hallux gauche, de couleur de peau normale, indolore, surmontée d'une lésion maculaire hyperpigmentée; un placard nodulaire de la racine de la gauche. Une chirurgie et curage de la masse a été indiquée. L'examen histologique de la masse a retrouvé un tissu fibroadipeux siège d'une prolifération tumorale d'architecture diffuse, richement vascularisée ; les cellules tumorales sont de taille intermédiaire munie d'un noyau anisocaryotique parfois nucléolé et d'un cytoplasme peu abondant et éosinophile. Il n'a pas été observé de nécrose tumorale, mais plutôt quelques figures mitotiques. La microscopie de l'hallux retrouve une prolifération du même aspect que sus décrit, siégeant au niveau dermique profond et hypodermique. L'immunohistochimie montre que les cellules de la prolifération tumorale sus-décrite expriment la protéine S100 et le Melan A.

Discussion

Notre observation illustre une atteinte rarement rapportée dans la littérature. Le mélanome à cellules rondes indifférenciées est un type histologique rare. Le diagnostic positif immunohistochimique se fait après études anatomopathologique et immunohistochimique.

Le profil épidémiologique et clinique du mélanome cutané :

Expérience du service de dermatologie du CHU Mohammed VI d'Oujda.

H.Talbi¹, S.Bensalem¹, N.Zarrouki^{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, Oujda Maroc.

Introduction :

Le mélanome est une tumeur maligne cutanée agressive à potentiel métastatique important, bien qu'il soit moins fréquent. Il se développe au dépend des mélanocytes.

Son incidence est en hausse, principalement à cause de l'exposition accrue aux rayons UV. Le diagnostic précoce est essentiel pour améliorer le pronostic, mais à un stade avancé, le mélanome reste difficile à traiter.

Notre étude avait pour but de déterminer le profil épidémiologique et clinique du mélanome cutané au Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI d'Oujda.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique, menée au service de Dermatologie du CHU Mohammed VI d'Oujda sur une période de 10 ans allant de décembre 2014 à septembre 2024, incluant les patients suivis pour mélanome. Les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'exploitation préétablie.

Résultats :

Au total, notre étude a colligé 30 cas de mélanome sur une période de 10 ans, avec un taux annuel de 3 cas par an. L'âge moyen de nos patients était de $61,53 \pm 16,95$ ans avec un sexe-ratio H/F de 1.5. Les facteurs de risques retrouvés dans notre série étaient le niveau socio-économique bas chez 63,33% des patients, l'exposition prolongée au soleil chez 66,66%, les traumatismes répétés chez 50%, le phototype clair dans 23,33%, le xeroderma pigmentosum chez 6,6% et une immunodépression acquise chez 1 patient dû au traitement par Rituximab. La durée moyenne d'évolution des lésions au moment du diagnostic était de $5,86 \pm 5,84$ ans. Le DLQI moyen à l'admission était de $10,34 \pm 5,11$, traduisant un effet important de la maladie sur la qualité de vie des patients. La localisation la plus retrouvée dans notre série est la localisation plantaire (53,33%). Les signes dermoscopiques les plus retrouvés étaient le réseau pigmentaire irrégulier (86,6%), les globules bruns (36,6%), les stries radiaires (20%), le voile bleu-blanc (63,3%), les structures de régression (46,6%), la vascularisation atypique (43,3%), la pigmentation hétérogène (93,3%), le patron parallèle aux crêtes (43,3%), l'envahissement des pores sudoraux (30%) et les zones rouges laiteuses (23,3%). Le mélanome acrolentigineux était le type anatomoclinique le plus fréquent (66,6%) suivi par le mélanome de Dubreuilh (16,6%), le mélanome nodulaire (10%) et le mélanome superficiel extensif (SSM) (6,6%). Sur le plan histologique 43,3% des patients avaient un Breslow supérieur à 4 mm et 56,6% avaient un niveau de Clark de 4 ou 5. Tous les patients ont bénéficié d'une échographie des aires ganglionnaires, d'une TDM cérébro-cervico-thoraco-abdomino-pelvienne et d'un dosage du taux de LDH et seulement 20% ont bénéficié d'un Pet Scan. Des métastases cutanées ont été retrouvées dans 23,3% cas, des métastases ganglionnaires dans 13,3% et des métastases viscérales dans 13,3% des cas. Quant à la prise en charge thérapeutique la chirurgie d'exérèse de la tumeur primitive a été préconisée dans 86,6% des cas avec des marges qui étaient saines, et

20% des patients ont bénéficié d'un curage ganglionnaire en association à l'exérèse de la tumeur primitive, et seulement deux patient (6,6%) des patients ont bénéficié d'un traitement par chimiothérapie. Concernant le profil évolutif, le taux de mortalité de notre série était de 16,6% avec un délai moyen entre le début de la symptomatologie et le décès était de 5,3 ans et un délai moyen entre le diagnostic et le décès était de 10,4 mois, dont un patient qui avait présenté une récurrence locale du mélanome. Dix de nos patients (33,3%) ont été perdus de vue dont 3 avant le début du traitement et 7 après la prise en charge thérapeutique.

Discussion :

Dans notre série, le mélanome constituait 1,6 % des hospitalisations dans notre service, avec une incidence annuelle de 3 cas par an. Ce qui est inférieur aux incidences rapporté par plusieurs études nationales, dont l'étude de Casablanca (4,33 cas par an) (1), du CHU de Marrakech (4,5 cas par an) (2) et du CHU d'Agadir (7,37 cas par an) (3), mais se rapproche à l'incidence rapporté dans la série de Rabat qui est de de 2,3 cas par an. (4) L'âge moyen au diagnostic qui était de 61,53ans ainsi que la prépondérance masculine observés dans notre étude sont cohérents avec les données de diverses études nationales et internationales, notamment la série de Marrakech où le sexe masculin constituait 60% avec un sexe-ratio H/F similaire à celui de notre étude qui était de 1.5, avec un âge moyen de 62ans. (2) Les principaux facteurs de risque identifiés dans la littérature, tels que le phototype clair, une exposition solaire prolongée, et un faible niveau socio-économique, ont également été retrouvés dans notre série. En outre, la prédominance du sous-type acro-lentigineux constitue une particularité que partage le Maroc avec les pays maghrébins et africains et qui fait suggérer le rôle des microtraumatismes répétés dus à la marche pieds nus, qui était aussi présent dans notre série chez 50% des patients. La localisation plantaire fréquente, le type acro-lentigineux et les indices de Breslow et Clark élevés observés dans notre série reflètent les données des études africaines et maghrébines, contrastant avec les observations faites dans les pays occidentaux, ce qui souligne le retard de consultation important chez nos patients. Au cours de la dernière décennie, les options thérapeutiques ont connu une évolution rapide, marquée par l'introduction de thérapies ciblées et l'avènement de l'immunothérapie, offrant ainsi de nouvelles perspectives dans l'amélioration du pronostic de cette tumeur.

Conclusion :

Au Maroc, le mélanome présente des particularités épidémiologiques et anatomocliniques similaires à celles retrouvées dans les études Maghrébines et Africaines, notre étude décrit les caractéristiques épidémiologique, cliniques et histologiques et les différentes modalités thérapeutiques et évolutives de nos patients. À la lumière de ces résultats nous ne pouvons que souligner l'importance de la sensibilisation de la population afin de modifier les comportements solaires « à risque et du dépistage des lésions suspectes lors de tout examen clinique.

Références :

1. El Mesbahi S, Zouhair K, El Ouazzani T et al. Mélanome malin à casablanca : une tumeur à ne pas méconnaître ; Service de dermatologie- vénérologie CHU Ibn Rochd- Casablanca. Journal du praticien 2005;14:21.
2. Lakraichi, A. (2015). Le profil épidémiologique du mélanome cutané dans la région de Marrakech, à propos de 50 cas et revue de la littérature (Doctoral dissertation, Thèse de doctorat en médecine. Marrakech: université CADI AYYAD).
3. BOUSKOUL M, AMAL S. Le profil épidémiologique de mélanome cutané dans la région

d'Agadir. 2009

4. Romli A. Le mélanome: étude à propos de dix cas et revue de la littérature [Thèse]. Rabat: Université Mohammed V, 2005 A Case Series and Review of the Literature. *Dermatol Surg.* 2007;33:1-10.

Titre: Mélanome partiellement régressif : A propos d'un cas

B. Idrissi Rhenimi, N. Ammar, S. Hamada, M. Meziane, N. Ismaili, L. Benzekri, K. Senouci

Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Ibn Sina, Université Mohammed V Souissi

INTRODUCTION

Le mélanome cutané est une forme grave de cancer de la peau qui prend naissance au niveau des cellules mélanocytaires. Même s'il est moins fréquent que le carcinome basocellulaire (CBC) et le carcinome spinocellulaire (CSC), ce cancer de la peau est le plus agressif en raison de sa capacité à se disséminer plus rapidement à d'autres organes s'il n'est pas traité à un stade précoce.

On distingue une entité spécifique qui est le mélanome régressif, c'est un phénomène

Caractérisé par le remplacement partiel ou complet du mélanome cutané par des structures

Fibreuses résultant d'une réponse immunitaire locale de l'hôte.

Le pronostic de ce type de mélanome est sombre, principalement parce que la plupart d'entre eux sont associés à des métastases ganglionnaires ou d'autres organes.

Nous décrivons un cas rare de mélanome régressif chez un patient de 70 ans.

OBSERVATION CLINIQUE

Nous présentons le cas d'un patient de 70 ans, sans ATCD particuliers. Lors de sa cure

Chirurgicale d'une hernie inguinale, un magma d'adénopathie a été biopsié révélant une métastase d'un mélanome. Il fut adressé à notre formation pour prise en charge.

Le patient présentait une lésion cutanée dépigmentée entourée de zones de pigment brun/noir à sa périphérie, situées sur la face interne du pied droit. Le patient a confirmé la présence d'une lésion initiale hyperpigmentée qui avait régressé spontanément environ 6 mois.

Le patient a bénéficié d'une exérèse et l'examen anatomopathologique a objectivé un tissu

cutané de type palmoplantaire comportant un résidu tumoral, limité au derme papillaire. Il se caractérise par des massifs cellulaires de nature névrique modérément atypiques sans activité jonctionnelle visible, en faveur d'un mélanome malin partiellement régressif, ainsi qu'un curage ganglionnaire avec à l'examen anatomopathologique 24 ganglions métastatiques R+ avec envahissement cutané.

Et il a été transféré au service d'oncologie où un PET-scanner a été réalisé montrant l'apparition de trois nouveaux foyers actifs ganglionnaires pathologiques inguinaux au niveau du lit du curage et des cures d'immunothérapie à base de Pembrolizumab ont été débutées chez le patient à raison d'une cure chaque 21 jours sans complément de chimiothérapie ni de radiothérapie.

DISCUSSION

La régression d'un mélanome est un phénomène où la réponse immunitaire de l'hôte attaque les cellules tumorales mélanocytaires primaires, souvent par l'intermédiaire des lymphocytes, entraînant un processus fibrotique.

La plupart des mélanomes régressifs sont observés après l'apparition de métastases, ce qui contribue à considérer la régression comme un facteur pronostique négatif pour le mélanome.

Certaines études cliniques ont lié le mécanisme immunologique impliqué dans le phénomène de régression à la réponse cytotoxique des lymphocytes T. D'autres molécules ont également été identifiées dans ce contexte.

L'histologie du mélanome régressif est définie par Smoller et al. comme une réponse partielle de l'hôte à un néoplasme malin, entraînant une diminution du processus, le fait que cette diminution a lieu en l'absence de toute thérapie peut compléter cette hypothèse. D'un point de vue histopathologique, les changements survenant lors de la régression sont similaires à ceux observés dans une cicatrice. Pour simplifier, on observe un infiltrat de lymphocytes mélangés à des macrophages chargés de pigments qui sous-tendent un épiderme atrophique avec des crêtes aplaties. Les mélanocytes sont manifestement absents de l'épiderme qui recouvre ce processus dermique.

En ce qui concerne les modifications dermoscopiques du mélanome régressif, Bories et ses collègues ont proposé sept critères : une dépigmentation de type cicatricielle qui peut se présenter sous forme de macules hypopigmentées à pigmentées, des macules roses, des vaisseaux linéaires-irréguliers, un motif de vaisseaux globulaires, des restes maculaires hyperpigmentés, des restes papuleux bleu-gris; et des bandes transversales blanches.

La prise en charge du mélanome totalement ou partiellement régressif devraient bénéficier de la même prise en charge que celle du mélanome cutané primitif. Elle dépend de facteurs tels que l'indice de Breslow, le nombre de mitoses et la présence d'ulcération, qui contribuent à déterminer le stade de la tumeur et à guider le traitement approprié.

Plus de 47 cas de mélanome régressif ont été décrits dans la littérature, dont l'association de la régression avec les métastases ganglionnaires a été débattue. Les métastases ganglionnaires, tant dans les ganglions lymphatiques non sentinelles que dans les ganglions lymphatiques SLN, constituent le facteur pronostique le plus important dans le mélanome. Le rôle de la régression dans le mélanome de stade avancé n'a pas été rapporté jusqu'à présent. Morton et al. ont rapporté que la régression est associée à un risque plus élevé de développer des métastases ganglionnaires. Inversement, White et al. ont rapporté que dans les mélanomes fins (moins de 1 mm), la présence de régression est associée à une probabilité plus faible de SLN positif.

En outre, d'autres études ont montré que la régression n'augmente pas le risque de métastases.

CONCLUSION

Le phénomène régressif du mélanome reste rare, généralement observé après l'apparition de métastases. Le mécanisme immunitaire n'est pas clair, mais on considère que la réponse cytotoxique des lymphocytes T fait partie du processus régressif.

Le pronostic des mélanomes régressifs est sombre, principalement parce que la plupart d'entre eux sont associés à des métastases ganglionnaires ou organiques.

Mélanome révélé par des lésions vitiligineuses, à propos d'un cas au CHU de Tanger

Y. El Bouhali, Fz. El Ali, F. Soulami, H. Dahmani, Y. El Ghallal, O. El Jouari, S. Gallouj

Service de Dermatologie et Vénérologie CHU Tanger Tétouan Al-Hoceima

Faculté de Médecine et de pharmacie Tanger

Introduction :

Le vitiligo est une dermatose auto-immune qui se caractérise par une dépigmentation associée le plus souvent à des maladies auto-immunes spécifiques d'organe. L'association de vitiligo avec le mélanome est bien connue, tandis que la physiopathologie demeure mal élucidée.

Nous rapportons à travers ce travail, un cas de vitiligo dont la survenue a précédé 20ans la survenue d'un mélanome des parties molles au niveau de la cuisse droite.

Observation :

Il s'agit d'un patient B.M âgé de 36ans, sans atcds pathologiques notables, qui consulte pour des lésions achromiques au niveau du visage évoluant depuis 20ans avec une masse sous-cutanée au niveau de la cuisse droite évoluant depuis 1an indolore. Le tout évoluant dans une contexte d'altération de l'état général et un amaigrissement chiffré à 10kg sur 1mois.

A l'examen clinique : patient pale, pesant 58kg pour une taille de 1,76m.

L'examen dermatologique a objectivé des plaques dépigmentées localisées uniquement en regard de la mandibule. L'examen à la lumière de Wood a objectivé une prise de contraste et absence de lésions infracliniques.

Par ailleurs, présence d'une masse sous cutanée en regard de la face antéro-interne de la racine de la cuisse droite, faisant 5cm de grand axe, indolore à la palpation , fixe par rapport aux plans superficiel et profond, de consistance ferme et sans signes inflammatoires en regard.

Biologiquement : Anémie normochrome normocytaire.

Radiologiquement :

-TDM de la cuisse droite : Masse tissulaire nécrotique sous-cutanée de la face antéro-interne du tiers proximal de la cuisse, refoulant les structures musculaires adjacentes en arrière sans signe d'infiltration associée à quelques adénopathies péri lésionnelles avec un aspect infiltré de la graisse : en rapport avec une atteinte tumorale avec des lacunes osseuses intramédullaire du tiers proximal de la diaphyse fémorale d'allure suspecte dans ce contexte.

IRM de la cuisse droite : Masse tissulaire sous-inguinale droite de 17,2 cm de grand diamètre, évoquant un liposarcome versus une tumeur fibro-lipomateuse suspecte associée à une lésion médullaire sous-tranchantérienne du fémur droit de 25mm.

TDM TAP : multiples métastases pulmonaires , hépatiques et rénales, et au niveau du rachis lombaire.

Prise en charge : On a référé le patient au service de traumatologie pour une éventuelle biopsie échoguidée qui est revenue en faveur de mélanome puis le patient a bénéficié d'une biopsie exérèse de la tumeur inguinale

Discussion :

Le vitiligo est une achromie acquise liée à une destruction auto-immune des mélanocytes. Un de ses aspects mystérieux est sa relation avec le mélanome.

L'association vitiligo et mélanome est largement décrite, avec des incidences différentes selon les séries.

La pathogénie de cette association peut être secondaire à une réponse immune dirigée contre les antigènes associés au mélanome exprimés par les mélanocytes sains.

En effet, le mélanome est considéré comme une tumeur hautement immunogène en raison de sa forte charge mutationnelle, et il a également été constaté que les antigènes reconnus par les lymphocytes T cytotoxiques isolés chez les patients atteints de mélanome sont exprimés à la fois dans les cellules de mélanome et dans les mélanocytes normaux, ce qui explique pourquoi ils pourraient également être présents dans les réponses auto-immunes contre les mélanocytes qui conduisent au vitiligo.

Devant les similitudes cliniques et immuno-histologiques de ces achromies avec le vitiligo classique, une surveillance prudente des patients porteurs de vitiligo est indispensable afin de détecter un potentiel du mélanome associé.

Conclusion :

Le vitiligo est une achromie acquise liée à une destruction auto-immune des mélanocytes. Un de ses aspects mystérieux est sa survenue avec un mélanome.

La découverte d'un mélanome métastatique chez un patient atteint de vitiligo est généralement un cas rare. Cependant, son diagnostic a des implications sur le pronostic vital en raison de mortalité élevée. L'approche globale de ces patients est la clé de leur survie(3, 4)

Notre patient présente un vitiligo qui a précédé plusieurs années le mélanome, il a consulté après l'apparition de la masse sous cutané et il était référé au service de traumatologie pour une éventuelle exérèse et complément de prise en charge.

Mélanome sur ulcère de Marjolin : Une complication exceptionnelle

Imane HAKIM¹, Layla BENDAOU¹, Maryem ABOUDOURIB¹, Ouafa HOCAR¹, Said AMAL¹

Oumkeltoum ELATIQUI², Samira BOUKIND², Moulay Driss EL AMRANI², Yassine BENCHEMKHA²

Service de Dermatologie, CHU Mohammed VI – Marrakech¹

Service de Chirurgie plastique, CHU Mohammed VI – Marrakech²

Laboratoire de Biosciences, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, Maroc

Introduction

L'ulcère de Marjolin est une entité vaste désignant les cancers cutanés résultants de la transformation de plaie chronique de nature hétérogène. Les cicatrices de brûlures sont les lésions les plus à risque de dégénérescence, à cause d'une forte tension cutanée. Les formes atypiques sont d'une fréquence est sous-estimée. Nous rapportons le cas d'un mélanome sur ulcère de Marjolin.

Objectif

Le but de notre travail est d'attirer l'attention sur une présentation clinique extrêmement peu fréquente pouvant menacer le pronostic vital.

Observation

Il s'agit d'une patiente, âgée de 69 ans, ayant comme antécédent une brûlure thermique par flamme à l'âge de 5 ans, siégeant au niveau abdominal et des deux cuisses, compliquée d'une lésion ulcéro-bourgeonnante inguinale gauche, évoluant depuis 30 ans. L'examen dermatologique a noté la présence d'une tumeur ulcéro-bourgeonnante achromique inhomogène, à bordure surélevée et à base indurée, faisant 4 cm de grand axe, douloureuse et saignant au contact, reposant sur un placard érythémateux rétractile (bride). La dermoscopie avec immersion et lumière polarisée a mis en évidence des aires laiteuses par endroit, avec des zones centrales sans structures. La vascularisation était de type polymorphe : vaisseaux linéaires et tortueux, siégeant sur un fond rosé érythémateux. A la limite du reste de l'examen clinique, aucune lésion suspecte n'a été objectivée. L'examen des aires ganglionnaires a retrouvé une adénopathie inguinale homolatérale difficilement palpable. Une biopsie cutanée a été réalisée. L'examen anatomopathologique complété par immunohistochimie était en faveur d'un mélanome malin. Cela concluait à un mélanome sur ulcère de Marjolin. Une IRM pelvienne a mis en évidence des ADP inguinales homolatérales de 23x24mm. Le reste du bilan d'extension locorégionale et à distance, incluant une TDM thoraco-abdomino-pelvienne, TDM cérébrale et échographie des aires ganglionnaires sont en cours. Une exérèse chirurgicale avec marges, mis à plat et curage ganglionnaire sont prévues.

Discussion

L'ulcère de Marjolin désigne l'ensemble des tumeurs malignes développées sur plusieurs types de cicatrices et d'ulcérations chroniques. Dans la plupart des cas, il s'agit de cicatrice de brûlure, comme c'est le cas chez notre patiente. Dans une revue de la littérature faite par Mahlon et al., qui a inclus 443 patients, 76,5% de ces patients avaient développé un ulcère de Marjolin sur des anciennes cicatrices de brûlures. Pour la forme histologique, il s'agit d'un carcinome épidermoïde dans 71% des cas, carcinomes basocellulaires dans 12% des cas, d'un mélanome dans 6% des cas (tel que rapporté dans notre observation), sarcomes dans 5% des cas, et dans 4% des cas, d'autres tumeurs plus rares telles que les liposarcomes et les fibrosarcomes. L'ulcère de Marjolin se développe généralement au niveau des membres et du tronc et plus particulièrement au niveau des grands plis de flexion puisque l'ulcération est entretenue par les forces musculaires antagonistes et les traumatismes fréquents. Il peut également siéger au niveau cervico-facial plus rarement. Le délai d'apparition de ces tumeurs cutanées varie en moyenne de six semaines à 30 ans. Ce temps de latence était de 30 ans chez notre patiente. Son étiopathogénie est multifactorielle et reste encore mal élucidée. Le pronostic de l'ulcère de Marjolin reste réservé vu son haut potentiel métastatique, son risque de récurrence et son taux élevé de mortalité et de comorbidité. Bien que sa prise en charge soit controversée, la chirurgie radicale reste le traitement de choix, associée, dans certains cas, à la radiothérapie et à la chimiothérapie. Quant au curage lymphatique, il n'existe actuellement pas de consensus. La plupart des auteurs s'accordent sur l'inutilité d'un curage lymphatique prophylactique, tandis que Novick et al. soulignent l'importance du curage ganglionnaire prophylactique en particulier en cas d'ulcère de Marjolin des membres inférieurs. Ainsi, le meilleur traitement reste la prophylaxie, et cela en ayant recours à la greffe précoce, tout en surveillant ces patients à long terme. En cas de lésions de brûlure laissées en cicatrisation dirigée, une exérèse préventive du tissu cicatriciel fibreux suivi d'une réparation de la perte de substance résiduelle peut empêcher l'apparition de ces tumeurs cutanées.

Conclusion

Notre observation est originale par la fréquence sous-estimée de la survenue d'un mélanome sur cicatrice de brûlure, qui reste une complication redoutable. Ainsi, toute plaie chronique doit bénéficier de biopsies multiples, sur l'ensemble de sa surface, en vue de la réalisation d'un examen anatomopathologique bien précis. Son traitement est avant tout préventif, basé sur une prise en charge initiale correcte des lésions de brûlure et une surveillance régulière des cicatrices instables. Par ailleurs, en cas de lésions suspectes, le traitement chirurgical doit être radical d'emblée.

PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE DU MELANOME CUTANÉ AU NORD DU MAROC

Yasmine Rkiek (1), Ouiame El Jouari (1), Gallouj Salim(1)

Servie de Dermatologie, CHU Tanger

Le mélanome est une tumeur maligne développée aux dépens de mélanocytes. Lésion redoutable à haut potentiel métastatique. Au Maroc, à l'instar du reste des pays du Maghreb et de l'Afrique, malgré un ensoleillement important, la fréquence de cette tumeur reste relativement faible. Notre étude avait pour but de déterminer le profil épidémiologique du mélanome cutané dans la région du nord du Maroc. Une étude rétrospective descriptive a été menée sur une période de 4 ans (2020-2024), incluant tous les cas de mélanome cutané colligés dans le service de dermatologie et d'anatomie pathologique du CHU Mohamed VI de Tanger ainsi que les différents laboratoires d'anatomie pathologique privés du nord (Tanger, Tétouan, Larache, AlHoceima). Quarante cinq cas de mélanome cutané ont été recensés. L'âge moyen était de 55 ans et le sex ratio (H/F) de 1,5. Un seul cas de mélanome sur xeroderma pigmentosum a été rapporté. La taille tumorale moyenne était de 2,56 cm. Le membre inférieur était le siège électif de la tumeur (67%) intéressant la région plantaire dans 75% des cas. Le mélanome acrolentigineux était le type anatomoclinique le plus fréquent (54%). L'indice de Breslow était supérieur à 4 mm dans 76% des cas. Concernant la série des mélanomes cutanés colligés au service de dermatologie du CHU Mohamed VI (12 malades), la chirurgie d'exérèse a été préconisée dans 100% des cas. Le traitement adjuvant a été proposé dans 23% des cas. Au Maroc, le mélanome présente des particularités épidémiologiques et anatomocliniques similaires à celles retrouvées dans les études Maghrébines et Africaines et contrastantes avec les données de la littérature occidentale. Le mauvais pronostic et la difficulté de prise en charge des mélanomes cutanés imposent un dépistage précoce de ces tumeurs.

Introduction :

Le mélanome cutané est un cancer de la peau potentiellement agressif. Son incidence est en augmentation dans le monde. Au Maroc, peu de données épidémiologiques sont disponibles sur cette pathologie.

Objectif

L'objectif de cette étude était de décrire le profil épidémiologique des mélanomes cutanés dans la région du nord du Maroc.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur une période de 4 ans, incluant tous les cas de mélanomes cutanés diagnostiqués histologiquement dans la région du nord du Maroc. Les données épidémiologiques, cliniques et histologiques ont été collectées.

Résultats

Au total, 45 cas de mélanomes cutanés ont été recensés. L'âge moyen des patients était de 55 ans. Le sex-ratio homme/femme était de 1,5. Un seul cas de mélanome sur xeroderma pigmentosum a été rapporté. La taille tumorale moyenne était de 2,56 cm. Le membre inférieur était le siège électif de la tumeur (67%) intéressant la région plantaire dans 75% des cas. Le mélanome acrolentigineux était le type anatomoclinique le plus fréquent (54%). L'indice de

Breslow était supérieur à 4 mm dans 76% des cas. Concernant la série des mélanomes cutanés colligés au service de dermatologie du CHU Mohamed VI (12 malades), la chirurgie d'exérèse a été préconisée dans 100% des cas. Le traitement adjuvant a été proposé dans 23% des cas. Au Maroc, le mélanome présente des particularités épidémiologiques et anatomocliniques similaires à celles retrouvées dans les études Maghrébines et Africaines et contrastantes avec les données de la littérature occidentale. Le mauvais pronostic et la difficulté de prise en charge des mélanomes cutanés imposent un dépistage précoce de ces tumeurs.

Conclusion

Cette étude met en évidence une incidence non négligeable des mélanomes cutanés dans la région du nord du Maroc. La sensibilisation de la population et des professionnels de santé est nécessaire pour permettre un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate de cette pathologie.

Récidive d'un mélanome acro-lentigineux sur greffe cutanée : démarche diagnostique et thérapeutique aberrantes à ne pas commettre

W. Atine ; F. Hali ; B. Baghdad ; S. Chihab

Service de dermatologie vénérologie, CHU Ibn Rochd

Introduction :

Le mélanome est une tumeur maligne grave développée aux dépens des mélanocytes, sa gravité est liée principalement à son pouvoir métastatique élevé. Il est donc nécessaire de mener une démarche diagnostique et thérapeutique bien réfléchies en se référant aux lignes directrices mondiales. Cependant, certaines conduites aberrantes sont toujours de mise en pratique courante. Nous rapportons ainsi un cas d'une récidive d'un mélanome acro-lentigineux sur greffe cutanée consécutive au non-respect des référentiels.

Observation :

Mme F.D, âgée de 58 ans, a consulté chez un chirurgien général pour une lésion noire du talon droit douloureuse et non prurigineuse évoluant depuis 3 ans précédée par une lésion naevique avec notion de microtraumatismes à répétition à la suite d'une marche à pied nu et d'une brûlure thermique (eau bouillante). La patiente a bénéficié ainsi d'une biopsie exérèse avec une marge de résection de 0.5 cm complétée au même temps opératoire d'une greffe cutanée. Cette biopsie exérèse a conclu à un mélanome acrolentigineux infiltrant ulcéré, un Breslow de 2 mm et un niveau 3 selon Clark et Mihm. Neuf mois plus tard, la patiente a consulté chez nous devant la réapparition de lésions noirâtres sur la greffe cutanée. A l'examen dermatologique, on retrouvait une lésion ulcéreuse mesurant 4,5 cm de grand axe siégeant au niveau du talon droit, à bordure hyperpigmentée, irrégulière, épaisse et légèrement surélevée, à fond fibrino-hémorragique crouteux par endroit et hyperpigmenté par d'autre. Les aires ganglionnaires étaient libres et le reste de l'examen physique était sans particularités. Un bilan radiologique d'extension locorégionale et à distance a été réalisé, l'IRM du pied droit objectivait une anomalie de signal du coussinet graisseux du talon droit avec une extension aponévrotique et musculaire profonde en regard sans anomalies ostéo-articulaire décelable, l'échographie des aires ganglionnaires était normale, le PET Scan ne montrait pas de foyer d'hypermétabolisme en dehors du talon droit. Par ailleurs, le taux du LDH était augmenté à 320 UI/L. Ainsi, un stade 2A (T2b, N0, M0) a été retenu. Après une réunion de concertation pluridisciplinaire, la décision thérapeutique chez cette patiente était une reprise chirurgicale avec des marges de résection en latérale de 2 cm et en profondeur jusqu'au fascia plus ganglion sentinelle qui est

revenu négatif. Le geste chirurgical a été poursuivi d'une cicatrisation dirigée initialement puis d'une greffe cutanée complémentaire 20J plutard. Une surveillance clinique trimestrielle pendant 3 ans puis 1 fois par an a été envisagée chez cette patiente.

Discussion :

Devant une lésion noire plantaire, il est nécessaire de réaliser une biopsie exérèse complète avec une profondeur atteignant l'hypoderme. Ce geste doit être complété impérativement par une exérèse large avec des marges d'exérèse indice de Breslow dépendante ; un mélanome in situ nécessite une marge de 0,5 cm, un Breslow 0,1-1mm nécessite une marge de 1 cm, un Breslow de 1,01-2 mm nécessite une marge de 1 à 2 cm et un Breslow supérieur à 2 cm nécessite une marge de 2 à 3 cm. En cas de signes de régression, il faut utiliser des marges d'exérèse de la catégorie d'épaisseur supérieure, la pièce opératoire doit être orientée, l'exérèse en profondeur doit atteindre le fascia en le respectant. En absence d'adénopathies, pas de curage ganglionnaire de principe, le ganglion sentinelle semble intéressant dans ce cas, si ce dernier est positif, un curage ganglionnaire est proposé. En présence d'adénopathies, un curage chirurgical complet est indiqué. En absence d'atteinte ganglionnaire pas de traitement adjuvant, en présence d'atteinte ganglionnaire, un traitement systémique adjuvant (nivolumab, pembrolizumab, dabrafénib-trametinib) est indiqué. En cas de métastases en transit, une exérèse chirurgicale, une chimiothérapie intra-artérielle sur membre isolé ou une radiothérapie externe peuvent être indiqués. En cas de métastase unique, le traitement repose sur la chirurgie ou la radiothérapie stéréotaxique si maladie non opérable ou refus de chirurgie. Si maladie métastatique, il est primordial de préciser le statut BRAF ; si BRAF muté une thérapie ciblée anti BRAF/antiMEK est indiquée ; si BRAF non muté, une immunothérapie est indiquée.

Conclusion :

Pour un meilleur pronostic, la prise en charge du mélanome devrait être bien codifiée et multidisciplinaire impliquant le dermatologue, l'oncologue, le chirurgien et l'anatomopathologiste.

Vitiligo après traitement d'un mélanome choroïdien sur nævus d'Ota

1 M.Faik Ouahab 1 , B. El Gouti 1 , FZ.Agharbi 1 , S.Chiheb

1 Service de dermatologie, Hopital Universitaire International Cheikh Khalifa de Casablanca, UM6SS

Introduction :

Le nævus de Ota, ou mélanocytose oculodermique, est un trouble pigmentaire rare caractérisé par un hamartome mélanocytaire de la peau le long de la distribution des branches du nerf trijumeau. Cette condition est associée à un risque accru de développement de mélanome choroïdien. De plus, des cas où il coexiste avec le vitiligo ont déjà été décrits. Nous rapportons un cas où ces trois dermatoses sont présentes chez une même patiente.

Observation :

Une patiente âgée de 61 ans, aux antécédents de nævus de Ota compliqué de mélanome choroïdien gauche traité par énucléation il y a 3 ans consultait pour une dépigmentation du visage évoluant depuis 1 an. L'examen clinique retrouvait une hyperpigmentation bleu ardoisé, touchant la région fronto-orbito-maxillaire gauche ainsi que des macules achromiques à contours bien limités au niveau du nez et la région péribuccale. Par ailleurs, le reste de l'examen clinique était sans anomalies. Le diagnostic de vitiligo associé à un nævus de Ota après traitement d'un mélanome choroïdien a été retenu. Le traitement reposait sur l'application

topique de tacrolimus 0,1% et la patiente a bénéficié d'un suivi régulier en ophtalmologie dans le cadre de son antécédent mélanome choroïdien.

Discussion :

La survenue de dermatoses rares, à savoir le nævus de Ota compliqué de mélanome choroïdien, et le développement d'un vitiligo après traitement du mélanome chez notre patiente rend ce cas particulièrement intéressant. L'association entre le nævus de Ota et le mélanome choroïdien, bien qu'exceptionnelle, est bien décrite ; ce dernier en représente, avec le glaucome, la principale complication. En revanche, l'association entre le nævus de Ota et le vitiligo est extrêmement rare et ses mécanismes restent mal compris. La relation entre le mélanome choroïdien et vitiligo est complexe. L'apparition de vitiligo après traitement d'un mélanome uvéal pourrait indiquer une récurrence due à un phénomène immunosuppresseur justifiant ainsi une surveillance rapprochée afin de déterminer son influence sur les taux de survie. Chez les patients suivis pour mélanome cutané, l'apparition de vitiligo est considérée comme un signe de bon pronostic pour la survie à long terme. Ainsi, sa présence pourrait indiquer une réaction immunitaire renforcée contre le mélanome choroïdien disséminé, suggérant ainsi un pronostic plus favorable.

Conclusion :

Cette association complexe entre différentes dermatoses souligne l'importance d'une surveillance clinique continue et d'une compréhension approfondie des mécanismes immunologiques en jeu.

Atteinte osseuse par contiguïté lors d'un mélanome acrolentigineux : quels enjeux pour le pronostic ?

Y. HABIBI. F. HALI B. BAGHAD.M. RAJAALLAH.M. RAFAI.F. MARNISSI.S. CHIHEB

Service de dermatologie, Hôpital universitaire Ibn Rochd, Casablanca Maroc

Introduction :

Le mélanome unguéal est rare et représente environ 0,18 à 2,8 % de l'ensemble des mélanomes cutanés. Son incidence est estimée à 0,1/100 000 par an. L'amputation est généralement pratiquée en cas de mélanome unguéal invasif, mais tous les mélanomes invasifs n'envahissent pas la phalange distale ou ne s'y fixent pas. Nous rapportons le cas historique d'un patient présentant un mélanome unguéal avec une infiltration osseuse.

Observation :

Patient de 56 ans, ayant comme antécédent une bande mélanonychique manipulée du gros orteil droit depuis cinq ans, hospitalisé pour une masse tumorale pigmentée du gros orteil droit avec masse inguinale homolatérale évoluant depuis quatre ans. L'examen clinique du gros orteil droit retrouve une masse tumorale noire ulcérée, hétérogène, mal limitée, saignant au contact et mesurant 7 cm de grand axe. L'examen des aires ganglionnaires retrouve un placard nodulaire

infiltré de 9 cm, avec en son centre des lésions maculaires noirâtres érodées. Le PET scan a montré un processus lésionnel hypermétabolique du gros orteil droit avec lyse osseuse et un magma de l'inguinal superficiel droit avec des adénopathies hypermétaboliques sans autre atteinte systémique. Nous avons réalisé une amputation de Chopart et une résection ganglionnaire inguinale droite. L'étude histologique a confirmé un mélanome acrolentigineux avec une phase de croissance verticale, un *Breslow* à 7 cm et une infiltration osseuse par des mélanocytes atypiques. L'histologie de la masse inguinale droite a montré une métastase ganglionnaire mesurant 9,2 cm de long avec effraction capsulaire et extension aux tissus mous. Un traitement par immunothérapie a été mis en place avec appareillage du membre.

Discussion :

Dans les cas de métastases osseuses, les cellules de mélanome se dispersent dans tout l'organisme à partir de la tumeur primaire. Chez notre patient l'atteinte osseuse s'est fait par contiguïté à partir de la tumeur, en phase de croissance verticale, (Breslow à 7 cm).

Notre patient illustre la méconnaissance des patients de la gravité et des conséquences d'une manipulation incontrôlée des lésions unguéales. Le renforcement de la sensibilisation de la population et des praticiens est nécessaire pour la prévention du mélanome unguéal avancé.

Conclusion :

Un diagnostic précoce et rapide du mélanome unguéal est associé à des procédures chirurgicales moins invasives et à un meilleur pronostic. Il est nécessaire de sensibiliser davantage la population et les praticiens à la prévention du mélanome unguéal avancé.

Mélanome cutané : À propos de 8 cas

N. Kayouh¹, S. Ait Oussous¹, I. Lakhal¹, S. Belaasri¹, Fz.El Alaoui El Abidi¹, B.Idrissi¹, S.Mhaimer¹, S. Elmsayryb¹, R. chakiri¹

¹Service de dermatologie, CHU Souss-Massa, Agadir, Maroc.

Introduction

Le mélanome est une tumeur maligne développée aux dépens des mélanocytes. L'incidence croissante du mélanome dans le monde en fait une véritable préoccupation de santé publique. Il est considéré comme la tumeur cutanée la plus redoutable en raison de son haut pouvoir métastatique et sa forte mortalité.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur une période de 4 ans, allant de janvier 2021 à septembre 2024. Tous les patients hospitalisés pour prise en charge d'un mélanome cutané au sein du service de dermatologie du CHU Souss Massa ont été inclus. Une fiche d'exploitation a

été utilisée pour recueillir les données épidémiologiques, cliniques, histologiques et thérapeutiques des patients.

Résultats :

Nous avons recensé 8 cas de mélanome au cours de la dite période. Une nette prédominance masculine a été notée avec un sex-ratio H/F de 3. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 61,6 ans, avec des extrêmes allant de 27 à 79 ans. 62,5% des patients avaient un phototype IV, 25% un phototype III, et 12,5% un phototype V. La notion d'exposition chronique au soleil était notée chez 87,5% des cas. La moitié des patients étaient tabagiques. En revanche, seul un cas rapportait un antécédent de traumatisme. Le délai moyen de consultation après l'apparition des premières lésions était de 24 mois. Toutes les lésions étaient pigmentées : il s'agissait de tumeurs dans 2 cas, de plaques dans 3 autres cas, de deux nodules et d'une macule. Une ulcération était présente chez 50% des patients. La dermoscopie objectivait des éléments différents avec des images en chaos, des vaisseaux polymorphes, des globules pigmentées, des voiles bleus gris, des zones rouges laiteuses. Toutes les lésions (87,5%) étaient de novo. La localisation la plus fréquente était le membre inférieur (75%), avec une prédominance pour le talon (37,5%) et la plante des pieds (25%). Deux cas étaient localisés au niveau du visage. Le mélanome acrolentigineux était le type le plus fréquent (62,5%), suivi du mélanome nodulaire (25%) et du mélanome de Dubreuil (12,5%). L'indice de Breslow a été précisée dans 5 cas, avec un indice supérieur à 4 mm dans 3 cas (37,5%). Le niveau de Clark a été renseigné dans 5 cas, avec une prédominance du niveau IV (37,5%) suivi du niveau V (25%). Des métastases ganglionnaires ont été retrouvées chez 50% des patients, avec un cas présentant également des métastases cutanées et pulmonaire. Deux patients avaient des métastases en transit. La chirurgie d'exérèse a été réalisée chez 7 patients (87,5%), avec un curage ganglionnaire associé dans 2 cas. La chimiothérapie seule a été proposée à un patient en stade avancé.

Discussion :

Le mélanome est responsable de 80% des décès liés aux cancers cutanés bien qu'il ne représente que 1-2% de tous les cancers dans le monde. L'incidence est en augmentation, particulièrement chez la population caucasienne. En Afrique, les taux d'incidences sont faibles. Comme la série de Marrakech, nous avons également noté une prédominance masculine. Cependant, d'autres études ont rapporté une prédominance féminine. L'âge moyen de survenue du mélanome de nos malades concorde avec les données de la littérature. Le délai tardif de consultation révélé dans notre étude est rapporté également en Tunisie par C. Kouki et al., avec un délai moyen de 12 mois. Ce retard a un impact direct sur le pronostic comme en témoigne la fréquence d'un indice de Breslow supérieur à 4mm et le niveau de Clark avancé. Ce délai dans des pays en développement, comme le Maroc et la Tunisie, peut être lié à la difficulté d'accès aux dermatologues, notamment dans les zones enclavées. La télédermatologie offre une solution potentielle en facilitant l'accès à des avis spécialisés à distance. La plupart des mélanomes naissent de novo et environ 25 % surviennent sur un nævus pré-existant. Ceci est confirmé par notre étude. Dans notre étude, comme observé dans des séries en Afrique, le mélanome prédomine aux membres inférieurs. En comparaison, dans les pays occidentaux, le mélanome affecte principalement le tronc chez les hommes et les jambes chez les femmes. La prédominance du type acrolentigineux concorde avec la série de Tunisie où il représente 34 % des cas.

Conclusion

Le mélanome est une tumeur maligne dont l'incidence mondiale augmente, en particulier dans les populations à peau claire. Cependant, en Afrique, la détection précoce reste un enjeu crucial pour améliorer les chances de survie, car les diagnostics sont souvent faits à des stades avancés. Une sensibilisation accrue au dépistage précoce et à l'importance de consulter rapidement est essentielle pour améliorer les résultats des patients.

Facteurs pronostiques et prédictifs de transformation du mycosis fongoïde : étude comparative

F. Chekairi¹, F. Hali¹, F. Marnissi², F. Elfatoiki¹, S. Chiheb¹

¹Dermatologie et vénéréologie, ²Anatomopathologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

Le mycosis fongoïde (MF) est le lymphome cutané T primitif le plus fréquent (65%). Son évolution est en générale indolente et sa transformation est rare. Néanmoins, une progression agressive de la maladie assombrie le pronostic.

Le but de notre travail était de déterminer les facteurs pronostiques du MF ainsi que les facteurs prédictifs de sa transformation et de faire une étude comparative des différentes données.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective de tous les cas confirmés de mycosis fongoïde, hospitalisés au service de dermatologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca entre 2013 et 2024.

L'analyse des données démographiques, cliniques et paracliniques a été effectuée par Excel et le seuil de significativité statistique était de 5% (0,05).

Nous avons comparé les facteurs pronostiques potentiels du MF et les facteurs prédictifs de sa transformation.

Résultats :

Cinquante-trois patients étaient inclus (28 hommes et 25 femmes), l'âge moyen était de 57,1 ans [12 - 80 ans] et le sex-ratio de 1,12. Au moment du diagnostic, la forme classique était retrouvée dans 54,7% des cas (29 patients), un MF folliculotrope dans 9 cas (16,9%), poïkilodermique dans 2 cas (3,7%), lichénoïde, hyperpigmenté et ichthyosiforme dans 1 cas chacun. Une érythrodermie était présente dans 11 cas (20,7%).

Selon la classification TNMB, un stade précoce était noté dans 32 cas (60,4%) : 9 IA, 16 IB, 7 IIA et un stade avancé dans 21 cas (39,6%) : 6 IIB, 9 IIIA, 4 IIIB et 2 IVA. Les patients étaient traités par dermocorticoïdes (37 cas), photothérapie UVA ou UVB (26 cas), méthotrexate (19 cas), interféron (4 cas), bexarotène (1 cas) et une polychimiothérapie était administrée chez 12 patients.

Au cours du suivi à long terme, une amélioration clinique était observée chez 30 patients (56,6%), une progression vers l'érythrodermie dans 3 cas (5,6%), une transformation du MF chez 16 patients (30,2%) dont 12 étaient initialement à un stade avancé, et 4 patients (7,5%) étaient perdus de vue.

Le délai moyen entre le diagnostic de MF et la transformation était de 41,6 mois. Une augmentation de la lactate déshydrogénase sérique (LDH) était retrouvée dans 50% des cas (8/16), un âge avancé (>60 ans) dans 43,7%, une extension rapide des lésions cutanées dans 31,2%, un stade TNMB avancé dans 25%, une transformation extracutanée dans 25%, une fibroplasie à l'histopathologie dans 25%, l'expression de CD30 dans 18,7%, un MF folliculotrope dans 18,7%, et une éosinophilie dans 12,5%.

Trois décès liés à la progression de la maladie étaient notés : 1 patient ayant un stade initial IB et 2 patients ayant un stade initial IIIB, avec une médiane de survie de 4 ans.

Une évolution défavorable était statistiquement corrélée au stade avancé initial ($p=0,02$), à la forme clinique folliculotrope ($p=0,014$), à une hyperéosinophilie ($p=0,019$), au taux de LDH sérique ($p=0,013$), à la transformation du MF ($p=0,012$), et à une perte de l'épidermotropisme ($p=0,0001$). L'analyse statistique n'a pas montré de différence significative pour le sexe ($p=0,34$), l'âge >60 ans ($p=0,63$), la lymphopénie (0,07) et l'hyperlymphocytose ($p=0,55$).

Discussion :

Dans notre population d'étude, les facteurs pronostiques du MF étaient représentés par : un stade avancé (IIB, IIIA, IIIB, IVA), le MF folliculotrope, l'hyperéosinophilie, un taux élevé de LDH sérique, la transformation du MF et une perte de l'épidermotropisme. Les facteurs prédictifs statistiquement associés à une transformation du MF étaient : le stade avancé, l'âge > 60 ans, un taux élevé de LDH sérique et une extension rapide des lésions cutanées. Ce qui se rapproche des données de la littérature.

En outre, un stade avancé du MF et un taux sérique élevé de LDH sont des indicateurs communs de transformation en grandes cellules et de mauvais pronostic.

Le faible échantillon de nos patients et la nature rétrospective de notre étude constituent les principales limites de nos résultats qui nécessitent une confirmation à plus grande échelle. L'identification précoce de ces facteurs de risque chez les patients atteints de MF peut contribuer à prévenir une évolution défavorable qui affecte la survie et à améliorer leur prise en charge thérapeutique.

Dermatose lichénoïde chronique à profil immunohistochimique atypique : dilemme diagnostique entre Pityriasis lichénoïde chronique et Mycosis Fongoïde

Kaoutar Benchekroun, Ouiame Eljouari, Salim Gallouj

CHU TANGER

Introduction

Le parapsoriasis lichénoïde est une affection dermatologique rare et chronique qui partage plusieurs similitudes avec le mycosis fongoïde (MF), une forme de lymphome cutané à cellules T. Bien que le

parapsoriasis soit généralement considéré comme bénin, certains cas peuvent évoluer vers des formes plus sévères, comme le MF. Cette évolution soulève des questions sur les mécanismes sous-jacents et la relation entre ces deux entités. À travers ce cas clinique, nous explorons les éléments cliniques, dermoscopiques et histopathologiques de cette transition potentielle, en les comparant à des études récentes sur le sujet.

Observation

La patiente, âgée de 26 ans, a été admise pour évaluation suite à un diagnostic de parapsoriasis lichénoïde posé en octobre 2023. Elle présentait des lésions érythémato-brunâtres non prurigineuses, confluentes, localisées sur les membres, la poitrine, le bas du dos et les fesses, avec des squames blanchâtres en surface. L'examen dermoscopique a révélé la présence de vaisseaux linéaires courbés et de squames blanches inégales.

Il s'agit d'une patiente de 26 ans, diagnostiquée initialement avec un parapsoriasis lichénoïde en octobre 2023, après une première biopsie cutanée. Les lésions maculeuses érythémato-brunâtres étaient réparties sur les membres inférieurs, le bas du dos, la poitrine et les mains, et résistaient au traitement par dermocorticoïdes. La patiente a été hospitalisée pour une évaluation thérapeutique plus approfondie.

La dermoscopie réalisée lors de l'hospitalisation a révélé la présence de vaisseaux linéaires courbés ainsi que des squames blanches inégales, caractéristiques souvent observées dans les lésions de parapsoriasis et de mycosis fongoïde débutant. Une biopsie cutanée a montré un épidermotropisme avec des lymphocytes atypiques CD8+ et un trou phénotypique avec perte de CD7. Ces caractéristiques sont évocatrices d'une transformation vers un mycosis fongoïde débutant.

Discussion

Les résultats cliniques, dermoscopiques et histopathologiques de ce cas sont en accord avec plusieurs études récentes sur le lien entre le parapsoriasis et le mycosis fongoïde. En 2023, La revue critique de Brocq sur la papulose lymphomatoïde a mis en lumière la relation paradoxale entre le parapsoriasis et le MF, en suggérant que les registres à long terme montrent une émergence concomitante de MF et de lymphome anaplasique à grandes cellules (cALCL) dans des cas de parapsoriasis. Cette découverte a permis de mieux comprendre l'origine commune des cellules souches dans ces deux types de lymphomes, dérivées de cellules T CD4+/CD8+ dans le MF et de cellules CD30+ dans le cALCL. Dans ce contexte, la patiente présente un profil qui pourrait s'inscrire dans cette transition, comme l'indiquent les caractéristiques dermoscopiques et histopathologiques observées.

L'étude de Dilara İlhan Erdil en 2024 a démontré des différences dermoscopiques importantes entre le mycosis fongoïde et le parapsoriasis en plaques. Dans le MF, des vaisseaux linéaires courts ou courbés ainsi que des zones orange sans structure sont fréquemment observés, tandis que dans le parapsoriasis, ces zones sont plus diffuses. La dermoscopie de notre patiente a révélé des vaisseaux linéaires courbés et des squames blanches inégales, des signes plus proches de ceux décrits pour le MF. Ces éléments renforcent l'importance de la dermoscopie comme outil diagnostique pour différencier ces deux pathologies et orienter les biopsies

Une autre étude clé menée par Munenari Itoh en 2024 sur la clonalité des récepteurs des lymphocytes T a révélé que le MF présente une circulation de cellules T néoplasiques entre la peau et le sang, indiquant une implication systémique potentielle, alors que le parapsoriasis lichénoïde n'exhibe pas cette transformation maligne systémique. Toutefois, notre patiente montre des signes d'épidermotropisme de lymphocytes atypiques, un indicateur potentiel d'une progression vers un MF débutant. Le réarrangement clonotypique des récepteurs T observé dans sa biopsie souligne également ce risque.

Enfin, l'analyse du réarrangement du gène TCR-gamma, comme rapporté par Kandolf Sekulović en 2007, a montré que la détection d'un clone dominant dans le sang périphérique et les échantillons de peau est plus fréquente chez les patients présentant une progression vers un MF.

Bien que notre patiente ne présente pas encore de signes cliniques évidents de transformation maligne, la présence de ce clone pourrait justifier une surveillance clinique et biologique accrue, avec des analyses régulières pour suivre l'évolution de la maladie.

Conclusion

Ce cas met en lumière la complexité de la gestion du parapsoriasis lichénoïde, en particulier lorsqu'une progression vers le mycosis fongoïde est suspectée. Les caractéristiques dermoscopiques et histopathologiques de la patiente, combinées aux données de la littérature, suggèrent un risque accru de transformation maligne. Une surveillance rigoureuse est donc nécessaire, en particulier avec l'utilisation d'outils diagnostiques tels que l'analyse du réarrangement du TCR-gamma, qui permet de mieux évaluer la clonalité des cellules T. Ce cas souligne également l'importance d'une approche multidisciplinaire et d'un suivi régulier pour prévenir et gérer les complications liées à une éventuelle progression vers un lymphome cutané.

Références

1. Steven Kossard et Al « Revue critique — Hommage à Louis Brocq La papulose lymphomatoïde, clé de l'exploration de la relation entre le parapsoriasis et le mycosis fongoïde » 2024
2. İlhan Erdil, D. et al. « Caractéristiques dermatoscopiques, caractéristiques capillaroscopiques lésionnelles et corrélation histopathologique du parapsoriasis en petites plaques et du mycosis fongoïde » 2024
3. Itoh, M. et al. « Modification de la clonalité des récepteurs des lymphocytes T en fonction du temps : du parapsoriasis en grandes plaques au mycosis fongoïde précoce » (2014).
4. Sekulović, L. K. et al. « Analyse du réarrangement du gène TCRgamma dans des échantillons de peau et de sang périphérique de patients atteints de mycosis fongoïde (2007).

Granulomatous mycosis fungoid, a rare subtype of MF : A Case Report

L.Mansour Billah¹, S.Chiheb^{1,2}

¹Dermatologie, Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa, Casablanca, Maroc

²Dermatologie, C.H.U Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction : Granulomatous mycosis fungoides (GMF) is an extremely rare subtype of mycosis fungoides (MF). While it has no typical clinical pattern, histological diagnosis is also difficult due to the predominant granulomatous infiltrate with little epidermotropism, which can lead to other diagnoses of granulomatous skin disease, and thus responsible for diagnostic delay.

Observation :

Male 24 year-old, with no medical history, reporting a 2-year-old asymptomatic erythematous plaque on his right hip. Physical examination showed a poikilodermic aspect with erythematous violet scaly plaque, hyperpigmentation, an atrophic center and telangiectasis. Dermoscopy examination found pale orange areas on an erythematous background, scales and an anarchic disposition of linear vessels. Histopathologic evaluation showed a dense, epidermotropic lymphocytic infiltrate mixed with multinucleated giant cells, with CD4 expression and low CD7 expression on immunohistochemistry, suggestive of mycosis fungoides-type T lymphoma in its granulomatous subtype. An ultrasound of the lymph nodes areas revealed bilateral inguinal nodes. A treatment with Nb-UVB phototherapy was initiated while awaiting the rest of the laboratory and imaging examinations.

Discussion :

Cutaneous T-cell lymphomas are characterized by clinical and histological variability. GMF has no specific clinical pattern. In our case, as well as the literature, erythematous plaques and papulae are the first symptoms. Spontaneous healing of plaques, tumours and ulceration with the development of poikiloderma have also been described.

To our knowledge, the dermoscopic features of GMF have never been described in the literature. As expected for a granulomatous process, dermoscopic clues included orange areas and fine linear vessels, suggesting the histological presence of granulomas in the dermis. GMF can only be diagnosed from the histological findings : it is characterized by a diffuse lymphocytic epidermotromism concomitant with a granulomatous inflammatory reaction. Sometimes, the granuloma formation can be very extensive and might mask the pathological lymphoid infiltrate, responsible for diagnostic delay. Histopathological study in GMF is challenging because the illness can be due to the coincidental occurrence of sarcoidosis and malignant tumours or to a sarcoid reaction to the tumour itself.

The therapeutic procedure does not differ from that used for other forms of cutaneous T-cell lymphoma, varying according to the clinical stage of the patient. Systemic chemotherapy is reserved for advanced, diffuse or tumoral forms of the disease.

La granulomatose lymphomatoïde, à propos d'un cas au CHU de Tanger

Y. El Bouhali, Fz. El Ali, F. Soulami, H. Dahmani, Y. El Ghallal, O. El Jouari, S. Gallouj

Service de Dermatologie et Vénérologie CHU Tanger Tétouan Al-Hoceima

Faculté de Médecine et de pharmacie Tanger

Introduction :

La granulomatose lymphomatoïde est une affection rare, de pronostic sévère, consiste en une prolifération lymphohistiocytaire centrée par des vaisseaux, se développe dans un ou plusieurs organes, notamment les poumons mais également le système nerveux et le rein ainsi que la peau dans 50% des cas. Les lésions cutanées étant des nodules profonds ou des plaques érythémateuses. Cette entité est considérée comme un lymphome d'emblée. Le diagnostic de certitude est histologique.

Objectif :

L'objectif de ce sujet demeure dans la rareté de ce syndrome lymphoprolifératif lié à l'Epstein-Barr virus.

Matériel et méthode :

Nous rapportons un cas clinique d'un patient de notre service qui présente une granulomatose lymphomatoïde du bord mandibulaire gauche.

Il s'agit de Mr. E.H.C âgé de 16ans, ayant comme antécédents une rhinite allergique chronique, qui consulte pour une lésion nodulaire mandibulaire évoluant depuis deux mois, non douloureuse et non prurigineuse, chez qui à l'examen dermatologique on trouve un nodule érythémateux de 2cm de grand axe, bien limité, fixe par rapport aux 2 plans, siégeant au niveau du bord mandibulaire gauche, avec à la dermoscopie présence d'un fond érythémateux, de télangiectasies, de vascularisation en point, de squames blanchâtres et de croûte jaunâtre , ainsi

de zones blanches sans structures. Le reste de l'examen somatique objective un angiome congénital du membre inférieur droit avec une inégalité des 2 membres inférieurs.

Une biopsie cutanée a été indiquée avec une étude immunohistochimique revenant en faveur d'une granulomatose lymphomatoïde.

Dans le cadre du bilan d'extension :

Un bilan biologique a été réalisé (NFS, bilan rénal et hépatique, bilan de crase) : revenant sans anomalies

Une radiographie thoracique a été réalisée objectivant un syndrome bronchique. Par ailleurs, un scanner thoracique et une IRM cérébrale sont faits et revenants sans anomalies.

Résultats :

La granulomatose lymphomatoïde est un syndrome lymphoprolifératif B très rare lié à l'Epstein-Barr virus atteignant de manière prédominante le poumon (80%) et souvent la peau (40 à 50%) ou le système nerveux central (30% des cas) .

Elle se considère comme un lymphome B dont la sévérité varie d'un lymphome de bas grade à un lymphome agressif de type grandes cellules.

C'est une maladie de diagnostic difficile vu sa présentation clinique polymorphe, volontiers systémique.

Devant l'atteinte cutanée, il faut chercher systématiquement une atteinte pulmonaire qui peut précéder ou survenir après l'atteinte cutanée, ainsi une recherche de l'atteinte neurologique est indispensable ; la recherche d'autres atteintes est en fonction de la symptomatologie clinique.

Dans le cadre de bilan d'extension : un bilan biologique, une radiographie thoracique voire TDM thoracique et une IRM cérébrale sont indispensables.

Le diagnostic positif est histologique par la mise en évidence d'un infiltrat inflammatoire angiocentrique, composé d'éléments mononucléés polymorphes contenant un nombre variable de grands lymphocytes B CD20⁺ atypiques au sein de très nombreux petits lymphocytes T CD3⁺ réactionnels et pouvant s'associer à de la nécrose.

L'hybridation in situ permet souvent de mettre en évidence l'ARN de l'EBV au sein des cellules B atypiques. La proportion de grands lymphocytes B atypiques et, à moindre degré, la proportion de cellules EBV⁺ permettent de classer la maladie (grade I à III) et d'en déterminer le pronostic.

L'évolution vers une forme agressive de lymphome B survient dans 7 à 47 % des cas.

Les granulomatoses lymphomatoïdes de grade III ont des caractéristiques d'un lymphome et elles doivent être traitées par polychimiothérapie.

Conclusion :

La granulomatose lymphomatoïde est un syndrome lymphoprolifératif B, rare, lié à l'Epstein-Barr virus, il touche essentiellement les poumons mais des atteintes extra pulmonaires sont fréquentes en particulier au niveau de la peau et du système nerveux.

Notre patient présente une granulomatose lymphomatoïde du bord mandibulaire gauche avec bilan d'extension sans anomalies. Une surveillance rapprochée est indiquée dans le cadre de dépistage de nouvelles atteintes.

Leucémie Lymphoïde Chronique Révélée par une Infection Disséminée à Virus Varicelle-Zona : A propos de 2 cas

S.BARAZ, R.BABA, I.ANOUAR, M.EL AMRAOUI, R.FRIKH, N.HJIRA

Service de dermatologie vénérologie, Hôpital Militaire d'instruction Med V RABAT

Introduction : La leucémie lymphoïde chronique (LLC) est une hémopathie maligne caractérisée par l'accumulation de lymphocytes B monoclonaux dans le sang périphérique, la moelle osseuse et les tissus lymphoïdes. L'infection zona-varicelle disséminée, complication grave chez les personnes immunodéprimées, peut parfois constituer la manifestation initiale d'une pathologie maligne sous-jacente. Nous rapportons deux cas de LLC révélées par une infection à virus varicelle-zona (VZV).

Observations : Cas 1 : Patient de 58 ans, sans antécédents médicaux significatifs, présentant une douleur thoracique radiculaire de type coup de poignard, suivie par l'apparition d'une plaque érythémateuse surmontée de vésicules confluentes formant des bulles polycycliques, initialement localisée au niveau de la région costale droite. Par la suite, une dissémination des lésions a été observée. L'intensité de la douleur, associée à l'éruption cutanée, a conduit à une première hypothèse diagnostique de zona. Cependant, malgré l'instauration d'un traitement antiviral, l'état clinique du patient s'est aggravé, justifiant la nécessité d'examen complémentaires. À l'admission, l'examen clinique a mis en évidence des lésions vésiculaires étendues associées à des zones croûteuses et nécrotiques intéressant le visage, la muqueuse buccale, le thorax, l'abdomen, le dos et les extrémités. Les tests PCR ont confirmé la présence d'ADN du virus varicelle-zona dans les lésions. Un bilan immunologique approfondi, comprenant une numération sanguine, a révélé une lymphocytose marquée. L'immunophénotypage par cytométrie en flux a confirmé le diagnostic de LLC avec l'expression caractéristique des marqueurs CD5, CD19 et CD23. **Cas 2 :** Patient de 62 ans, sans antécédents médicaux notables, ayant consulté pour une éruption cutanée généralisée caractérisée par des lésions nécrotiques et croûteuses, évoquant initialement une varicelle nécrotique. Le patient a rapporté une fièvre persistante et une altération de l'état général. L'examen clinique a mis en évidence des lésions ulcérées nécrotiques étendues au visage et au dos. Un bilan sanguin a montré une lymphocytose importante associée à une thrombopénie, suggérant une pathologie hématologique sous-jacente. L'immunophénotypage par cytométrie en flux a révélé une LLC, avec un profil immunologique identique à celui du premier cas (marqueurs CD5, CD19 et CD23)

Discussion : Le zona disséminé et la varicelle nécrotique sont des manifestations rares mais évocatrices d'immunodépression sous-jacente, notamment chez les patients atteints de leucémie lymphoïde chronique (LLC). Dans nos deux cas, les infections disséminées à VZV ont permis de révéler un diagnostic de LLC jusque-là méconnu. L'état d'immunodépression, qu'il soit induit par la maladie elle-même ou par les traitements administrés, accroît la susceptibilité aux réactivations virales sévères telles que celle du VZV. La réactivation de VZV latent chez les individus immunodéprimés peut entraîner une atteinte cutanée et viscérale étendue, exposant ainsi à des complications potentiellement graves telles que l'encéphalite ou la pneumopathie. Ces cas soulignent l'importance d'une vigilance clinique accrue face à des infections virales sévères ou atypiques, car elles peuvent constituer des marqueurs potentiels de malignités hématologiques non diagnostiquées. Bien que le mécanisme exact des réactions granulomateuses chez les patients atteints de LLC présentant un zona reste incertain, des réactions d'hypersensibilité de type III ou IV, ou encore des réponses isotopiques aux antigènes

viraux, pourraient y être impliquées.

Conclusion : Ces observations mettent en lumière la nécessité d'une évaluation clinique rigoureuse en présence d'infections virales sévères chez les patients immunodéprimés. La révélation d'une LLC suite à des réactivations sévères du VZV illustre le rôle potentiel des infections dans le dépistage de maladies malignes sous-jacentes. Une détection précoce, un traitement antiviral adapté et une prise en charge rapide de l'immunodépression primaire sont essentiels pour améliorer le pronostic des patients.

Cutaneous T-Cell Lymphoma Invading Muscle: A Rare and Striking Case Report

B.Amal, S. Echarif, L.Bendaoud, M.Aboudouraib, O.Hocar, S.Amal

Dermatology department University Hospital Mohammed VI Marrakech

Laboratory of Bio Science and health Faculty of Medicine Cadi Ayyad University Marrakech

Introduction

Cutaneous T-cell lymphomas (CTCLs) are a rare group of lymphomas that primarily affect the skin (1). Although typically confined to the skin, these malignancies can, in rare cases, extend to deeper structures such as muscles (2). The involvement of skeletal muscle in CTCL is an unusual manifestation and is associated with a more aggressive disease course and worse prognosis. This case report presents a rare case of a 30-year-old male with bipolar disorder who developed cutaneous T-cell lymphoma with muscle involvement, posing diagnostic and therapeutic challenges.

Case Report

A 30-year-old male with a history of bipolar disorder presented with a 5-year history of a slowly evolving erythematous plaque on his left thigh and knee (Figure 1). Over time, additional lesions developed, including an erythematous plaque on his lower back and gluteal region, and a newer lesion on his right thigh that had been evolving for 6 months. The plaques were erythematous, scaly, and progressively worsening.

A skin biopsy was performed, revealing a cutaneous T-cell lymphoma characterized by CD4, CD3, and CD8 positive T-cell infiltrates. Further diagnostic workup showed no hematologic involvement, but revealed osteolytic lesions of benign appearance and pulmonary micronodules of unspecified origin.

Initial treatment with methotrexate was administered for two months. However, the patient's condition deteriorated, with worsening of the skin lesions and increased pain. An MRI was performed, which revealed muscular infiltration along with superficial cutaneous necrosis in the affected areas. A subsequent necrosectomy and muscle biopsy (Figure 2) confirmed the extension of the T-cell lymphoma into the muscle, with lymphocytic infiltration matching the cutaneous biopsy (CD4, CD3, and CD8 positive cells).

Given the progression of the disease into muscle tissue, the patient was started on corticosteroid therapy to manage the inflammation and muscular involvement.

Discussion

Muscle involvement in cutaneous T-cell lymphoma is extremely rare, with only a few cases reported in the literature. There is no clear consensus on the management of such cases. Some studies advocate for chemotherapy, while others suggest methotrexate combined with corticosteroids. In this case, initial treatment with methotrexate failed, and corticosteroids were introduced following the confirmation of muscular infiltration. Due to the rarity and complexity of CTCL with muscle involvement, individualized treatment approaches are necessary, highlighting the need for further research to establish standardized management guidelines.

Conclusion

This case highlights a rare and aggressive presentation of cutaneous T-cell lymphoma with muscle involvement. The extension of lymphoma into skeletal muscle is an uncommon but significant complication that indicates a more advanced disease state and presents unique therapeutic challenges.

Lymphome Hodgkinien dans un contexte de psoriasis pustuleux : Coïncidence ou association ?

H. Majdoul, F. Hali, B. Baghdad, S. Chiheb

Service de dermatologie et de vénéréologie, Centre hospitalier universitaire Ibn Rochd,
Casablanca, Maroc

Introduction :

L'association du psoriasis à certaines tumeurs, en particulier aux syndromes lymphoprolifératifs, est bien documentée dans la littérature et ne semble pas être fortuite, bien que le mécanisme exact demeure inconnu.

Ce rapport de cas illustre la découverte fortuite d'un lymphome Hodgkinien chez un patient psoriasique, et cherche à lever le voile sur les dessous de cette association intrigante.

Observation :

Un patient de 41 ans, suivi pour psoriasis vulgaire depuis l'enfance, traité par dermocorticoïdes seuls avec introduction du méthotrexate depuis à peine 2 mois, se présente pour éruption cutanée généralisée à la limite de l'érythrodermie, avec altération de l'état général associant asthénie et amaigrissement chiffré à 8 kg. L'examen clinique objective un exanthème rouge vif, surmonté par endroits de squames psoriasiformes, et par d'autres de pustules non folliculaires ; associé à une pustulose palmaire, une kératodermie plantaire, ainsi qu'une dystrophie unguéale. Il retrouve également des polyadénopathies cervicales, axillaires et inguinales. Le diagnostic de psoriasis pustuleux dans sa forme généralisée a été confirmé histologiquement sur biopsie cutanée. Une biopsie ganglionnaire a également été réalisée, concluant à un lymphome Hodgkinien, classé stade III d'Ann Arbor après bilan d'extension radiologique. Le patient a donc été conjointement pris en charge avec le service d'hématologie, avec mise en route d'une polychimiothérapie adaptée, en plus du traitement de son psoriasis par dermocorticoïdes et acitrétine 25 mg/jour.

Discussion :

Le psoriasis est une maladie auto-inflammatoire chronique, de physiopathologie complexe, faisant intervenir entre autres une hyperactivation des lymphocytes T, d'où l'hypothèse d'un sur-risque d'association aux syndromes lymphoprolifératifs. Cette association pourrait également être expliquée par l'existence de facteurs de risque communs, ou encore être la conséquence de traitements immunosuppresseurs au long cours comme le méthotrexate, la cyclosporine ou encore la biothérapie. Or notre patient n'était sous méthotrexate que depuis deux mois, et bien que

l'analyse histopathologique ait conclu à un lymphome Hodgkinien, le diagnostic fut par la suite redressé en faveur d'un syndrome lymphoprolifératif associé au méthotrexate. À notre connaissance, il s'agit du premier cas de lymphome survenu après seulement deux mois de traitement par méthotrexate ; de plus, cette association n'est que rarement décrite dans le cadre d'un psoriasis pustuleux.

Conclusion :

Le psoriasis est une affection bénigne fréquente, considérée à l'heure actuelle comme une véritable maladie multi-systémique, ayant récemment fait l'objet d'avancées thérapeutiques majeures. Cependant, face à un arsenal thérapeutique aussi vaste, il demeure primordial d'insister sur la prescription prudente et réfléchie de médicaments immunosuppresseurs, au vu des effets secondaires parfois délétères auxquels ils exposent.

Lymphomes T périphériques à prédominance ganglionnaire

révélés par une atteinte cutanée : à propos de 5 cas.

H.Talbi¹, N.Zarrouki^{1,2}, 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, Oujda Maroc.

Introduction :

Les lymphomes T sont un groupe hétérogène de néoplasmes agressifs originaire des cellules T. Les lymphomes T périphériques à prédominance ganglionnaire, sont les plus fréquents des non cutanés, ils représentent environ 5 à 10 %, on distingue le lymphome angio-immunoblastique, lymphome anaplasique ALK-négatif, lymphome anaplasique ALK-positif, lymphome T périphérique NOS (sans autre spécificité).

Ils se manifestent par une lymphadénopathie avec une atteinte extra-nodale faite de manifestations cutanées polymorphes, dans 21% des cas.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique menée au service de Dermatologie du CHU Mohammed VI d'Oujda sur une période de 10 ans allant de décembre 2014 à juillet 2024, incluant les cas de lymphome T périphérique à prédominance ganglionnaire révélés par une atteinte cutanée.

43 cas de lymphomes ont été colligés, dont 28 cas de mycosis fongoïde, 3 cas de syndrome de Sézary, 6 cas de lymphome B, et 6 cas de lymphome T périphérique à prédominance ganglionnaire.

Résultats :

Notre étude a colligé 6 cas de lymphome T périphérique à prédominance ganglionnaire ce qui correspond à 14% de la totalité des cas de lymphomes, dont 3 lymphomes T angio-immunoblastiques, 2 cas de lymphome T périphérique NOS et 1 cas de lymphome T anaplasique à grandes cellules.

L'âge moyen de nos patients était de 58,33 ans avec des extrêmes allant de 51 à 65 ans. Une prédominance masculine a été noté soit un sexe-ratio H/F de 5:1. Les antécédents personnels de nos patients ont été dominés par le tabagisme dans 50% des cas. L'exposition professionnelle a été noté chez 2 patients, et un patient a été traité par méthotrexate pour un rhumatisme inflammatoire chronique, et une patiente était suivie pour une dermatomyosite. Le motif de consultation était un exanthème maculo-papuleux prurigineux chez 2 patients (33,33%), multiples lésions ulcéro-bourgeonnantes chez 3 patients (50%) et des placards hyper-pigmentés

généralisées chez 1 patient (16,66%) avec une durée d'évolution moyenne de 2ans et demi. Une poly-adénopathie était présente chez les six patients. Un patient présentait la notion de prise médicamenteuse d'amoxicilline protégée et de ciprofloxacine, 10jours avant l'éruption chez qui le diagnostic d'un DRESS syndrome avec un REGISCAR à 5 a été retenu, non amélioré après l'arrêt des médicaments incriminés avec l'évolution vers une éruption urticariforme, devant laquelle le diagnostic de DRESS est remis en cause.

Tous les patients ont bénéficié d'une biopsie cutanée et ganglionnaire. Les patients sont divisés en trois groupe selon le type de lymphome.

Chez les trois premiers patients la biopsie cutanée était en faveur d'une localisation cutanée d'un processus lymphomateux de phénotype T profil CD3 +/CD4 + chez un patient, d'une dermatite chronique sans caractère spécifique chez le deuxième, et la 3^{ème} patiente avait bénéficié de plusieurs biopsies qui ont objectivé un infiltrat lymphocytaire dermique faisant exocytose dans l'épiderme évoquant un parapsoriasis en grandes plaques ou un mycosis fongoïde au stade de début pour la première et d'un para-psoriasis et d'une dermatose psoriasiforme légèrement spongiotique évoquant un psoriasis (eczématisé) pour les deux autres, avec une biopsie ganglionnaire qui était en faveur d'un lymphome T angio-immunoblastique.

La biopsie cutanée de deux autres patients était en faveur d'une infiltration tumorale massive et diffuse de tout le derme et de l'hypoderme par des cellules lymphoïdes T essentiellement de grande taille CD30 + avec biopsie ganglionnaire en faveur d'un lymphome non hodgkinien T périphérique NOS.

La biopsie cutanée du dernier patient avait objectivé un discret remaniement inflammatoire de derme superficiel associé à une incontinence pigmentaire qui peut cadrer avec un lichen pigmentogène. Avec une biopsie ganglionnaire en faveur d'un lymphome NH anaplasique à grandes cellules.

Les six patients ont également bénéficié d'une BOM ayant objectivé un aspect histologique d'une moelle réactionnelle.

Parmi les 6 patients 4 présentait des signes généraux soit 66,66%, une splénomégalie chez 3 patients, avec un stade avancé selon la classification de Lugano (Ann-Arbor modifiée) : IIIIE (n=2) IIIIE (n=2) IV (n=2).

Sur le plan biologique, le taux de β 2-microglobuline et de LDH était plus fréquemment augmenté (n=5). Le scores IPI (International Prognostic Index) était de 2 avec un risque intermédiaire-bas chez 3 patients, de 3 avec un risque intermédiaire-haut chez 2 patients et 4 avec un haut risque chez un seul patient.

Un traitement par chimiothérapie a été initié chez les patients (protocole CHOEP (n=5) et protocole R-CHOP (n=1)) avec amélioration des signes cutanée chez 2 patients. Trois patients sont décédés au terme du suivi avec une moyenne d'un an après l'apparition de l'atteinte dermatologique (Score IPI 3 et 4).

Discussion :

Les manifestations cutanées peuvent être des localisations secondaires du lymphome qui peuvent précéder, accompagner ou suivre le diagnostic de lymphome et certaines peuvent survenir comme manifestation d'une maladie disséminée à un stade avancé, annonçant souvent un pronostic grave.

Les patients atteints de lymphome T périphérique à prédominance ganglionnaire ont un âge moyen au diagnostic de 56 à 62 ans selon les études avec une prédominance masculine.

Pour les antécédant de nos patients, l'association psoriasis–lymphome est bien décrite dans la littérature. En effet, plusieurs études ont montré un lien épidémiologique étroit entre ces deux affections, et l'aspect psoriasiforme de certains lymphomes cutanés peut poser un problème de diagnostic différentiel. D'autres maladies inflammatoires chroniques peuvent être associées aux lymphomes, telles que le rhumatisme inflammatoire chronique. De plus plusieurs études ont suggéré que le méthotrexate pourrait favoriser l'émergence de lymphomes. La découverte d'une dermatomyosite impose de rechercher de façon exhaustive une néoplasie associée, et une méta-analyse récente montre un taux d'incidence standardisée élevé de lymphomes chez des patients atteints de dermatopolymyosite. (1)

Dans les lymphomes T angio-immunoblastiques (AITL), des manifestations cutanées sont présentes dans 20 à 50 % des cas et peuvent être inaugurales (1/3 des cas) ou secondaires. Or l'aspect n'est pas celui de tumeurs, il est polymorphe et dominé par l'exanthème maculo-papuleux morbiliforme ce qui est le cas pour deux de nos patients. L'aspect est donc particulièrement trompeur. Une prise médicamenteuse associée est souvent retrouvée ce qui fait qu'il existe plusieurs rapports de cas de lymphomes simulant un syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse (DRESS). (2)(3)

D'autres manifestations incluent des éruptions urticariennes ou purpuriques, des lésions papulo-vésiculaires, des lésions nodulaires, des plaques érythémato-squameuses et des lésions ulcérées comme chez un de nos patients qui s'est présenté pour des ulcères chroniques.

Cependant, le diagnostic est parfois particulièrement délicat pour le pathologiste également, notamment lorsqu'il n'a pas été évoqué auparavant, ou que la biopsie ganglionnaire n'est pas encore faite. Et les caractéristiques histopathologiques de l'AITL cutané n'ont pas été pleinement caractérisées. (4)

Pour le lymphome T périphérique NOS les sites extra-ganglionnaires envahis sont souvent multiples avec des localisations cutanées dans 10 % à 18 % des cas qui englobe à la fois l'extension directe de la tumeur et l'implication indirecte (syndromes paranéoplasiques).

L'atteinte cutanée spécifique est typiquement localisée au niveau du derme et du tissu sous-cutané. Une atteinte des annexes et la formation de nodules compliqués d'ulcération peuvent être vus dans ce type de lymphome. Peu d'études ont documenté en détail les caractéristiques clinico-pathologiques cutanées. Les lésions ont été rapportées principalement sous forme de nodules ou de tumeurs qui sont soit solitaires, localisées, ou le plus souvent multifocales (61 %) qui est le cas de nos 2 patients. Et peu d'attention a été accordée aux manifestations cutanées très variables dans la littérature autres que celles décrites précédemment. (5)(6)

La plupart des patients atteints de lymphome T anaplasique à grandes cellules se présentent avec une maladie avancée de stade III ou IV. Une atteinte extra-ganglionnaire survient dans environ 40 % des cas et la peau est le site le plus couramment affecté. La régression spontanée ou l'évolution en dents de scie des lésions cutanées (et de la poly-adénopathie) peut se produire, mais moins souvent que dans le lymphome T anaplasique à grandes cellules cutané primaire. Lorsque la régression se produit, il est particulièrement important de déterminer si l'atteinte cutanée est isolée et de rechercher des localisations extra-cutanée. (7)

Il faut souligner que dans ces rapports de cas les patients décèdent souvent des suites de complications de leurs lymphomes, ce qui confirme donc que la présence de lésions cutanées spécifiques est un facteur pronostique négatif car c'est un signe de stade avancé ou d'un lymphome hautement agressif.

Conclusion :

Cette étude illustre la nécessité de suspicion clinique de lymphome T périphérique à cellules T dans le diagnostic différentiel chez les patients adultes présentant des lésions cutanées et l'intérêt de la réalisation d'un bilan d'extension devant les localisations cutanées de lymphomes.

Références :

1. Mandal S, Varma K, Jain S. Cutaneous manifestations in non-Hodgkin's lymphoma. *Acta cytologica*. 2007;51(6):853-9.
2. Antoine C, Fongue J, Abed S, Okhremchuk I, Sahuc P, Bladé JS, et al. Un DRESS atypique révélateur de lymphome T angio-immunoblastique. *La Revue de Médecine Interne*. juin 2015;36:A86.
3. Elouazzani A, Khoudri I, Mansouri F, Benchekroun S, Lamchaheb M, Senouci K, et al. Lymphome angio-immunoblastique simulant un DRESS. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. avr 2013;140:S101-2.
4. Donzel M, Perier-Muzet M, Balme B, Lemonnier F, Ingen-Housz-Oro S, Dalle S, et al. Manifestations cutanées des lymphomes T angio-immunoblastiques. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie - FMC*. nov 2022;2(8):640-5.
5. Schowalter MK, Akilov OE, Story SK, Geskin LJ. Cutaneous Manifestations of Unspecified Peripheral T-Cell Lymphoma May Be Indicative of Disease Activity and Predict Response to Therapy. *JCO*. 1 oct 2012;30(28):e283-5.
6. Bekkenk MW, Vermeer MH, Jansen PM, Van Marion AMW, Canninga-van Dijk MR, Kluin PM, et al. Peripheral T-cell lymphomas unspecified presenting in the skin: analysis of prognostic factors in a group of 82 patients. *Blood*. 15 sept 2003;102(6):2213-9.
7. Kadin ME, Carpenter C. Systemic and primary cutaneous anaplastic large cell lymphomas. *Seminars in Hematology*. juill 2003;40(3):244-56.

Un cas de lymphome discordant associant un mycosis fongoïde secondaire et un lymphome de Hodgkin récurrent

M.KHALLOUKI¹, M.Chatti¹, M.ABOUDOURIB¹, L.Bendaoud¹,
O.HOCAR¹, S.AMAL¹

¹ service de dermatologie, CHU Mohammed VI, Marrakech
Laboratoire Biosciences et santé , FMPM université Cadi Ayyad
,Marrakech

Introduction :

Le mycosis fongoïde (MF) est le lymphome cutané T primitif le plus fréquent, les patients atteints de MF ont un risque accru de développer une deuxième tumeur dont le lymphome de Hodgkin (LH). Bien que la coexistence de plusieurs lymphomes distincts chez un même individu soit rare, des cas de MF associés à un LH ont été déjà rapportés et seuls 40 cas ont été décrits. Nous rapportons un cas de lymphome de Hodgkin en rémission ayant présenté un mycosis fongoïde secondaire et qui a évolué par la suite vers un lymphome discordant avec un MF et un LH récurrent.

Observation :

Un homme de 37 ans qui avait un lymphome hodgkinien en 2016 traité par chimiothérapie avec une rémission complète. Six années après, le patient avait consulté pour une érythrodermie sèche et l'examen physique objectivait une adénopathie axillaire. Une biopsie cutanée avait montré un infiltrat lymphoïde avec à l'immunohistochimie (IHC) des anticorps anti-CD3, anti-CD4 et anti-CD8 positifs. Le diagnostic de MF a été retenu et le patient avait reçu du méthotrexate à raison de 25mg/ semaine pendant un an avec une rémission clinique complète. En Janvier 2024, le patient avait présenté une altération de l'état général . L'examen clinique trouvait une érythrodermie sèche poikilodermique, des érosions recouvertes de croûte et des polyadénopathies .Une biopsie cutanée révélait un mycosis fongoïde . La biopsie ganglionnaire axillaire objectivait un lymphome de Hodgkin à cellularité atypique, l'IHC avait révélé une nette positivité pour les anticorps anti-CD30 dans les grandes cellules tumorales , une positivité pour les anticorps anti-CD20 pour les lymphocytes B résiduels et certaines cellules tumorales. En outre, les marqueurs des lymphocytes T étaient positifs.La biopsie ostéomédullaire était normale.Le diagnostic de lymphome discordant stade IVA2(T4N3M0B0) associant un MF avec un LH récurrent à grandes cellules B a été retenu .Le patient avait été adressé en oncologie pour être recevoir la chimiothérapie.

Discussion :

Les patients atteints de MF ont un risque accru de développer une deuxième tumeur dont le lymphome de Hodgkin (LH) avec plus fréquemment la survenue d'un LH après un MF que l'inverse ; au cours des dernières années un nombre croissant de cas de LH associés à un MF ont été rapportés. Les lymphomes coexistant chez un même patient sont classés en trois catégories par la Working Formulation of non-Hodgkins lymphomes : les lymphomes discordants qui sont deux lymphomes histologiquement distincts sur deux sites anatomiques différents, les lymphomes composites qui sont deux types de lymphomes au sein d'une même lésion anatomique et les lymphomes secondaires qui peuvent également survenir de manière séquentielle, le second étant alors appelé lymphome secondaire. Notre cas revêt la particularité

de présenter à la fois un MF secondaire à son LH et par la suite au cours de l'évolution un lymphome discordant associant le MF et le LH simultanément sur deux sites différents.

Conclusion :

En raison de la rareté de cette association et de la rareté des séries de cas avec un suivi à long terme, l'évolution clinique chez ces patients ne peut être prédite de manière concluante. Il est donc important de garder à l'esprit la possibilité de survenue d'un autre lymphome coexistant, en particulier chez les patients atteints d'un mycosis fongoïde cutané de longue durée.

Mycosis fongoïde pédiatrique hypopigmenté : Apport de la dermoscopie.

Moumna Rasha, Essadeq Ouissal*, Ammar Najoua*, Hamada Syrine*, Meziane Mariame*,
Benzekri Laila*, Senouci Karima*, Ismaili Nadia*
Service de Dermatologie, CHU IBN SINA, Rabat.

Introduction :

Le mycosis fongoïde pédiatrique est une maladie extrêmement rare. Son diagnostic est souvent complexe et peut prêter à confusion avec d'autres étiologies plus fréquentes de lésions hypopigmentées de l'enfant. Le diagnostic de certitude repose sur un faisceau d'arguments cliniques, histologiques mais également dermoscopiques.

Observation :

Nous rapportons le cas d'un enfant de 6 ans, avec un antécédent de brûlure thermique à l'âge de 3 ans, sans notion d'atopie, qui consultait pour des lésions asymptomatiques hypochromiques diffuses évoluant depuis 6 mois. L'examen retrouve un patient de phototype IV présentant une cicatrice post-brûlure hypopigmentée de l'hémithorax gauche, ainsi que de multiples macules hypopigmentées et légèrement érythémateuses par endroits, mal limitées et réparties de façon diffuse sur tout le corps. Le signe de copeau était négatif et il n'y avait pas hypoesthésie, ni prise de contraste à la lumière de Wood. La dermoscopie révélait des zones blanchâtres nuageuses mal limitées avec un fond érythémateux et quelques vaisseaux en points. Une biopsie au punch a été réalisée, objectivant une prolifération dermique superficielle en bande avec épidermotropisme de lymphocytes atypiques CD4+ et CD8-, en faveur d'un mycosis fongoïde.

Discussion :

Le mycosis fongoïde (MF) est le lymphome cutané primitif le plus fréquent, touchant principalement les adultes de plus de 50 ans. Sa forme pédiatrique est extrêmement rare, représentant moins de 5 % des cas. La variante hypopigmentée est la forme la plus courante de MF pédiatrique. Cliniquement, le MF hypopigmenté se manifeste par des macules mal limitées, de tailles variables, hypochromiques et parfois légèrement érythémateuses, localisées fréquemment au niveau du tronc et des extrémités proximales, et peut simuler d'autres affections plus fréquentes chez l'enfant telles que le vitiligo inflammatoire, les eczématides, le pityriasis versicolor, l'hypopigmentation post-inflammatoire ou encore la lèpre. La dermoscopie est un outil diagnostique précieux, permettant de révéler des zones amorphes hypopigmentées, parfois blanc-rosé, avec des bordures floues et une interruption du réseau pigmenté en périphérie. Cet aspect contraste avec l'hypomélanose en gouttes, où il existe une accentuation du réseau pigmenté

en périphérie, et avec le vitiligo, qui se caractérise par des bordures nettes bien définies, une leucotrichie et un micro-Koebner. Le diagnostic de certitude reste histologique et nécessite l'expertise d'un anatomopathologiste expérimenté en raison des similitudes histologiques et parfois immunohistochimiques avec le vitiligo inflammatoire.

Conclusion :

Bien que le mycosis fongoïde hypopigmenté de l'enfant soit extrêmement rare de pronostic meilleur que celui de l'adulte, il nécessite toutefois une prise en charge thérapeutique précoce et une surveillance régulière. Une bonne connaissance clinique et dermoscopique de cette entité est indispensable pour éviter toute errance diagnostique et retard thérapeutique.

Mycosis fongoïde lichen plan like : une entité clinique et histopathologique inhabituelle

W. Atine ; F. Hali ; B. Baghdad ; S. Chihab

Service de dermatologie vénérologie, CHU Ibn Rochd Casablanca

Introduction :

Le mycosis fongoïde est la forme la plus fréquente des lymphome cutané T. Dans sa forme classique, il se manifeste par des macules, des plaques infiltrées, des lésions tumorales ou même une érythrodermie. Cependant, il peut exister sous différentes formes cliniques et histopathologiques mimant des dermatoses inflammatoires tel un eczéma, un psoriasis et un lichen plan. On reporte ainsi un cas avec une rare variante du MF, le MF lichenoïde.

Observation :

Mr H.E, 69 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, consultait pour une éruption cutanée généralisée prurigineuse évoluant depuis 3ans dans un contexte de conservation de l'état général. A l'examen dermatologique, on retrouvait des plaques érythémato-violacées infiltrées par endroits avec à la dermoscopie des stries de Wickham. La biopsie cutanée objectivait un infiltrat dermique lichenoïde non spécifique permettant ainsi de retenir un lichen plan. La décision thérapeutique était une photothérapie UVB et des dermocorticoïdes. Un an plus tard, au contrôle, l'examen clinique retrouvait des adénopathies diffuses, de multiples biopsie cutanée au punch étaient faites (3 sites) objectivant un discret épidermotropisme sous forme de cellules lymphoïdes atypiques au niveau de la membrane basale, un derme scléreux siègeant d'une prolifération lymphoïde atypique faite de cellules de taille petite à moyenne avec à l'immunohistochimie des cellules lymphoïdes dermo-épidermique exprimant les anticorps anti CD3, anti CD4 et perdant l'expression des anticorps anti CD5, CD7 et CD8. Un frottis sanguin était réalisé concluant à 1635/ul de cellules de Sezary, une TDM TAP objectivait des ADP profondes sus et sous diaphragmatique sans atteinte viscérale. En se basant sur les éléments cliniques, biologiques, histologiques et radiologiques, le diagnostic de MF lichenoïde stade 4A1 (T2N2M0B2) était retenu. Sur le plan thérapeutique le patient a bénéficié de 3 séances de chimiothérapie à type de GEMOX puis d'injection hebdomadaire de Méthotrexate 20mg.

Discussion :

Outre la présentation classique de plaques et de tumeurs, le MF peut présenter des caractéristiques atypiques imitant d'autres entités dermatologiques, tant sur le plan clinique qu'histopathologique. Le MF lichenoïde est une variante histopathologique rare du MF qui se présente sous forme d'un infiltrat de cellules inflammatoires disposées en bandes lichenoïdes faisant retenir un lichen plan typique. Cependant, une fibrose dermique des lymphocytes atypiques et un épidermotropisme basal peuvent suggérer le diagnostic du MF. Les lésions

lichenoides peuvent être causées par une réponse immunitaire à médiation cellulaire induisant une cytotoxicité vis-à-vis des kératinocytes. Très peu de MF lichenoïde ont été rapportés dans la littérature. Une étude coréenne a inclus 223 patients porteurs d'un MF, dont 3 cas présentaient un MF lichenoïde.

Conclusion :

Le MF lichenoïde est une rare variante du lymphome cutané T. L'histopathologie de cette variante montre des infiltrats lichenoïdes mimant un lichen plan. Ce cas pose un véritable challenge diagnostique pour les dermatologues et les pathologistes. Ainsi, il est nécessaire de prendre en considération la présentation clinique, de multiplier les biopsies cutanées et de compléter par une étude immunohistochimique pour un diagnostic correct et précoce et un pronostic meilleur.

Un cas de mycosis fongoïde poïkilodermique : Variante clinique distincte.

A. Abbour¹ – F.Z. Elfatouaki¹ – F. Hali¹ – H. D. Skalli¹ – S. Chiheb¹

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

Introduction :

Le mycosis fongoïde (MF) est un lymphome T cutané primitif à variantes cliniques multiples. Certaines sont parfois atypiques et trompeuses.

Nous rapportons le cas d'une variante poïkilodermique d'un mycosis fongoïde.

Observation :

Une patiente âgée de 28 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, consultait pour des lésions cutanées diffuses évoluant depuis 2 ans. L'examen clinique objectivait des plaques érythémateuses de taille et de forme variables, bien limitées, atrophiques par endroits, parcourues de télangiectasies avec un centre pigmenté et réticulé donnant l'aspect de lésions poïkilodermiques.

L'examen dermoscopique objectivait de multiples structures polygonales pigmentées, des zones réticulaires brunes sur un fond blanc rosé ainsi que des squames blanches, des vaisseaux courts linéaires et des rosettes.

Ces lésions siégeaient préférentiellement au niveau du tronc notamment en regard des seins ainsi qu'au niveau des membres, occupant une surface cutanée estimée à 40—50 %. La biopsie objectivait un aspect histologique et un profil immunohistochimique de mycosis fongoïde. Le bilan d'extension était négatif. La patiente était classée T2bN0M0B0.

La patiente a été mise sous des séances de photothérapie UVB avec une très bonne évolution. Le recul est de 1 an.

Discussion :

Le MF poïkilodermique est une forme rare de lymphome T cutané. En effet, cette variante diffère du MF classique quant à son aspect clinique, son histologie, sa réponse au traitement et son pronostic.

Cliniquement, on y retrouve des télangiectasies, une pigmentation et une atrophie cutanée avec une préférence pour les zones de flexion et le tronc. De plus, il est caractérisé par une moyenne d'âge de début plus précoce (38 ans en moyenne) et une durée d'évolution plus longue (15 ans en moyenne) avec un très bon pronostic.

Histologiquement, la variante poïkilodermique se démarque par la présence d'un infiltrat lichenoïde, d'une incontinence mélanique, d'une ectasie des vaisseaux du derme et d'une

atrophie épidermique avec une prédominance des phénotypes CD8+ en immunohistochimie. Toutefois, l'histologie du MF poïkilodermique peut être similaire à celle du MF classique. Sur le plan thérapeutique, le traitement de référence de cette forme demeure la photothérapie UVB. Ainsi, le recours à des traitements systémiques est rarement rapporté.

Conclusion :

Le MF poïkilodermique est une entité clinique unique dont la présentation est différente de celle du MF classique et dont le pronostic est excellent avec une progression lente de la maladie ainsi qu'une bonne réponse à la photothérapie.

Mycose fongoïde folliculotrope associée au syndrome myélodysplasique : à propos d'un cas

Introduction:

Le mycosis fongoïde (MF) est le sous-type le plus courant de lymphome cutané primitif à cellules T. Sa présentation clinique est très variable, rendant le diagnostic difficile. Parmi les variantes du MF, on distingue le MF folliculotrope, qui présente des spécificités cliniques et histologiques qui le différencient du MF classique. Il a déjà été rapporté que les patients atteints de MF classique présentent un risque élevé de développer des tumeurs malignes secondaires, notamment des tumeurs malignes hématologiques. La présente étude vise à présenter un cas rare de MF folliculotrope associé au syndrome myélodysplasique.

Observation:

Il s'agit d'un patient de 68 ans, sans antécédent, qui rapporte l'apparition de plaques prurigineuses et érythémateuses sur tout le corps depuis plus d'un an. Il a été traité de manière symptomatique sans résultat, puis les plaques se sont améliorées spontanément et des papules érythémateuses acnéiformes sont apparues il y a 6 mois, principalement au niveau du visage, des aisselles et du pubis, du cuir chevelu, du tronc et des membres. Le patient était en bon état général, sans fièvre ni asthénie. Suite à l'apparition de lésions cutanées, un bilan biologique a été réalisé et les résultats ont permis la découverte fortuite d'un syndrome myélodysplasique. Une biopsie cutanée des papules a été réalisée en faveur d'un mycosis fongoïde folliculotrope.

Discussion:

Le MF est un sous-type de lymphome cutané à cellules T d'évolution favorable et d'évolution lente. L'étiopathogénie du MF est peu connue. Bien que de nombreuses théories aient été formulées concernant l'implication dans la pathogénèse du MF de solvants, de substances chimiques et d'agents infectieux, tels que le virus lymphotrope T humain de type 1 (HTLV-1) qui a été trouvé dans le sang périphérique et dans les lésions cutanées d'un grand nombre de patients, aucune n'a été confirmée. Dans l'ensemble, il a été suggéré que cette affection serait causée par une transformation maligne des lymphocytes T secondaire à une stimulation antigénique persistante ou à une inflammation chronique.

Les syndromes myélodysplasiques (SMD) sont des troubles clonaux des cellules souches hématopoïétiques, évoluant vers une leucémie aiguë dans un nombre important de cas. Les SMD ne présentent pas de signes ou de symptômes spécifiques et environ 50 % de tous les patients sont asymptomatiques au moment du diagnostic. L'étiologie de cette maladie reste inconnue, mais dans environ 20 % des cas, elle résulte d'une exposition à des médicaments, à des substances toxiques industrielles ou dans le cadre de troubles génétiques.

L'association entre MF et MDS a déjà été décrite dans des rapports de cas, mais à notre connaissance, il s'agit de la première description de la variante folliculotrope de MF avec

SMD. Sur la base de la littérature, nous pouvons considérer qu'une étiologie commune (solvants, substances chimiques, HTLV1) et une physiopathologie commune, représentées par des anomalies immunologiques provoquées par le processus dysplasique affectant la lignée cellulaire lymphoïde, peuvent expliquer cette association.

Il semble que l'association entre le SMD et d'autres néoplasmes lymphoïdes soit courante, les deux affections étant généralement diagnostiquées simultanément.

Conclusion:

La coexistence du MF et du MDS a déjà été décrite auparavant, mais ce rapport de cas met en évidence l'association de la variante folliculotrope du MF avec le MDS. L'étiologie possible de la coexistence d'un lymphome cutané avec des troubles lymphoprolifératifs doit être étudiée, et les professionnels de santé qui s'occupent de patients atteints de lymphomes cutanés doivent être conscients du risque accru de développer des tumeurs malignes secondaires

De psoriasis au syndrome de Sézary : Un diagnostic fatidique.

N. Ait Abdelali, S. Mhaimer, F.Z. El Alaoui Abidi, M.A. Aouzal, R. Chakiri
Département de Dermatologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie d'Agadir, Université
Ibn Zohr, Agadir, Maroc.

Introduction :

Le syndrome de Sézary constitue environ 5 % des lymphomes cutanés à cellules T, avec une incidence moyenne autour de 60 ans. Il se manifeste typiquement par une érythrodermie, accompagnée de kératodermie palmoplantaire et d'adénopathies. Nous rapportons le cas d'un syndrome de Sézary dont le diagnostic tardif a mené à une évolution fatale.

Observation :

Un homme de 62 ans, ayant comme antécédents médicaux un diabète sous régime et un psoriasis depuis 16 ans, a été adressé dans notre formation pour prise en charge d'un syndrome de Sézary. Le patient présentait des placards érythémato-squameux prurigineux traités initialement par des préparations topiques, évoluant vers une érythrodermie généralisée depuis 10 ans, associée à une atteinte unguéale et articulaire depuis 1 an, pour lesquelles le patient a bénéficié de méthotrexate et des corticostéroïdes oraux. Par ailleurs, le patient rapportait l'installation de poly adénopathies depuis 2 mois, et notion de toux depuis 1 semaine. Le tout évoluant dans un contexte de sensation fébrile et d'altération de l'état général.

L'examen physique révélait une érythrodermie sèche exfoliative généralisée confluyente touchant toute la surface corporelle, surmontée de squames en lambeau large, et de squames épaisses par endroit au niveau des membres inférieurs, une hyperkératose palmo-plantaire bilatérale, un placard érythémato-squameux au niveau de la muqueuse génitale, un casque squameux au niveau du cuir chevelu, une onychogryphose par endroit et une pachytrachyonychie. Le reste de l'examen somatique a objectivé des magmas d'adénopathies axillaires, cervicales et inguinales, une splénomégalie mesurant 6cm, une douleur à la palpation des petites articulations, un aspect en saucisse des orteils et des œdèmes des membres inférieurs mous prenant le godet.

Le patient a bénéficié d'une biopsie cutanée qui était en faveur d'une dermite psoriasiforme avec infiltrat lymphoïde dermique. Une hyperlymphocytose sanguine à 111 082/mm³, une

thrombopénie à 78 000/mm³ et la présence de cellules de Sézary au frottis sanguin étaient mises en évidence. L'immunophénotypage lymphocytaire a mis en évidence une hyperlymphocytose T CD3+, CD2+, CD4+, CD8-, CD5+, CD7-, CD45+. LDH était à 2329 U/l et l'acide urique était à 138 mg/l. Le bilan hépatique était perturbé. Le reste du bilan était sans anomalies, notamment les sérologies HVB, HVC, HIV étaient négatives. Le diagnostic de syndrome de Sézary a été retenu selon des critères cliniques et biologiques.

Le patient a présenté des troubles de conscience et des troubles de rythme cardiaque, il a été transféré au déchochage où il est décédé par arrêt cardio respiratoire avant de continuer les investigations radiologiques et instaurer une prise charge de sa pathologie.

Discussion :

Le syndrome de Sézary est une forme agressive de lymphome T cutané, caractérisé par la triade érythrodermie, lymphadénopathie et présence de lymphocytes atypiques circulants (cellules de Sézary). Il se développe le plus fréquemment chez les hommes, le plus souvent au cours de la cinquième décennie, et progresse rapidement. Le diagnostic différentiel inclut les effets indésirables induits par des médicaments, le mycosis fongoïde classique, ainsi que les autres causes d'érythrodermie, telles que le psoriasis, comme c'est le cas de notre patient. Le diagnostic de syndrome de Sézary repose essentiellement sur le frottis sanguin et la cytométrie en flux. Les cellules de Sézary sont des lymphocytes T matures CD2+ CD3+, habituellement CD4+ CD8-, de phénotype mémoire CD45RO+ CD45RA-. Une perte d'expression de CD7 et/ou de CD26 a été rapportée. Les caractéristiques histopathologiques du syndrome de Sézary ressemblent à celles du mycosis fongoïde et du psoriasis. Toutefois, l'épidermotropisme est moins marqué, et l'image histopathologique prédominante est souvent de type « pseudo-dermatite », non spécifique. Le traitement du syndrome de Sézary est complexe et nécessite une approche multidisciplinaire, incluant les thérapies systémiques, les thérapies biologiques, la photothérapie et des corticostéroïdes topiques.

Conclusion :

Le syndrome de Sézary est une entité rare parmi les lymphomes T cutanés épidermotropes, caractérisé par un pronostic défavorable en raison de l'absence actuelle de traitement curatif. Son évolution peut être fatale, soulignant ainsi l'importance d'un diagnostic rapide.

Un mycosis fongoïde traité à tort comme un lupus chronique

S. EL MELLOUKI, L. ALAMI, MA. ENNACIRI, M. EL AMRAOUI, Y. ZEMMEZ, R. FRIKH

Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V de Rabat

Introduction : Le mycosis fongoïde (MF) est un lymphome cutané primitif à cellules T, qui a une évolution chronique indolente. Il peut imiter de nombreuses dermatoses et, par conséquent, est « un grand simulateur ». Le MF se manifeste typiquement par des lésions non spécifiques dans les zones photo-protégées. Cependant, le diagnostic est souvent retardé, car les résultats cliniques et histologiques peuvent être très peu spécifiques aux stades précoces. Le lupus érythémateux cutané, quant à lui, se manifeste classiquement sur les zones photo-exposées, et présente des caractéristiques histologiques distinctes. Nous rapportons ici un cas de MF présentant cliniquement des caractéristiques de lupus érythémateux disséminé, un autre « grand simulateur ».

Observation : Madame N.D âgée de 46 ans, sans antécédents pathologiques notables, s'est présentée en 2018 pour une lésion unique au-dessus du sourcil gauche. A l'examen, il s'est avéré qu'il s'agissait d'une plaque érythémateuse infiltrée bien définie. L'évolution fut marquée par l'extension des lésions au niveau du visage puis le tronc. L'érythème et le prurit sont accentués lors de l'exposition solaire. Une biopsie a été réalisée qui a révélé un revêtement épidermique atrophique surmonté d'une couche cornée orthokératosique devenant parakératosique sur les berges d'un ostium folliculaire. De plus, il existait des infiltrats lymphohistiocytaires denses périvasculaires et péripilaires. L'immunofluorescence directe sur biopsie cutanée était positive, et les anticorps anti-nucléaires et anti-DNA natif étaient positifs. Le diagnostic de Lupus chronique a été posé. Plusieurs schémas thérapeutiques ont été administrés : anti-paludiens de synthèse, thalidomide, mycophénolate mofétil. Devant la non amélioration, la patiente a consulté en 2024, pour l'extension des lésions au tronc, dos et abdomen. L'examen clinique a montré des plaques érythémato-squameuses congestives confluentes en placards par endroit, à contours géographiques, discrètement infiltrées, siégeant au niveau du visage, tronc, dos, abdomen et racine de la cuisse. Le diagnostic de MF a été retenu sur l'aspect histologique et le profil immunohistochimique. Le bilan d'extension était rassurant. La patiente a reçu 10 séances de photothérapie, en plus d'injections hebdomadaires de Méthotrexate de 25mg. L'évolution fut marquée par l'amélioration des lésions.

Discussion : Ce cas a été diagnostiqué et traité comme lupus chronique pendant des années avant que le diagnostic de MF ne soit posé. Le MF peut mimer diverses affections cutanées tels qu'une infection fongique, l'eczéma ou le psoriasis, induisant souvent le clinicien en erreur pendant un certain temps avant que le diagnostic correct ne soit posé. À notre connaissance, cependant, il n'existe dans la littérature que de très rares cas de MF simulant un lupus discoïde.

Conclusion : Le lupus érythémateux peut présenter des lésions cutanées cliniquement ou histologiquement similaires à celles du mycosis fongoïde, et donc figure dans la liste des dermatoses pouvant mimer ce lymphome cutané. De ce fait des biopsies cutanées multiples sont indispensables pour le diagnostic initial dans les phases précoces.

“Un prurit chronique insomniant révélant un myélome multiple”

Ouissal Hormi¹ ; Nada Tahri¹ ; Salma Moujahid¹ ; Zerrouki Nassiba^{1,2} ; Nada Zizi^{1,2}

1-Service de dermatologie, vénéréologie 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 myélome multiple (MM) est une hémopathie maligne caractérisée par une prolifération médullaire plasmocytaire, se manifestant généralement par des douleurs osseuses, une anémie, et une susceptibilité accrue aux infections. Cependant, il existe des cas où la présentation clinique de cette pathologie peut être atypique, rendant le diagnostic plus complexe. (1)

Nous rapportons un cas particulier où un prurit chronique a servi de symptôme révélateur du myélome multiple.

Observation :

C'est un patient de 67 ans, suivi pour un diabète et hypertension artérielle, qui consulte pour un prurit chronique généralisé évoluant depuis 1 an.

Malgré un traitement symptomatique à base d'antihistaminiques, le prurit a persisté, entraînant une détérioration significative de la qualité de vie du patient, notamment des troubles du sommeil.

L'examen clinique a objectivé la présence de multiples lésions papulo-nodulaires prurigineuses excoriées au niveau du dos, du tronc et des membres, avec de multiples lésions de grattage dispersées sur tout le corps.

Le bilan étiologique, notamment biologique, a révélé une anémie normochrome normocytaire arégénérative.

L'électrophorèse des protéines sériques avait objectivé un pic suspect migrant dans la zone des gammaglobulines quantifié à 26,4 g avec une immunofixation sérique objectivant une bande monoclonale de type IgG Lambda.

Une ponction de la moelle osseuse a confirmé le diagnostic, mettant en évidence une plasmocytose médullaire à 35% avec présence de signes de dysplasie.

Le scanner a montré des lésions ostéolytiques diffuses.

Sur le plan thérapeutique, le patient a été mis sous protocole VCD : Bortezomib - Cyclophosphamide – Déxaméthasone, avec une très légère amélioration du prurit après l'instauration du traitement.

Discussion :

Les lésions cutanées sont rares et même inhabituelles au cours de l'évolution du MM. (2)

En général, les manifestations cutanées du MM peuvent être divisées en lésions spécifiques et non spécifiques. Les manifestations cutanées spécifiques se rapportent aux lésions qui sont histopathologiquement distinctes pour l'infiltration de plasmocytes malins. Parmi ces manifestations, le plasmocytome cutané qui survient tardivement dans l'évolution de la maladie et se présente sous forme de nodules et de plaques érythémateuses ou violacées précédents. (3)

Les autres manifestations cutanées non spécifiques du MM, qui sont considérées comme paranéoplasiques, ont été décrites dans la littérature antérieure comme suit : les xanthomes, le sclérodème, le pyoderma gangrenosum, la vascularite leucocytoclasique, l'amylose, l'erythema elevatum diutinum, le syndrome de Sweet, la dermatose pustuleuse sous-cornée et les maladies bulleuses auto-immunes. (4)(5)

Le prurit chronique, est un symptôme cutané fréquemment rencontré dans la pratique médicale, mais son association avec des affections hématologiques, en particulier le myélome multiple, est rarement signalée. Le mécanisme du prurit dans ces conditions reste inconnu. (6)

Cette association atypique souligne l'importance de la vigilance clinique et de l'exploration approfondie des symptômes, même ceux qui semblent éloignés de la présentation classique de la maladie.

Une prise en charge multidisciplinaire impliquant les dermatologues et les hématologues est cruciale pour un diagnostic précoce et un traitement approprié.

Conclusion :

Bien que le prurit chronique en tant que symptôme précurseur du myélome multiple soit rare, notre observation souligne l'importance de la reconnaissance du prurit chronique comme un symptôme potentiellement révélateur de maladies systémiques, en particulier le myélome multiple. La reconnaissance de cette association atypique est cruciale pour un diagnostic précoce et une prise en charge thérapeutique appropriée.

Références:

1. Yosipovitch, G. (2010). Chronic pruritus: a paraneoplastic sign. *Dermatologic therapy*, 23(6), 590-596.
2. Harati, A., Brockmeyer, N. H., Altmeyer, P., & Kreuter, A. (2005). Skin disorders in association with monoclonal gammopathies. *Eur J Med Res*, 10(3), 93-104.
3. Woo, Y. R., Jung, Y. J., Kim, J. S., Kim, M., Park, Y. M., Min, C. K., ... & Park, H. J. (2018). Cutaneous comorbidities in patients with multiple myeloma: A 10-year retrospective cohort study from a Korean population. *Medicine*, 97(43).
4. Behera, B., Pattnaik, M., Sahu, B., Mohanty, P., Jena, S., & Mohapatra, L. (2016). Cutaneous manifestations of multiple myeloma. *Indian Journal of Dermatology*, 61(6), 668.
5. Malysz, J., Talamo, G., Zhu, J., Clarke, L. E., Bayerl, M. G., Ali, L., ... & Chung, C. G. (2016). Cutaneous involvement in multiple myeloma (MM): a case series with clinicopathologic correlation. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 74(5), 878-884.
6. Le Gall-Ianotto, C., & Misery, L. (2016). Pruritus in hematological diseases (including aquagenic pruritus). *Pruritus*, 271-281.

Une association rare d'un mycosis fongoïde et une maladie de kaposi chez un patient HIV négatif

K.Khachani', I. El Mejdoubi', Z.Loubaris', S.Hamada', M.Meziane', L.Benzekri', K.Senouci'

Service de dermatologie et vénérologie du CHU Ibn Sina de Rabat

Introduction:

L'association entre un mycosis fongoïde et un sarcome de Kaposi chez les patients séronégatifs est un phénomène rare. La présence de l'herpèsvirus humain 8 (HHV-8) dans les sarcomes de Kaposi a également été récemment identifiée dans les lésions de mycosis fongoïde. Cependant, une association causale entre le HHV-8 et l'apparition du mycosis fongoïde n'a pas encore été établie.

Le but de ce cas est de décrire une association rare entre la maladie de Kaposi et le mycosis fongoïde chez un patient HIV négatif.

Observation:

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 69 ans ayant comme antécédent une arythmie cardiaque et une insuffisance rénale chronique, suivi depuis 2017 pour une maladie de Kaposi HIV négative, confirmée sur biopsie cutanée. Il a été mis sous divers traitements: cures de bléomycine, radiothérapie, cryothérapie, sans véritable amélioration et avec de multiples récurrences.

4 ans après, le patient a développé des plaques érythémato-squameuses très prurigineuses au niveau du tronc, des plis et des 4 membres. La biopsie cutanée avec immunohistochimie était en faveur d'un infiltrat lymphocytaire dermique avec exocytose lymphocytaire épidermique CD3+ CD4+ CD8- et un trou phénotypique évoquant un mycosis fongoïde. Le patient a été mis sous différents traitements notamment: dermocorticoïdes, méthotrexate, photothérapie UVB. L'évolution a été marquée par de multiples rechutes.

Discussion:

La coexistence du mycosis fongoïde avec le sarcome de Kaposi en particulier chez les patients séronégatifs au VIH et non transplantés est rare. La détection récente du HHV-8 chez des patients présentant des lésions mycosis fongoïde suggère une influence du virus dans la pathogenèse de ce lymphome.

Les associations similaires décrites dans la littérature ont présenté un sarcome de Kaposi au décours de l'évolution d'un mycosis fongoïde, qui a pu être expliqué par un faible nombre de lymphocytes T CD4 et l'augmentation des lymphocytes T dysfonctionnels exprimant le marqueur de sénescence CD57. Cet environnement pro-inflammatoire est associé à des cytokines et des facteurs angiogéniques élevés qui sont associés au développement du sarcome de Kaposi. Notre patient présente un mycosis fongoïde récidivant et ne répondant pas aux traitements proposés.

Conclusion:

Cette association permet de mieux comprendre l'implication de certains virus dans la pathogenèse des lymphomes et ouvre de nouvelles perspectives thérapeutiques.

Les sarcomes cutanés au service de dermatologie du CHU d'OUJDA

Y.Almheirat 1; K.Khadija 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 Oujda , Université Mohammed Premier . CHU Mohammed VI ,Oujda ,Maroc

Introduction :

Les sarcomes cutanés comprennent un groupe hétérogène de tumeurs malignes mésoenchymateuses provenant du derme ou du tissu sous-cutané. Comparés à d'autres tumeurs malignes cutanées, ils sont nettement moins fréquents. Notre étude a pour but de donner un aperçu des différents sarcomes cutanés rencontrés dans notre service.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service de dermatologie du CHU Mohammed VI d'Oujda durant une période de 9 ans (Juin 2014-juillet 2023), incluant tous les cas de sarcomes cutanés.

Résultats :

Les sarcomes constituaient 6 % des cancers cutanés dans notre série, soit 16 cas. On notait une légère prédominance féminine avec un sex ratio F/H de 1.25. La moyenne d'âge était de 46,7 ±

15 ans. La durée d'évolution moyenne était de 7,8 ans. Le dermatofibrosarcome (DFS) de Darrier Ferrand prédominait chez 56% des cas et en deuxième position l'angiosarcome chez 12.5% des cas. Le liposarcome, le Sarcome pléomorphe indifférencié, le sarcome à cellule claire, l'hémangioendothéliome rétifforme et le fibromyxosarcome étaient retrouvés dans un cas chacun. La localisation la plus fréquente était au niveau des membres inférieurs dans 56% des cas. La forme ulcéro-bourgeante et nodulaire prédominait chez 15 cas (soit 94%), une plaque infiltrée était retrouvée chez un seul cas. La taille tumorale moyenne était de 8,88 cm. Le bilan d'extention à distance avait objectivé une métastase dans un seul cas (métastase au niveau du surrénal d'un sarcome à cellule claire de la cuisse). Quinze patients ont bénéficié d'une exérèse chirurgicale dont 4 amputations. L'évolution était bonne chez 67% des cas avec deux cas de décès.

Discussion : Les sarcomes représentent environ 1 % des cancers en général. Seulement 4 à 6% se développent primitivement dans la peau. Les sarcomes des tissus conjonctifs et des tissus mous peuvent se manifester sur la peau, soit par croissance continue, soit par métastases. En France, une étude sur les tumeurs cutanées malignes rares étalée sur 24 ans (1980-2004), 151 cas ont été colligés, avec un sexe ratio de 0,7, un âge médian de 63 ans et où les sarcomes occupaient la première position avec 59 cas (39%). Dans notre série, comme dans celle du CHU de Fès, les sarcomes cutanés occupaient le cinquième rang. L'âge moyen de nos patients (46 ans) rejoint celui des autres séries marocaines et reste très jeune par rapport à l'étude française (63 ans). Communément au données de la littérature le DFS de Darrier Ferrand prédominait l'ensemble des cas. La durée d'évolution variait d'un mois à 30 ans avec une moyenne de 7,8 ans ce qui explique les tailles géantes retrouvés dans la majorité des cas.

Conclusion :

Malgré que les sarcomes cutanés restent des tumeurs rares, leur agressivité et leur hétérogénéité clinique justifie de leur accorder une attention particulière.

Références :

- 1/ C.D.M. Fletcher, J.A. Bridge, C.W. Hogendoorn, F. Mertens, World Health Organization. WHO classification of tumours of soft tissue and bone, IARC Press, Lyon (2013)
- 2/ La situation du cancer en France en 2010 collection rapports et synthèses, (2010), pp. 193-195
- 3/ Jiddou Abdou et al. Les sarcomes des tissus mous: à propos de 33 cas. Pan African Medical Journal. 2015;22:374. [doi: 10.11604/pamj.2015.22.374.8391]

Acrokeratose paranéoplasique révélant un adénocarcinome hépatoïde du poumon

I.BEJJA/H.BAYABY/Z.DOUI/M.SOUGHI/S.ELLOUDI/FZ.MERNISSI

Service de dermatologie, CHU HASSAN II, Fès, Maroc

Introduction :

L'acrokératose paranéoplasique de Bazex est une rare dermatose paranéoplasique obligatoire caractérisée par une hyperkératose des extrémités. Elle a été initialement décrite par Bazex en 1965 et est toujours associée à une néoplasie sous-jacente, il s'agit souvent d'un carcinome épidermoïde des voies aérodigestives supérieures.

Nous rapportons ici un cas d'un patient qui s'est présenté pour une dermatose acrale ayant révélé un hépatocarcinome pulmonaire 6

Observation :

Il s'agit d'un homme de 64 ans, agriculteur de profession, tabagique chronique, qui s'est présenté à la consultation pour prise en charge des lésions épaisses et prurigineuses des paumes et des plantes des pieds évoluant depuis 8 mois. Il a été traité initialement par des traitements topiques avec une amélioration partielle et récidive à l'arrêt du traitement. Le tout évoluant dans un contexte d'anorexie et d'amaigrissement. Cette symptomatologie cutanée a été précédée deux ans plus tôt par une toux productive sans hémoptysie.

L'examen clinique a révélé un patient cachectique avec une kératodermie palmoplantaire fissuraire par endroit associée à des plaques érythémateuses squameuses en regard des coudes et des genoux et une xérose manifeste, sans syndrome tumoral clinique. On avait évoqué les diagnostics suivants : l'acrokératose paranéoplasique de Bazex, le mycosis fongöïde, le psoriasis ou l'eczéma chronique de contact. La biopsie cutanée a révélé une dyskératose avec spongiose associée à un infiltrat dermique inflammatoire dense principalement lymphocytaire. Une radiographie thoracique a montré une opacité paracardiaque droite à limites floues et un élargissement médiastinal d'où sa référence au service de pneumologie. Une tomodensitométrie thoracique a été demandée et a montré une masse intraparenchymateuse irrégulièrement contournée et rehaussée dans le lobe inférieur droit mesurant 5*2cm, avec de multiples micronodules parenchymateux et sous-pleuraux suspects bilatéraux. Par la suite, une bronchoscopie avec biopsie a révélé un adénocarcinome hépatoïde à l'examen histologique et immunohistochimique. Un complément par la tomographie par émission de positons (TEP) avec 18-fluorodéoxyglucose (18F-FDG) a été fait montrant de multiples localisations secondaires principalement osseuses et pulmonaires, puis le patient a été référé en oncologie pour complément de prise en charge. Sur le plan dermatologique, le patient a été mis sous vaseline salicylique 10% avec des corticostéroïdes topiques puissants, avec amélioration partielle de sa kératodermie.

Discussion :

Le syndrome de Bazex est une dermatose paranéoplasique obligatoire dont le mécanisme pathophysiologique reste mal compris, bien que la consommation d'alcool et de tabac soit reconnue comme des facteurs de risque principaux.

Il survient souvent chez les sujets de sexe masculin de plus de 40ans, avant le diagnostic de la néoplasie dans 67 % des cas.

Cliniquement, il se manifeste par des plaques psoriasiformes rouges à pourpres aux contours mal définis, avec une distribution symétrique, bilatérale et acrale. La progression se fait en trois stades

- **Stade 1** : atteignant les hélices des oreilles, le nez, les doigts et les orteils,
- **Stade 2** : À mesure que la néoplasie sous-jacente évolue, une éruption cutanée plus étendue se développe atteignant les joues, la région palmo-plantaire associée à une dystrophie unguéale
- **Stade 3** : Phase finale correspondant au carcinome non traité ou résistant au traitement, avec persistance des signes et symptômes précédents et apparition de lésions papulosquameuses sur le tronc, les coudes, les genoux et le dos des mains et des pieds. Des vésicules et des bulles peuvent également se développer.

L'aspect histologique est non spécifique. Il est souvent associé au carcinome épidermoïde des voies aérodigestives supérieures, mais son association avec l'adénocarcinome hépatoïde du

poumon n'a jamais été décrite. Ce type de cancer, rare dans le poumon, représente 2,3 % des cas d'adénocarcinomes hépatoides et est associé à un pronostic très défavorable.

Le traitement de la néoplasie sous-jacente peut entraîner une réduction voire rémission des manifestations dermatologiques. En l'absence de traitement, d'autres options incluent les corticostéroïdes topiques ou systémiques, la photothérapie -UVA et les rétinoïdes.

Conclusion :

Le syndrome de Bazex représente un défi unique en raison de son association avec des néoplasies sous-jacentes. Le diagnostic est clinique. En cas de forte suspicion, les examens suivants viseront dans un premier temps à éliminer les causes les plus fréquentes : radiographie de thorax, examen ORL, fibroscopie œsogastro-duodénale.

Références :

1. Bazex A, Salvador R, Dupré A, Parant M, Christol B, Cantala P, Carles P. (1967). Dermatose psoriasiforme acromélique d'étiologie cancéreuse. Bull Soc Fr Derm Syph 74:130-5.
2. Eckstein J, Healy E, Jain A, Hawkins D, Ho QA, Agrawal A, Ozer E, Rupert R, Diavolitsis VM, Bhatt AD. (2020). A series of typical and atypical cases of Bazex syndrome: Identifying the red herring to avoid delaying cancer treatment. Clin Case Rep. 8 :2259-2264.
3. SHAH, Muhammad Hamza, FERRAZZANO, Carlo, KARTHIKEYAN, Anhukrishna, et al. (2023) Bazex Syndrome (Acrokeratosis Paraneoplastica): A Narrative Review of Pathogenesis, Clinical Manifestations, and Therapeutic Approaches. Cureus. 15, e45368
4. Lei L, Yang L, Xu YY, Chen HF, Zhan P, Wang WX, Xu CW. (2021). Hepatoid adenocarcinoma of the lung: An analysis of the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) database. Open Med (Wars). 16:169-174. doi: 10.1515/med-2021-0215. PMID: 33585692; PMCID: PMC7863000

Nodule de Sœur-Marie-Joseph : un signe révélant la partie immergée de l'iceberg

i.Kial, L.Bendaoud, M.Aboudourib, O.Hocar, S.Amal

Service de dermatologie vénérologie du CHU Mohamed VI de Marrakech, faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech.

Introduction :

Le nodule de Soeur Mary Joseph (SMJ) est un nodule cutané ombilical palpable, discret et rare, révélant une néoplasie intra-abdominale et témoigne son mauvais pronostic. Décrit pour la première fois en 1928, par William James Mayo, qui s'est basé sur les observations de son assistante chirurgicale, Sœur Marie Joseph Dempsey.

Il représente dans 1 à 3 % des adénocarcinomes abdomino-pelviens, et dans un tiers des cas, elle représente la première manifestation de la maladie cancéreuse.

Il pose un problème de diagnostic étiologique car la recherche de la tumeur primitive n'est pas toujours aisée. Le but de notre travail était de mettre en évidence, à travers une observation, l'intérêt du nodule de SMJ dans la révélation d'un adénocarcinome digestif chez une patiente de 70ans.

Observation :

Une patiente de 70 ans, ayant comme antécédant une cholécystectomie il y'a 2ans pour lithiase biliaire, hospitalisée au service de gastrologie pour douleurs abdominales d'évolution chronique, qui présente une lésion cutanée ombilicale douloureuse et prurigineuse apparue il y'a 8mois . L'interrogatoire systématique de la patiente met en évidence une perte d'appétit et un amaigrissement depuis plusieurs mois.

À l'examen clinique de l'abdomen on objective une tuméfaction ombilicale de 6 cm de diamètre, ferme, douloureuse, érythémateuse et légèrement suintante. La palpation profonde de l'abdomen, diffusément douloureuse, révèle une hépatomégalie.

Devant la suspicion d'adénocarcinome abdomino-pelvien sous-jacent, un scanner abdominal injecté est réalisé. Cet examen montre un processus tumorale des voies biliaires. On note également la présence de lésions hépatiques d'allure secondaires. Une biopsie de la lésion ombilicale permet de poser le diagnostic de métastase d'un cholangiocarcinome. Un traitement palliatif était prescrit.

Discussion :

Le nodule de SMJ est un nodule palpable de l'ombilic secondaire le plus souvent à une métastase d'un cancer abdomino-pelvien. Son incidence est faible, puisqu'on estime que 1-3% des patients atteints de néoplasies abdomino-pelviennes pourrait présenter un nodule de SMJ. Dans 30%, les nodules de SMJ sont le mode de présentation initiale, voire le seul signe d'une néoplasie. Dans la moitié de ces présentations initiales par nodule de SMJ, la lésion primaire demeurera occulte. Cette métastase ombilicale peut également représenter un signe de récurrence ou de progression néoplasique, souvent vers la carcinose péritonéale. Le tractus gastro-intestinal est la localisation la plus fréquente de la tumeur primaire (35 à 65%), suivie d'une origine gynécologique (12 à 35%). D'autres origines extra péritonéales sont rapportées; tel que le poumon, le sein et le pénis dans 3%-6%. L'aspect clinique du nodule de SMJ est souvent celle d'une tuméfaction généralement ferme, indurée avec des marges irrégulières. La surface est parfois fissurée ou ulcéro-nécrotique; souvent douloureuse voir prurigineuse. La taille est variable, de 0,5 à 2 cm en général. Quelques cas spectaculaires jusqu'à 10 cm ont été rapportés. Selon l'origine histologique, il peut exister un écoulement séreux, sanguin, mucoïde ou purulent. De multiples lésions peuvent entrer dans le diagnostic différentiel des masses ou épaissements ombilicaux. La biopsie, souvent facile à réaliser sans ou avec guidance échographique, est alors l'investigation de choix pour étayer le diagnostic. Plusieurs mécanismes physiopathologiques sont avancés pour expliquer la survenue du nodule de SMJ. Etant donné l'étroite proximité avec le péritoine, l'extension directe de lésions péritonéales reste le mécanisme physiopathologique le plus fréquent des métastases ombilicales. D'autres mécanismes sont évoqués, comme une dissémination hématogène à travers les systèmes artériels et veineux, une extension lymphatique (carcinome du pancréas principalement), une extension le long des ligaments d'origine embryonnaire (ligament rond de foie, l'ouraque, le vestige du conduit vitello-intestinal). Dans nos pays à ressources limitées, l'exploration d'un nodule de SMJ pose des défis diagnostiques et thérapeutiques majeurs. Le diagnostic est

souvent tardif due à la méconnaissance de la maladie par les praticiens, le manque d'accessibilité aux structures sanitaires de référence, et l'absence des aides au diagnostic de pointe telles que la tomodensitométrie, les marqueurs tumoraux et l'anatomopathologie dans certaines structures sanitaires.

Lorsqu'un traitement est possible, l'association d'une chirurgie à l'administration d'une chimiothérapie est associée à une meilleure survie qu'un traitement par chimiothérapie ou chirurgie seule.

Conclusion :

Le nodule de SMJ reste encore une tumeur rare d'origine métastatique d'un cancer le plus souvent digestif. Le pronostic encore très sombre, impose un dépistage précoce donc systématique. Bien que peu fréquent, il doit être reconnu par le praticien car il représente souvent le seul signe d'une maladie oncologique sous-jacente.

Présentation rare de métastases cutanées d'un cancer colo-rectal mimant un zona, à propos d'un cas

S.ZEMRANI, O.KARIM, L.BENDAOU, M.ABOUDOURIB, O.HOCAR, S.AMAL

Service de dermatologie, Hôpital Arrazi, CHU Mohammed VI, Marrakech

Laboratoire de Recherche en Biosciences, FMPM, Université Cadi Ayyad, Marrakech

Introduction :

Les métastases cutanées des cancers internes sont rares, survenant dans 0,7 % à 9,0 % de tous les cancers. Elles indiquent généralement une dissémination tumorale intra lymphatique et/ou intravasculaire avec un mauvais pronostic. Les néoplasmes qui métastasent le plus souvent dans la peau sont les cancers humains les plus fréquents, tels que le cancer du sein chez les femmes et le cancer du poumon chez les hommes. D'autres tumeurs avec un fort potentiel métastatique cutané comprennent les carcinomes du tractus gastro-intestinal.

Les métastases cutanées sont plus fréquemment observées sous forme de papules ou de nodules et peuvent présenter des ulcérations à un stade ultérieur. Le motif de distribution zosteriforme de ces lésions est une forme de présentation exclusive et encore plus rare.

Nous décrivons ici le cas d'une femme de 54 ans suivie pour un adénocarcinome colo-rectal présentant des métastases cutanées de type zosteriforme .

Observation :

Nous rapportons le cas d'une femme de 54 ans suivie depuis 4 ans pour un adénocarcinome colo-rectal ayant bénéficié d'une radio chimiothérapie néoadjuvante puis d'une résection chirurgicale avec curage ganglionnaire et actuellement sous chimiothérapie, qui s'est présentée au urgences avec des vésicules-papules érythémateuses douloureuses regroupées en bouquet au niveau de la face antérieure latérale de la cuisse gauche . À l'examen, de nombreuses papules érythémateuses fermes étaient présentes au niveau du membre inférieur gauche avec une distribution métamérique (L2-L3) . Voici la traduction en français :

Cette éruption cutanée a été traitée comme une infection par le virus de l'herpès zona par son sans amélioration et un avis dermatologie a été sollicité. En tenant compte de l'histoire médicale du patient, une biopsie des lésions cutanées avec immunohistochimie a été réalisée et a révélé

l'aspect d'une localisation cutanée d'un adénocarcinome moyennement différencié d'origine gastro-bilio-pancréatique. Le bilan d'extension n'a objectivé aucune autre localisation secondaire. Le patient a été adressé au département d'oncologie afin de commencer un traitement approprié pour sa condition.

Discussion :

Malgré l'implication cutanée bien décrite dans les tumeurs solides, les métastases zosteriformes sont une entité rare, avec seulement quelques cas publiés dans la littérature. Une méta-analyse récente a passé en revue 4 774 patients publiés dans la littérature anglaise depuis 1970 avec une atteinte cutanée de motif zosteriforme. Il y avait huit (14 %) lymphomes (1 lymphome de Hodgkin, 2 lymphomes non hodgkiniens, 3 lymphomes cutanés à cellules B et 2 lymphomes cutanés à cellules T), sept (12 %) cancers du sein, sept (12 %) carcinomes épidermoïdes (CE), six (11 %) tumeurs digestives (2 tumeurs gastriques, 3 tumeurs du côlon et 1 tumeur de la vésicule biliaire), six (11 %) tumeurs respiratoires (5 tumeurs pulmonaires et 1 tumeur du larynx), et quatre (7 %) tumeurs urologiques (2 tumeurs rénales, 1 tumeur de la vessie et 1 tumeur de la prostate). Beaucoup de métastases à distribution métamérique ont été initialement diagnostiquées comme étant un herpès zoster, ce qui est une découverte courante chez les patients oncologiques immunodéprimés.

Le mécanisme de distribution zosteriforme reste souvent inconnu. Cependant, les théories proposées incluent la dissémination hématogène ou lymphatique, d'une métastase directe et de l'implantation directe de cellules tumorales. Une autre explication possible est le phénomène de Koebner, qui décrit la prédilection des cellules malignes à s'implanter sur des sites de traumatisme, de chirurgie ou d'infection antérieurs. Cliniquement, les métastases sont localisées à proximité du carcinome interne sous-jacent. Dans ce cas rapporté, le mécanisme pathologique possible était la dissémination lymphatique.

La stratégie de traitement et de prise en charge du cancer dans les métastases cutanées consiste à déterminer l'origine tumorale, ce qui est souvent réalisable par biopsie tissulaire, avec le soutien de marqueurs immunohistochimiques des lésions métastatique.

Le pronostic du patient en cas de métastases cutanées dépend principalement de la pathologie et du comportement biologique du néoplasme primaire et de sa réponse au traitement ; cependant, les métastases cutanées, sont des marqueurs de mauvais pronostic. L'un des facteurs importants influençant la survie est le temps écoulé entre le diagnostic et l'apparition des récurrences cutanées. Il est impératif que la métastase cutanée de type zosteriforme du cancer colorectal soit correctement diagnostiquée et que le traitement approprié soit initié immédiatement.

Conclusion :

Le cas présenté souligne l'importance d'inclure les métastases cutanées dans le diagnostic différentiel des patients présentant des lésions semblables à l'herpès zona, en particulier chez ceux avec un néoplasme sous-jacent récemment diagnostiqué. Une biopsie devrait être réalisée pour éviter tout retard supplémentaire dans le diagnostic, en particulier lorsque la lésion évolue rapidement et ne répond pas au traitement. La détection précoce et la reconnaissance de la maladie métastatique dans la peau peuvent modifier considérablement le traitement et le pronostic.

Métastases cutanées révélant un carcinome vésiculaire de la thyroïde : à propos d'un cas

Introduction :

Le cancer de la thyroïde représente 1 à 2% des maladies néoplasiques et 90% des cancers endocriniens. Le type vésiculaire est le plus courant des carcinomes thyroïdiens après le type papillaire. Il produit le plus souvent de métastase ; les poumons, l'os, les métastases ganglionnaires médiastinales, puis le cerveau, le foie, le rein mais rarement au niveau cutané. Il est considéré de bon pronostic. Notre objectif est de rapporter des localisations secondaires cutanées de carcinome vésiculaire et de discuter l'attitude thérapeutique.

Observation :

Il s'agit d'une femme de 55 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui présentait des nodules sous cutanés négligés au niveau du dos, du sein droit et de l'abdomen, légèrement douloureux, évoluant depuis 05 ans d'installation progressive précédant l'apparition d'une tuméfaction cervicale. L'installation d'un goitre a motivé la patiente à se faire consulter. A l'examen dermatologique, nous avons trouvé deux nodules sous cutanés de 1 cm au niveau du dos et de l'abdomen, mobiles par rapport au plan profond et superficiel, de consistance ferme légèrement douloureux à la palpation et sans signes inflammatoires en regard. Un autre nodule de 2 cm était noté au niveau du sein droit, de couleur chair et de consistance ferme. A la dermoscopie, un fond érythémateux a été noté avec une vascularisation polymorphe. Par ailleurs, un placard érythémateux violacé était présent au niveau du visage surmonté d'un nodule de 3cm évoluant et augmentant progressivement de taille depuis 20 ans avec présence d'un thrill faisant évoquer une malformation vasculaire. L'écho-doppler a été prescrit mais il n'a pas été fait. L'examen clinique cervical a montré un goitre plongeant antérieur gauche palpable de 6 cm, multi nodulaire, ascensionnant à la déglutition, sans signe inflammatoire en regard ou fistule, non douloureux à la palpation, de consistance ferme, mobile dans le sens transversal et longitudinale de contours circonscrites. Une biopsie exérèse du nodule siégeant au niveau du dos était réalisée, montrant un tissu fibro-musculaire siège d'une prolifération tumorale d'architecture trabéculaire, solide et constituée de vésicules thyroïdiennes de taille variable mais le plus souvent de petites tailles centrées par une colloïde homogène, elles sont kystisées ailleurs. Celles-ci sont bordées par un épithélium cubique simple. Les cellules vésiculaires sont irrégulières par places mais restent indemnes des atypies cytonucléaires du carcinome papillaire. Le tissu interstitiel est richement vascularisé, hyalinisé par places et siège de suffusions hémorragiques, concluant à une localisation sous cutanée secondaire d'un carcinome vésiculaire de la thyroïde. Les examens biologiques étaient sans particularité. Elle était en euthyroidie. Une échographie cervicale a été faite révélant un goitre thyroïdien multi-hétéro-nodulaire classé EU TIRADS 3 et 4. La cytoponction thyroïdienne montrant une prolifération avec légère atypie nucléaire sur un fond hématique (CLASSE III DE BETHESDA 2010). La TDM cervico-thoracique a noté la présence d'un volumineux héli goitre gauche plongeant hétérogène suspect, avec multiples nodules pulmonaires, une axillaire droite, multiples lésions hépatiques, 02 lésions rénales gauches et un nodule au niveau jugal droit, mammaire droit, dorso-lombaire et abdominal d'allure secondaire. Par la suite, la patiente a bénéficié d'une thyroïdectomie totale qui a confirmé une prolifération carcinomateuse vésiculaire de la thyroïde avec curage ganglionnaire, et biopsie exérèse des autres nodules cutanés siégeant un niveau mammaire droit et abdominal et l'étude histopathologique était en faveur des lésions métastatiques. Actuellement, la patiente est programmée pour plusieurs cures d'irradiation.

Discussion :

Le carcinome vésiculaire est le sous type des cancers thyroïdiens qui est considéré comme le plus agressif, caractérisé par l'invasion vasculaire, expliquant la fréquence de la localisation à distance. La métastase cutanée est une éventualité rare. Il n'existe à notre connaissance que peu

de cas rapportés. Lorsqu'elles existent, elles intéressent essentiellement le cuir chevelu et la région cervicale. Elles sont souvent de survenue tardive et signent déjà un stade avancé de la tumeur. Dans la littérature, nous avons trouvé des cas rapportés avec des métastases au niveau du scalp révélant un carcinome vésiculaire évoluant depuis des années. D'autres auteurs ont rapporté des cas présentant des localisations cervicales. En outre, parmi les localisations cutanées rapportées dans la littérature comme étant des localisations inhabituelles : l'abdomen, le dos, le bassin et la cuisse. Chez notre patiente on a trouvé également des métastases cutanées abdominale et dorso-lombaire associées à une autre localisation au niveau du sein droit. Le traitement des patients présentant des métastases cutanées inclut une thyroïdectomie totale, l'excision de la lésion autant que possible et l'administration de la thérapie à l'iode radioactif. Certains auteurs soutiennent l'utilisation de la radiothérapie externe à la fois pour contrôle locorégional et contrôle des métastases inopérables.

Conclusion :

Dans des rares cas, les métastases cutanées peuvent être révélatrices de carcinome thyroïdien, quel que soit le type histologique. Elles peuvent être parfois prises à tort pour des cancers cutanés primitifs et poser un problème de diagnostic différentiel, étant donné que le diagnostic et le traitement précoce peuvent améliorer le pronostic.

Une maladie de Kaposi multiples classique atypique

Maryam Ghaleb ,Ouiame Eljouari, Salim Gallouj

Service de dermatologie et vénéréologie , centre hospitalier universitaire Mohammed VI, Tanger

Faculté de médecine et de pharmacie de Tanger

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 75 ans, sans antécédents pathologiques. L'examen clinique objectivait de multiples tumeurs ulcéro-bourgeonnantes multi-nodulaires associée à un lymphoedème homolatéral du MS. L'examen des aires ganglionnaires retrouvait des adénopathies axillaires bilatérales. L'étude histologique avait montré une prolifération tumorale de cellules épithéloïdes 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 de la main avait objectivé une lyse totale localisée, La tomographie thoraco-abdomino-pelvienne avait montré des micronodules parenchymateux pulmonaires bilatéraux et des adénopathies axillaires. 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 érythémato- 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, homosexuels, 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.

La maladie de Kaposi : expérience du service de dermatologie de l'hôpital Militaire d'instruction Mohammed V de Rabat (Maroc)

H. Hassan, M. El Amraoui , A. Moussa , M. Khalidi, R. Frikh, N. Hjira
Service de dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat

Introduction: La maladie de Kaposi est une double prolifération, vasculaire et mésenchymateuse, induite par le virus de l'Herpes humain de type 8 (HHV8). Elle peut être multifocale et d'expression cutanée et viscérale. Quatre formes cliniques ont été distinguées (classique, endémique, épidémique et iatrogène). L'objectif de notre étude est de dresser le profil épidémio-clinique, étiologique, thérapeutique et évolutif dans notre contexte.

Matériels et Méthodes: Etude rétrospective, exploratoire, mono centrique, réalisée au sein du service de dermatologie de l'Hôpital Militaire d'instruction Mohammed V de Rabat, sur une durée de 12 ans (2010-2021). L'étude a consisté sur l'exploitation des registres d'hospitalisation et des dossiers médicaux des patients selon une fiche d'exploitation pré établie. On a exclu de notre étude les dossiers incomplets et ceux des ré hospitalisations des patients.

Résultats: 38 cas au total ont été inclus dans notre étude, dont 32 hommes (84%) et 6 femmes (16%). L'âge des patients variait entre 30 et 92 ans avec une moyenne de 62 ans. Les formes cliniques enregistrées étaient: forme classique: 28 cas (74%), forme épidémique 5 cas (13%), forme iatrogène: 4 cas (10%) et forme endémique: un seul cas (3%). L'atteinte cutanée était présente chez tous les patients: papulo-nodulaire (60%), plaques angiomeuses (68%), macules (55%), lésions kératosiques (16%), lésions ulcéreuses (40%), troubles pigmentaires (24%). La muqueuse buccale était atteinte dans 39% des cas et la muqueuse génitale dans 21% des cas. L'atteinte extra dermatologique était retrouvée chez 19 cas (50%): digestive (11 cas), ganglionnaire (5 cas) et osseuse (3 cas). L'histologie était concluante chez tous les patients, la recherche de l'HHV8 était positive chez 37 patients. Les traitements utilisés étaient: abstention et surveillance: 10 cas, cryothérapie: 12 cas, chirurgie: 5 cas, Trithérapie anti rétrovirale: 5 cas, Bléomycine intra lésionnelle: 3 cas et chimiothérapie systémique: 3 cas.

Discussion: Notre étude montre: la nette prédominance de la forme classique et de la prédilection masculine de la maladie, l'âge relativement avancé de sa survenue, la fausse baisse de la prévalence qui pourrait être expliquée par la prise en charge pluridisciplinaire de la maladie (médecine interne, infectiologie, oncologie), la relative fréquence des atteintes muqueuses et extra cutanées, le rôle potentiel de l'HHV8, la fréquence des traitements simples et peu invasifs.

Conclusion: La maladie de Kaposi connaît un changement du profil dans notre contexte avec une diminution de la forme épidémique et une augmentation de la forme classique et de la forme iatrogène. L'évolution lente et l'arsenal thérapeutique réduit imposent d'intégrer les patients dans une stratégie thérapeutique qui vise le long terme.

Au-delà d'une Dermohypodermite : La Porte d'Entrée Kaposienne

A. Zaim, H. Baybay, R. Al Heyasat, Z. Douhi, M. Soughi, S. Elloudi, FZ. Mernissi

Service de Dermatologie CHU HASSAN II, Fès, Maroc

Introduction :

La dermo-hypodermite bactérienne aiguë non nécrosante (DHBNN) est une affection courante, généralement localisée aux membres inférieurs et souvent bénigne. Nous rapportons le cas d'une DHBNN révélant une maladie de Kaposi chez un adulte, soulignant ainsi l'atypicité de la porte d'entrée et l'importance de l'antibioprophylaxie dans ce contexte.

Observation :

Un patient de 79 ans, diabétique et hypertendu sous traitement, a consulté pour un gros membre inférieur gauche rouge évoluant depuis 5 jours. L'examen dermatologique a noté un placard érythémateux, œdémateux, circonscrit, chaud et douloureux s'étendant du pied au tiers inférieur de la jambe gauche, surmonté d'une bulle à contenu purulent. Des lésions papulo-nodulaires violacées angiomateuses étaient présentes près de la cheville et sur le membre controlatéral, avec une papule angiomateuse endojugale. L'examen dermoscopique des lésions nodulaires a montré un patron arc en ciel ainsi que des aires blanchâtres sans structures. L'examen n'a révélé aucune autre porte d'entrée évidente, mais une manipulation de la lésion surinfectée a été évoquée lors de l'interrogatoire. Le diagnostic de dermatohypodermite bactérienne aiguë a été posé et l'étude histologique et immunohistochimique a confirmé la nature kaposienne de la porte d'entrée.

Le patient a été traité avec succès par une bi-antibiothérapie probabiliste comprenant de l'amoxicilline protégée et de la ciprofloxacine. De plus, une antibioprofylaxie à base de benzathine pénicilline a été maintenue, ce qui a permis d'éviter toute récurrence ou développement de lymphœdème lors du suivi d'une année.

Discussion :

Les DHBNN rassemblent un groupe d'affections hétérogènes intéressant à des degrés divers l'épiderme, le derme et l'hypoderme, principalement localisées aux membres inférieurs. Bien que l'intertrigo interorteil soit la porte d'entrée habituelle dans cette localisation, toute effraction cutanée pourrait favoriser la pénétration des germes. Le streptocoque β -hémolytique du groupe A est souvent en cause, parfois en synergie avec le *Staphylococcus aureus*. Cependant, d'autres germes moins fréquents peuvent être impliqués, notamment en présence de portes d'entrée atypiques ou multiples.

Un traitement efficace implique une antibiothérapie appropriée, le repos et la prise en charge des facteurs favorisants, avec une attention particulière à l'identification et au traitement de la porte d'entrée.

L'antibioprofylaxie est réservée aux cas de récurrences multiples ou de facteur de risque local persistant. Dans notre cas, l'antibioprofylaxie a été entreprise en raison du risque élevé de lymphœdème associé à la maladie de Kaposi, et par conséquent du risque de récurrence de la dermo-hypodermite.

Conclusion :

Ce cas illustre parfaitement l'importance d'une vigilance particulière concernant les portes d'entrée atypiques et le rôle essentiel de l'antibioprophylaxie dans la prévention des récurrences. De plus, il met en garde contre le risque de négliger des diagnostics plus graves en se focalisant uniquement sur le motif de consultation initial, soulignant ainsi le besoin d'une évaluation globale des patients pour une prise en charge adéquate.

El Ghazouli Israe, El Jouari Ouïame, Gallouj Salim

Service de dermatologie-vénérologie, CHU Mohammed VI de Tanger, Maroc

Forme inhabituelle de la maladie de Kaposi chez un sujet immunocompétent

La maladie de Kaposi est une affection proliférative et multifocale à double composante, vasculaire et fibroblastique, d'acrosion cutanée et viscérale. Décrite initialement en 1872 par Kaposi, un dermatologue viennois sous le nom de sarcome cutané multiple.

Nous présentons le cas d'un patient âgé de 61 ans, sans antécédents pathologiques notables qui présente depuis 03 ans une nappe maculeuse hyperpigmentée intéressant l'ensemble des deux membres inférieurs associée à un placard érythémateux et keratosique de la face postérieure des deux pieds, ainsi que plusieurs papules érythémateuses au niveau de la face postérieure des bras. La biopsie est revenue en faveur d'une maladie de Kaposi au stade de nappe maculeuse et l'immunohistochimie était positive pour l'anticorps anti CD31 (+): celui-ci rehausse la prolifération vasculaire.

- L'anticorps anti HHV8 (+): montre un marquage nucléaire finement granuleux hétérogène de cellules éparses

Les sérologies HVC, HBC, syphilis et notamment VIV étaient négatives contrairement à toute attente.

Ce cas met en évidence que la maladie de Kaposi maculopapuleuse extensive peut survenir dans un contexte d'immunocompétence, bien que rare mais possible, soulevant des questions sur les mécanismes sous-jacents et la physiopathologie de l'infection par l'HHV-8.

KAPOSI et Syndrome des antisynthétases

Introduction

Le syndrome des antisynthétases (SAS) est un trouble auto-immun caractérisé par la présence d'auto-anticorps ciblant les aminoacyl-tRNA synthétases (aaRS). Les manifestations cliniques incluent la pneumopathie interstitielle (PI), la myosite, le phénomène de Raynaud, la fièvre, les mains de mécanicien et l'arthrite.

En général, le SAS n'est pas associé aux cancers chez les adultes. Cependant, deux cas de SAS ont été rapportés en association avec le sarcome de Kaposi. Nous présentons ici un cas rare de cette association chez une femme de 64 ans diagnostiquée avec un SAS.

Observation de cas

Une femme de 64 ans, ayant des antécédents de diabète et de cardiopathie ischémique, présentait des symptômes de syndrome des antisynthétases (SAS) depuis 6 mois, incluant fièvre, arthrite, polymyosite et pneumopathie interstitielle diffuse révélée par une tomodensitométrie. Les anticorps anti-Jo1 et anti-Ro52 étaient positifs.

La patiente a été hospitalisée dans le service de dermatologie pour des lésions cutanées disséminées. L'examen physique a révélé des nodules angiomateux dans la région sous-palpébrale gauche et sur les orteils, ainsi que des macules érythémato-violines sur le visage, le

tronc et les membres inférieurs. Des plaques pourpres ont été observées sur le menton, les oreilles, la région palmaire-plantaire et le pli inter-fessier, avec des papules et nodules pourpres sur la langue et le reste de la muqueuse buccale. Le sarcome de Kaposi a été confirmé par une biopsie cutanée. Les anticorps anti-VIH 1/2 étaient négatifs. Des investigations ont révélé une atteinte hématologique, neurologique et digestive liée au sarcome de Kaposi. Une chimiothérapie à base de taxanes a été débutée, mais la patiente est décédée une semaine après sa première séance.

Discussion

Le sarcome de Kaposi (SK) est une tumeur angioproliférative rare, qui survient rarement en association avec le syndrome des antisynthétases (SAS). Ce dernier n'est généralement pas associé à une malignité chez les adultes. La présence d'anticorps anti-Jo1 chez les patients atteints de SAS est associée à un risque accru de cancer, en particulier lorsqu'ils sont accompagnés d'anticorps anti-Ro52. Notre patiente présentait un SAS avec les anticorps anti-Jo1 et anti-Ro52.

Le premier cas de SK survenant dans un SAS a été rapporté par Laura B en 2013, après deux mois de traitement par glucocorticoïdes. Par conséquent, un SK induit par les glucocorticoïdes ne pouvait pas être exclu. Sellitto et al. ont rapporté un cas de SK dans un syndrome paranéoplasique associé au SAS, où le SAS était stable pendant la chimiothérapie et a récidivé après l'arrêt de celle-ci. Nan He et al. ont rapporté un cas de SAS compliqué d'un SK survenu deux mois après le diagnostic de SAS. Notre patiente a été diagnostiquée avec un SK six mois après le début du SAS sans traitement immunosuppresseur préalable.

La relation entre le SAS et le SK n'est pas encore entièrement comprise, c'est pourquoi des études supplémentaires sont nécessaires pour préciser cette association physiopathologique.

Conclusion

Le lien entre le sarcome de Kaposi (SK) et le syndrome des antisynthétases (SAS) est rarement documenté. Il est recommandé de mettre en place un dépistage préventif du cancer et un suivi régulier, incluant des examens dermatologiques, chez les patients atteints de SAS, en particulier ceux sous traitement immunosuppresseur.

A case of iatrogenic Kaposi's sarcoma following long term use of corticosteroid treatment for bipolar aphthisis

Introduction:

Kaposi's sarcoma (KS) is a lymphoangioproliferative multifocal process associated with human herpes virus 8 (HHV8). Iatrogenic KS is a rare variant. It usually occurs in patients who have undergone solid organ transplants. However, immunosuppressive (IS) therapy such as corticosteroids (CS) may enhance the risk of KS. We describe a patient with a bipolar aphthisis (BP) who developed KS after long term use of CS. To our knowledge, this is the first case reporting iatrogenic KS with BP.

Case Description:

A 67-year-old female presented for evaluation and management of multiple purpuric lesions scattered over her legs, 5 years after starting CS for a BP. The patient was receiving oral prednisone 60 mg daily in combination with colchicine 1 mg daily since 2019. The treatment was tapered off slowly by the patient's attending internist. Yet, she stopped the follow-up in 2021 and continued treatment with oral prednisolone at a dose of 5 mg daily.

Physical examination revealed several violaceous nodules and plaques, ranging from 1.0- 6.0 cm, distributed on lower limbs and soles of the feet. The lesions had gradually enlarged over the course of the last 3 months. A small violaceous papule was noted on the left thumb. Most of the lesions were non-scaly and did not bleed on pinprick. No lymphadenopathies, organomegaly, oral or genital lesions were found.

Dermoscopic examination showed a purplish background for most lesions, and a rainbow pattern with white scales in other lesions.

Iatrogenic KS was suspected and confirmed by histopathology. On immunohistochemistry, the tumor cells were positive for CD31 and CD34. HHV-8 stain showed positivity.

Laboratory studies were normal. The serological test for human immunodeficiency virus (HIV) was negative. A total body computed tomography scan was performed, showing no evidence of secondary localisation of KS. No endoscopy tests were done due to the absence of mucosal involvement and any digestive symptoms.

A final diagnosis of iatrogenic KS was made. Oral prednisolone was stopped and immediately switched to oral hydrocortisone.

Discussion:

KS manifests as a cutaneous disorder, with a possible mucosal, visceral and/or lymphatic involvement.

Clinically, KS lesions vary from purplish patches and plaques to violaceous nodules or even exophytic tumors. Lesions may bleed, ulcerate or invade nearby tissue, including bones. In our case, no extra cutaneous lesions were found.

Iatrogenic KS was first described in subjects receiving high doses of IS, such as organ transplant recipients. It can complicate treatment with CS in a wide spectrum of patients requiring IS drugs for underlying conditions such as rheumatoid arthritis, pemphigus vulgaris, glomerulopathy, hemopathy, bullous pemphigoid or other chronic inflammatory diseases.

In literature, iatrogenic KS is rarely documented. Indeed, most patients receiving CS do not develop KS, suggesting the ethnic or genetic role in KS development. KS may occur between one month and 20 years after the IS drug is introduced.

Management focuses on reducing IS, which often results in regression or complete healing. After stopping CS, our patient showed good response.

Conclusion:

Kaposi's sarcoma (KS) can occur in long-term users of steroids even in the absence of HIV infection or transplantation. Steroids are the most commonly used form of IS therapy and vigilance must be maintained to prevent KS from occurring.

Endocrinopathies

Prurigo pigmentosa associated with diabetic ketoacidosis : A case report and a literature review

Fz. Sassine¹ ; C. Mustapha Eid¹ ; Y. Zemmez² ; R. Frikh² ; N. Hjira²

¹ Service de Dermatologie-Vénérologie , CHU Ibn Sina.

² Service de Dermatologie-Vénérologie , Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V.

Introduction

Prurigo pigmentosa is a rare inflammatory skin disorder characterized by the sudden emergence of intensely itchy, reticulated erythematous papules, which often progress to hyperpigmented lesions. Its exact pathogenesis remains elusive; however, prurigo pigmentosa is frequently associated with metabolic conditions, particularly those linked to ketosis, such as diabetic ketoacidosis (DKA) and ketogenic diets. This condition can manifest either prior to or alongside systemic symptoms, highlighting its significance as a dermatological indicator for diagnosing underlying metabolic abnormalities. Understanding its clinical presentation and associations is crucial for timely identification and intervention.

Case Report:

This report discusses a 19-year-old male patient with no significant past medical history, who arrived at the emergency department with a one-week history of worsening fatigue, shortness of breath, intermittent abdominal pain, and recurrent vomiting. Upon examination, the patient exhibited confusion and tachycardia, alongside a Glasgow Coma Scale (GCS) score of 13, indicating mild cognitive impairment. Dermatological assessment revealed pruritic, erythematous papules arranged in a distinct reticular pattern, primarily localized on the trunk. These lesions had manifested suddenly over the preceding 48 hours and caused considerable discomfort. Within 72 hours, the lesions evolved into hyperpigmented forms, characteristic of prurigo pigmentosa, a rare inflammatory dermatosis frequently linked to metabolic disturbances. The patient had no history of a ketogenic diet and no prior history of diabetes mellitus or other metabolic disorders. Laboratory tests demonstrated severely elevated blood glucose levels at 408 mg/dL and metabolic acidosis. Urinalysis confirmed glycosuria and ketonuria, leading to a diagnosis of DKA. Following this diagnosis, treatment commenced with intravenous fluids for rehydration and subcutaneous insulin to correct the hyperglycemia and acidosis. A skin biopsy further validated the diagnosis, revealing neutrophilic perivascular infiltrate and spongiosis consistent with prurigo pigmentosa. The patient exhibited significant improvement, with gradual resolution of both systemic symptoms and skin lesions in the days following treatment.

Discussion: Prurigo pigmentosa is characterized by pruritic, erythematous papules that develop in a reticular pattern and can rapidly progress to hyperpigmented lesions. The pathogenesis is still not fully understood, but several hypotheses propose a combination of metabolic factors, contact allergens, or hormonal changes that may initiate the inflammatory response. Histological findings, such as neutrophilic infiltration and spongiosis, support its classification as an inflammatory dermatosis. Dermoscopy reports regarding prurigo pigmentosa are relatively limited, and findings can differ significantly based on the stage of the lesions. A

retrospective study highlighted several key features, including early lesions showing pink oval structures with punctate and linear vessels, fully developed lesions characterized by pink structures with brown pigment granules and linear telangiectatic vessels, and resolving lesions exhibiting granular pigmentation around hair follicles. The occurrence of prurigo pigmentosa in the context of DKA may serve as an essential dermatological clue for diagnosing ketosis, especially in patients without a prior diabetes diagnosis. This case underscores the importance of recognizing prurigo pigmentosa in patients presenting with sudden metabolic derangements, as early identification and treatment of the underlying condition can greatly enhance patient outcomes. Although the precise mechanisms linking prurigo pigmentosa to ketosis remain undetermined, it is plausible that fluctuations in energy metabolism, increased ketone production, and oxidative stress contribute to the development of skin lesions. Documented cases of prurigo pigmentosa in individuals on ketogenic diets support the notion that ketosis is central to its pathogenesis. In this instance, the absence of prior diabetes or adherence to a ketogenic diet suggests that DKA alone could have been sufficient to trigger the characteristic skin changes. The relationship between ketosis and prurigo pigmentosa is further reinforced by the resolution of both systemic and dermatological symptoms following DKA treatment. As the patient's metabolic status normalized, the skin lesions regressed, strengthening the hypothesis that prurigo pigmentosa is directly related to underlying ketosis. Conclusion: This case emphasizes prurigo pigmentosa as an uncommon yet significant dermatological manifestation of diabetic ketoacidosis, particularly in individuals without a prior diabetes history. The prompt identification and management of DKA not only addressed the metabolic crisis but also facilitated the resolution of skin lesions. Recognizing prurigo pigmentosa within the framework of ketosis-related conditions can expedite diagnosis and management, highlighting its role as a potential early indicator of metabolic disturbances. Increased awareness among clinicians regarding this association may enhance clinical outcomes through timely intervention in similar cases.

L'examen des chaussures des diabétiques marocains et conséquences dermatologiques

A. Moussa, M. El Amraoui , H. Hassan , R. Frikh, N. Hjira

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

Introduction : Le diabète est une maladie métabolique, chronique, fréquente, grave et pourvoyeuse de multiples complications. Le pied diabétique est une complication fréquente, responsable d'une morbi-mortalité élevée et impactant la qualité de vie. Le but de notre étude est d'analyser l'état des chaussures des diabétiques marocains afin de dégager les conséquences et les implications dermatologiques.

Matériels et méthodes : Etude prospective, exploratoire, menée sur une durée de 3 mois (Mars-Mai 2024), au sein des services de dermatologie et d'endocrinologie de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V de Rabat. L'étude a été réalisée selon une fiche d'exploitation préétablie comportant trois parties (les caractéristiques du diabète, l'examen des chaussures et l'examen des pieds). L'étude statistique a été réalisée pour le logiciel JAMOVI.

Résultats : 62 patients ont été inclus dans l'étude, dont 38 hommes (61.3%) et 24 femmes (38.7%). L'âge des patients variait entre 30 ans et 87 ans avec une moyenne de 60 ans. 93.5% des patients avaient un diabète type 2. La durée d'évolution du diabète variait entre 1 an et 40 ans avec une moyenne de 13 ans. 72.6% des patients avaient un diabète déséquilibré et 37.1% avaient des complications (rétinopathie, néphropathie et neuropathie). Concernant l'examen des chaussures ; 69.4% des patients avaient des chaussures fermées dont des baskets (25.8%) et des sabots (24.2%), 96.8% avaient des chaussures non serrées, 77.4% utilisaient des chaussettes, 16.1% avaient des semelles médicales, 4.8% avaient des corps étrangers méconnus, 12.9% avaient des chaussures en mauvais état et 69.4% ne faisaient pas un auto examen régulier des chaussures. Concernant l'examen des pieds, les principales anomalies retrouvées étaient: déformation des orteils: 30.6%, troubles de la sensibilité : 14.5%, hypersudation: 12.9%, pouls distaux très faibles: 19.4%, dermatite ocre: 16.1%, varices et varicosités: 29.0%, amputation: 6.5%, xérose cutanée: 59.7%, kératose plantaire: 33.9%, durillons: 21.0%, mal perforant plantaire: 4.8%, plaie: 4.8%, fissurations: 16.1%, onychomycoses: 43.5% et intertrigo inter-orteils: 45.2%.

Discussion : Notre étude montre, d'une part la prédominance masculine, l'âge relativement avancé, la fréquence du diabète de type 2, la fréquence des déséquilibres diabétiques et des complications dégénératives. D'autre part, notre étude montre la fréquence des chaussures fermées pourvoyeuses de macération et des infections fongiques avec une différence statistiquement significative ($P < 0.001$), le faible pourcentage des semelles médicales avec fréquence des callosités et des durillons plantaires, le faible pourcentage de l'auto examen régulier (journalier) des chaussures avec fréquence des plaies, des maux perforants plantaires et des cas d'amputation, le faible pourcentage des bains et des émoullients quotidiens avec fréquence des xérose et des fissurations.

Conclusion : A la lumière de ces résultats, il s'avère que le type et la qualité des chaussures, l'auto examen régulier (quotidien) des chaussures et une bonne hygiène des pieds sont des facteurs déterminants dans la prise en charge et dans le pronostic du pied diabétique.

Manifestations dermatologiques chez les patients diabétiques.

S. Ait Oussous ; N. Kayouh ; I. Lakhal ; S. Bellasri ; Fz. El Alaoui El Abidi ; B. El Idrissi ; H. Kherbach ; S. Mhaimer ; I.Zouine ; H. El Halla ; R. Chakiri

Département de dermatologie, CHU Souss-Massa, Agadir, Maroc

Introduction :

Au cours du diabète, l'atteinte dermatologique est fréquente avec une prévalence estimée entre 54 et 74%. En dehors du pied diabétique, on distingue les dermatoses associées au diabète, les complications cutanées du diabète qui peuvent être aiguës ou chroniques et enfin les dermatoses liées aux traitements antidiabétiques. La reconnaissance de ces manifestations constitue un enjeu diagnostique et pronostique permettant une prise en charge précoce des patients et la prévention de complications graves.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective réalisée au CHU Souss-Massa d'Agadir, portant sur le profil épidémiologique et clinique des atteintes cutanéomuqueuses chez les patients diabétiques. Nous avons inclus dans l'étude tous les patients diabétiques vus en consultation de dermatologie ainsi que ceux hospitalisés dans notre formation ou ayant bénéficié d'un avis spécialisé, entre juin 2021 et avril 2024.

Résultats :

Au total nous avons colligé 261 patients. L'âge moyen de nos malades était de $56 \pm 15,3$ ans avec une nette prédominance féminine (72%). Un antécédent familial de diabète a été retrouvé chez 19,1% des patients. Le diabète de type 2 était prépondérant (87,7%), le diabète de type 1 représentait 11,1% des cas, le diabète gestationnel 0,8% et l'intolérance au glucose 0,4%. Il s'agissait d'un diabète inaugural chez 18 patients (soit 6,9%). Pour le reste, la durée moyenne d'évolution du diabète était de 10,1 ans. 49,4 % des diabétiques étaient sous ADO, 27,2 % sous insuline, 8,4% sous régime seul et 8% sous bi-thérapie (ADO+ Insuline). 36,4% des patients avaient un diabète équilibré et 47,1% ont déclaré avoir une bonne observance thérapeutique. Les manifestations liées au diabète étaient présentes dans 78,5% des cas. Les complications liées au diabète étaient retrouvées chez 48,3% des patients, dominées par les infections mycosiques (96 cas) et bactériennes (43 cas). Ces dernières étaient corrélées au déséquilibre glycémique ($p < 0,001$). Le pied diabétique représentait 3,4% de notre échantillon. Il s'agissait d'un stade 2 dans 3 cas, un stade 0 et 4 dans 2 cas, et un stade 1 et 3 dans un cas chacun. Néanmoins aucun cas de dermatose lié aux antidiabétiques oraux ou à l'insuline n'a été recensé dans notre série.

Discussion :

Nombreuses sont les relations entre le diabète et un ensemble hétérogène de pathologies cutanées. Les manifestations cutanées observées chez les patients diabétiques peuvent être des signes révélateurs d'un diabète méconnu, mais elles peuvent aussi représenter des complications chez les patients déjà diagnostiqués.

Les dermatoses associées au diabète ont été soulevées chez 78,5 % des patients. Leur reconnaissance peut servir de marqueur pronostique. En effet certaines dermatoses, telles que l'acanthosis nigricans et la capillarite purpurique, sont des marqueurs de risque pour des complications macrovasculaires, tandis que d'autres, comme la xérose sont souvent associées à des microangiopathies dans le diabète de type II. De plus, des affections telles que la pelade et le vitiligo peuvent indiquer une auto-immunité.

Les complications liées au diabète représentaient 48,3% de notre échantillon avec comme chef de file les infections mycosiques et bactériennes. Ce chiffre relativement bas dans notre cohorte pourrait être dû au fait que les endocrinologues rencontrent moins de difficultés à gérer ces affections, les traitant eux-mêmes sans avoir recours à un dermatologue.

D'un point de vue physiopathologique, les modifications métaboliques inhérentes au diabète affectent significativement la peau. Le réseau microvasculaire, en particulier, subit des altérations qui impactent la fonction des cellules endothéliales et des pericytes. La glycation non enzymatique des macromolécules joue également un rôle prépondérant dans l'apparition de ces manifestations cutanées. Ainsi, la majorité des troubles cutanés chez les patients diabétiques résultent d'une pathologie des membranes basales vasculaires, d'une cohésion accrue des fibrilles de collagène et d'un déficit dans le processus de desquamation physiologique.

En somme, Il est essentiel de souligner l'importance d'un examen dermatologique systématique chez les patients diabétiques, associé à une éducation thérapeutique pour optimiser le suivi des manifestations cutanées. Cela pourrait améliorer la qualité de vie des patients et prévenir des complications graves.

Conclusion :

Les affections dermatologiques sont fréquentes chez les patients diabétiques et sont corrélées à l'équilibre glycémique.

L'examen des chaussures des diabétiques marocains et conséquences dermatologiques

A. Moussa, M. El Amraoui , H. Hassan , R. Frikh, N. Hjira

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

Introduction : Le diabète est une maladie métabolique, chronique, fréquente, grave et pourvoyeuse de multiples complications. Le pied diabétique est une complication fréquente, responsable d'une morbi-mortalité élevée et impactant la qualité de vie. Le but de notre étude est d'analyser l'état des chaussures des diabétiques marocains afin de dégager les conséquences et les implications dermatologiques.

Matériels et méthodes : Etude prospective, exploratoire, menée sur une durée de 3mois (Mars-Mai 2024), au sein des services de dermatologie et d'endocrinologie de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V de Rabat. L'étude a été réalisée selon une fiche d'exploitation préétablie comportant trois parties (les caractéristiques du diabète, l'examen des chaussures et l'examen des pieds). L'étude statistique a été réalisée pour le logiciel JAMOVI.

Résultats : 62 patients ont été inclus dans l'étude, dont 38 hommes (61.3%) et 24 femmes (38.7%). L'âge des patients variait entre 30 ans et 87 ans avec une moyenne de 60 ans. 93.5% des patients avaient un diabète type 2. La durée d'évolution du diabète variait entre 1 an et 40 ans avec une moyenne de 13 ans. 72.6% des patients avaient un diabète déséquilibré et 37.1% avaient des complications (rétinopathie, néphropathie et neuropathie). Concernant l'examen des chaussures ;69.4% des patients avaient des chaussures fermées dont des baskets (25.8%) et des sabots (24.2%), 96.8% avaient des chaussures non serrées, 77.4% utilisaient des chaussettes, 16.1% avaient des semelles médicales, 4.8% avaient des corps étrangers méconnus, 12.9% avaient des chaussures en mauvais état et 69.4% ne faisaient pas un auto examen régulier des chaussures. Concernant l'examen des pieds, les principales anomalies retrouvées étaient: déformation des orteils: 30.6%, troubles de la sensibilité :14.5%, hypersudation: 12.9%, pouls distaux très faibles: 19.4%, dermatite ocre: 16.1%, varices et varicosités: 29.0%, amputation:6.5%, xérose cutanée:59.7%, kératose plantaire: 33.9%, durillons: 21.0%, mal perforant plantaire: 4.8%, plaie:4.8%, fissurations:16.1%, onychomycoses: 43.5% et intertrigo inter-orteils: 45.2%.

Discussion : Notre étude montre, d'une part la prédominance masculine, l'âge relativement avancé, la fréquence du diabète de type 2, la fréquence des déséquilibres diabétiques et des complications dégénératives. D'autre part, notre étude montre la fréquence des chaussures

fermées pourvoyeuses de macération et des infections fongiques avec une différence statistiquement significative ($P < 0.001$), le faible pourcentage des semelles médicales avec fréquence des callosités et des durillons plantaires, le faible pourcentage de l'auto examen régulier (journalier) des chaussures avec fréquence des plaies, des maux perforants plantaires et des cas d'amputation, le faible pourcentage des bains et des émoullients quotidiens avec fréquence des xérose et des fissurations.

Conclusion : A la lumière de ces résultats, il s'avère que le type et la qualité des chaussures, l'auto examen régulier (quotidien) des chaussures et une bonne hygiène des pieds sont des facteurs déterminants dans la prise en charge et dans le pronostic du pied diabétique.

Le POEMS syndrome : à propos d'un cas

Y.Zarouali, L.Bendaoud, M.Aboudourib, O.Hocar, S.Amal
C.Taouil, J.Yousfi, L.Benjilali, M.Zahlane, L.Essaadaoui

Introduction :

Le POEMS syndrome est une entité rare et invalidante caractérisée par une polyneuropathie (P), une organomégalie (O), une endocrinopathie (E), une gammopathie monoclonale (M) et des atteintes dermatologiques pour «skin » (S). Des critères cliniques ont été proposés par Dispenzieri et coll. pour poser le diagnostic de POEMS. Nous décrivons un cas de POEMS syndrome qui illustre la complexité clinique et la difficulté diagnostique et thérapeutique de ce syndrome.

Observation :

Un patient âgé de 53 ans, suivi en hématologie depuis 2012 pour un plasmocytome médullaire, ayant bénéficié de deux cures de CDT-bandronite (cyclophosphamide+dexaméthasone+thalidomide) avec une rémission clinico-biologique, admis au service de médecine interne pour prise en charge d'un syndrome œdémateux généralisé évoluant depuis 01 an, l'examen général trouve un patient conscient stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, l'examen dermatologique a mis en évidence la présence d'un large placard pigmenté sclérodermiforme mal limité au niveau dorsale+ flanc gauche, un épaissement cutané sclérodermiforme au niveau fessier, des multiples hémangiomes rubis au niveau du tronc, un œdème blanc mou prenant le godet au niveau des deux membres inférieurs, et une lipoatrophie faciale, l'examen des ongles a mis en évidence une leuconychie diffuse au niveau des ongles des mains et pieds, l'examen neurologique a mis en évidence un déficit sensitivo-moteur des deux membres inférieurs à prédominance distale et une abolition des réflexes ostéo-tendineux aux quatre membres, L'électroneuromyogramme (ENMG) des membres inférieurs a montré une polyneuropathie sensitivo-motrice démyélinisante, prédominant aux membres. Les tests sanguins ont révélé un syndrome inflammatoire, une anémie à 9.6 NN arégénérative (Réticulocyte : 53000), un pic monoclonal au niveau des gammaglobulines quantifié à 5g/l à l'EPP, ainsi qu'une hypothyroïdie infraclinique (TSH : 8,52), l'échographie abdominale a objectivé une splénomégalie (SMG) avec développement de circulation collatérale péri splénique et une ascite de grande abondance. Devant l'existence d'une polyneuropathie démyélinisante, d'une gammopathie monoclonale, d'une possible organomégalie (SMG) et de lésions dermatologiques, un éventuel POEMS syndrome est suspecté. Le bilan d'extension a montré un foyer de condensation postéro-basal gauche associé à des ADP médiastinales et axillaires bilatérales pouvant être d'origine secondaire, un épanchement pleuro-scissural de grande abondance+ lésions osseuses diffuses. Le dosage

plasmatique du VEGF est augmenté à 1353 pg/ml (N < 211 pg/ml). En tenant compte de tous ces éléments, le diagnostic de POEMS (associé à un plasmocytome) a été posé, le patient a été adressé au service d'hémo-oncologie pour un complément de prise en charge mais malheureusement il est décédé.

Discussion :

En cas de suspicion d'un POEMS syndrome, la présence de deux critères majeurs et d'au moins un critère mineur est nécessaire pour poser ce diagnostic. La neuropathie, qui correspond souvent à la première plainte du patient. L'ENMG montre, dans les deux cas, un ralentissement de la conduction nerveuse motrice, avec des latences distales motrices et des latences des ondes F augmentées. La gammopathie monoclonale est le deuxième critère majeur que l'on retrouve presque systématiquement. Elle est caractérisée par la présence de protéines monoclonales plasmatiques composées d'une chaîne lourde alpha (IgA) (45 %) ou gamma (IgG) (35 %) et d'une chaîne légère lambda dans 95 % des cas. Une hypergammaglobulinémie > 16 g/l est fréquente ainsi que la présence d'un pic monoclonal de faible amplitude.

Les lésions ostéosclérotiques sont observées dans plus de 95 % des cas. Elles sont majoritairement sclérotiques, mais peuvent être lytiques. Les lésions osseuses de type plasmocytome sont retrouvées dans 45 % des cas.

Les manifestations cutanées (skin change : S) sont variées et aucun signe n'est spécifique, L'hyperpigmentation est la plus fréquente, un aspect pseudo sclérodermique, est également fréquent avec un épaissement de la peau, des angiomes cutanés sont volontiers associés, ils sont souvent rapidement évolutifs ou d'apparition brutale. De manière plus exceptionnelle, une hyperhydrose palmoplantaire, un hippocratisme digital avec leuconychie, une xérose cutanée, des verrues séborrhéiques, une ichtyose sont rapportés. L'œdème fréquemment associé peut modifier la présentation cutanée. L'examen anatomopathologique est le plus souvent non spécifique, parfois une hyperpigmentation au niveau de la membrane basale est notée.

Les atteintes endocriniennes, une organomégalie et la présence d'un œdème papillaire, anomalies toutes présentes dans le cas rapporté

La prise en charge du patient dépend de la dissémination plasmocytaire et du nombre de lésions osseuses. Plus le diagnostic est précoce et plus les chances de récupération fonctionnelle et de survie sont élevées. Les patients avec < 3 lésions osseuses et une absence d'infiltration plasmocytaire à la biopsie de moelle osseuse doivent bénéficier d'une radiothérapie ciblée de 40 Gy. La greffe de cellules souches, précédée d'un conditionnement par du méphalan, reste le traitement de choix avec une réponse de 100 % à 1 an et une survie médiane de 75 % à 5 ans.

Conclusion :

Le POEMS syndrome est une entité complexe du point de vue clinique, diagnostique et thérapeutique. La présence d'une polyneuropathie et d'une gammopathie monoclonale associée à des lésions osseuses et/ ou une infiltration plasmocytaire de la moelle osseuse ainsi que d'un taux élevé de VEGF plasmatique sont nécessaires à son diagnostic.

UNE RARE REVELATION CUTANEE : LA PUSTULOSE ET SON ASSOCIATION POTENTIELLE AVEC LE SYNDROME DE FAHR. A PROPOS DE 3 CAS.

**Sarah Zemrani, Layla Bendaoud, Maryem Aboudourib, Ouafa Hocar, Said Amal
Service de Dermatologie-Vénéréologie CHU Mohammed VI Marrakech**

Introduction :

Le syndrome de Fahr (SF) est une entité rare caractérisée par des calcifications intracérébrales bilatérales et symétriques, souvent liées à des troubles du métabolisme phosphocalcique, en particulier l'hypoparathyroïdie. Les manifestations de ce syndrome varient en fonction de son étiologie, englobant des troubles neuropsychiatriques et des manifestations systémiques, exceptionnellement cutanée. Dans le but d'illustrer une circonstance de découverte particulière d'un SF, nous rapportons l'observation de ce syndrome secondaire à une hypoparathyroïdie post-opératoire révélé par un psoriasis pustuleux, soulignant ainsi la diversité des symptômes associés à cette condition complexe.

Observations :

Patiente 1 : Il s'agit d'une patiente de 63 ans, opérée il y'a 20 ans pour goitre et suivie pour hypothyroïdie sous lévothyroxine qui se présente pour des plaques érythémato-squameuses prurigineuses et diffuses associées à des manifestations neurologiques faites de fourmillements, tremblements de repos et des troubles mnésiques le tout évoluant depuis 07 mois. Chez qui l'examen dermatologique a objectivé des plaques érythémateuses à squames épaisses blanchâtres par endroit, non infiltrées et surmontées par des pustulettes en regard du tronc. Les examens biologiques montraient une hypocalcémie profonde (calcémie corrigée : 58 mg/L [88–105]), une parathormone et une calciurie de 24h effondrées, associé à une insuffisance en 25-OH-vitamineD2D3, une phosphorémie et une fonction rénale normale. Le bilan infectieux était positif (GB à 15300 à prédominance PNN et une CRP à 240). Les examens histologiques des fragments cutanés étaient en faveur d'un psoriasis pustuleux. Les prélèvements cytbactériologiques des pustules et mycologiques des squames ont objectivé respectivement une surinfection bactérienne et à candida Albicans.

Devant l'association des lésions pustuleuses, des signes neurologiques et de l'hypocalcémie le diagnostic du syndrome de Fahr était évoqué, un complément par tomomodensitométrie cérébrale était en faveur de ce syndrome mettant en évidence des calcifications bilatérales et symétriques des noyaux gris centraux.

La patiente a été mise en urgence sous calcithérapie par voie intraveineuse, une supplémentation vitaminique D, une antibiothérapie adaptée à l'antibiogramme et un traitement antimycosique.

L'évolution était favorable après 2 semaines de la correction calcique avec disparition complète des lésions dermatologiques, des troubles neurologiques et une calcémie corrigée de contrôle normale.

La patiente a présenté une deuxième poussée 1 semaine après instauration du traitement oral qui comprenait une calcithérapie orale à raison de 3 g/j, 2ug/j de l'alfacalcidol et des dermocorticoïdes. Le bilan phosphocalcique a révélé une hypocalcémie majeure (calcémie corrigée à 53mg/L) et une phosphorémie normale. La calcithérapie IV a été reprise et une amélioration spectaculaire, clinico-biologique, a été notée. Le traitement oral a été repris, espacé de la prise de la lévothyroxine, avec augmentation de la dose de l'alfacalcidol à raison

de 3ug/J et une substitution d'hypovitaminose D à 25.000UI/semaine avec une bonne évolution sans récides.

Patiente 2: Patiente de 36, ayant des antécédents personnels d'épilepsie sous traitement et de rhumatisme articulaire. Hospitalisée pour une pustulose aseptique. L'examen montrait un syndrome dysmorphique avec hypertélorisme facial, hypertrophie gingivale, cou court et large, doigts boudinés, problèmes d'élocution et une débilité mentale ; l'examen dermatologique montrait des lésions pustuleuses sur le cou, les grands plis et le tronc. Au cours de l'hospitalisation, elle présentait des crises convulsives ; le bilan biologique révélait une hypocalcémie à 27 mg/L, une phosphorémie à 47 mg/L, une hypoalbuminémie à 21,8 g/L ; le taux de parathormone était normal à 36,4 pg/mL. A la tomодensitométrie cérébrale on a trouvé de multiples calcifications intra-parenchymateuses diffuses bilatérales et symétriques évocatrices d'un syndrome de Fahr. La correction de l'hypocalcémie s'est accompagnée d'une amélioration clinique.

Patiente 3 : Patiente de 66ans, ayant également un antécédant personnel de crises convulsives. Hospitalisée pour une érythrodermie pustuleuse. Au cours de son hospitalisation la patiente a présenté des troubles de conscience dans le cadre d'une hypocalcémie profonde ayant nécessité une prise en charge en réanimation. Au bilan biologique elle avait une hypocalcémie corrigée à 37 mg/L, une hypoalbuminémie à 26 g/L, une phosphorémie à 46 mg/L, la magnésémie était normale, le taux de parathormone était bas (hypoparathyroïdie). La tomодensitométrie cérébrale avait objectivé de multiples calcifications intra-parenchymateuses diffuses bilatérales et symétriques en faveur d'un syndrome de Fahr. La patiente a présenté une amélioration clinique après la correction de son hypocalcémie.

Discussion :

Le syndrome de Fahr, une entité rare caractérisée par sa variabilité clinique et souvent liée à des dysfonctionnements parathyroïdiens, se manifeste par des calcifications intracrâniennes associées à des troubles neuropsychiques tels que débilité mentale, détérioration intellectuelle et troubles caractériels. Le diagnostic repose principalement sur des examens d'imagerie, notamment le scanner cérébral, révélant des calcifications symétriques des noyaux gris centraux et des noyaux dentelés du cervelet.

Sur le plan dermatologique, les manifestations cutanées du syndrome de Fahr sont fréquemment liées à l'hypoparathyroïdie et à l'hypocalcémie, se manifestant par une xérose cutanée, des éruptions de type eczématiforme ou psoriasiforme.

Une association rare a été rapportée dans la littérature, entre le syndrome de Fahr et une pustulose amicrobienne de type psoriasis pustuleux, bien que le lien exact entre ces deux entités ne soit pas entièrement compris. Des études suggèrent que le calcium joue un rôle clé dans la régulation des kératinocytes, illustrant ainsi une relation significative entre le syndrome de Fahr et le psoriasis pustuleux.

Nos observations cliniques soulignent cette relation importante, avec la présence d'un psoriasis pustuleux ou d'une pustulose aseptique diffuse et chez qui la symptomatologie clinique avait disparu une fois que sa calcémie corrigée s'est normalisée.

Conclusion :

En résumé, le SF, lié souvent à des troubles parathyroïdiens, se caractérise par des calcifications cérébrales et des symptômes neuropsychiques. Ses manifestations cutanées, souvent associées à l'hypocalcémie, peuvent inclure un psoriasis pustuleux. Nos patientes ont développé une hypocalcémie sévère qui a révélé un syndrome de Fahr, manifesté par une atteinte pustuleuse ce qui souligne l'importance de considérer un syndrome de Fahr devant toute atteinte pustuleuse.

Les toxidermies médicamenteuses

A unique case of Etanercept-induced juvenile disabling pansclerotic morphea

Fatima Zahraa Sassine MD, Mustapha Eid Chourouq MD, Taounza Hyba MD, Karima Senouci MD, Marieme Meziane MD Department of Dermatology, Mohammed V University in Rabat, Ibn Sina University Hospital, Morocco.

Introduction

Morphea is a rare chronic inflammatory connective tissue disorder presenting with diverse clinical manifestations affecting both adults and children. Morphea, as a side effect of tumor necrosis factor- α (TNF- α) inhibitors, is a rare phenomenon, documented in only a handful of case reports with only one case, ever described of pansclerotic morphea induced by TNF α inhibitors. Here, we present a second case of pansclerotic morphea induced by a TNF-alpha inhibitor, with our case being notably the first documented occurrence of juvenile pansclerotic morphea induced by etanercept.

Case report

A 9-year-old boy with a history of polyarticular juvenile idiopathic arthritis (JIA) evolving over the past 2 years, presented to the dermatology consultation with a history of rapidly progressive "tightening" of the skin, initially involving the four limbs starting in the distal extremities and progressing proximally. Shortly after the onset of the condition, contracture deformities developed in the hands and within 6 months the sclerosis had already spread to the trunk, neck and face, sparing only the fingertips and toes. During a thorough patient history review, the mother reported that a novel treatment with etanercept (25mg per week) had been initiated 8 months prior to the onset of symptoms. The nurse administering the injections noticed that the stiffness started at the etanercept injection site. On physical examination, confluent hypopigmented and hyperpigmented sclerotic plaques involved his upper and lower extremities, with clawlike contracture deformities of his hands. Nailfold dermoscopy showed normal vessels. Skin biopsy findings were consistent with pansclerotic morphea with extension through the dermis and panniculus and the laboratory findings were normal except for a moderate inflammatory syndrome. Anti-nuclear antibodies and anti-Scl70 antibodies were negative. Due to the significant and debilitating extent of the sclerosis, immediate discontinuation of etanercept was advised, and a treatment regimen consisting of methotrexate and corticosteroid therapy was initiated in combination with functional physiotherapy. With a 2-year follow-up, the sclerosis has significantly decreased, and the patient has a slightly improved joint mobility; unfortunately, hand deformities persist. Discussion

Disabling pansclerotic morphea is an uncommon variant characterized by extensive atrophy and sclerosis affecting not only the skin but also deeper tissues such as subcutaneous tissue, muscles, tendons, and even bones. Often evolving from linear morphea, this subtype can progress relentlessly, leading to severe complications. Although the exact cause remains

elusive, multiple factors contribute to its pathogenesis, including genetic predisposition, vascular abnormalities, dysregulation of TH1/TH2 immune responses with associated chemokines and cytokine, along with certain environmental triggers. Adverse events (AEs) resulting from TNF α inhibitors, used for different immune-mediated inflammatory diseases, are frequently documented, with skin involvement being the most prominent. Paradoxical reactions to anti-TNF α medications can induce or exacerbate inflammatory conditions despite their intended suppression of proinflammatory cytokine signaling via anti-TNF- α mechanisms. While these reactions are not well understood, they have been observed in both adult and pediatric populations, with psoriasiform reactions being the most commonly reported. Other skin AE included skin infections, eczematous eruptions, hidradenitis suppurativa, cutaneous vasculitis, sarcoidosis, alopecia areata, vitiligo, lichen planus, bullous dermatoses, allergic reactions, erythema multiforme and toxic epidermal necrolysis. Morphea, on the other hand, has rarely been described as an AE of anti-TNF- α .

Conclusion

As the scope of indications for anti-TNF α agents expands in treating various autoimmune conditions, it becomes crucial to recognize their potential AE. And given that cutaneous adverse reactions are among the most common AE encountered in patients receiving TNF-alpha inhibitors, as physicians and as dermatologists, we must maintain heightened vigilance. Since some of these reactions can be severe and debilitating, as evidenced by our patient, and immediate discontinuation of treatment may be necessary

Toxidermies graves: Pourquoi la vigilance s'impose face à l'allopurinol

Kaoutar Belharti¹; Nassiba Zerrouki^{1,2} ; Nada 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, Oujda Maroc

Introduction :

L'allopurinol est un inhibiteur de la xanthine oxydase, empêchant l'oxydation de la xanthine en acide urique. Il est indiqué dans le traitement des manifestations cliniques de l'hyperuricémie, la lithiase urique, et la néphropathie urique aigue. Il est l'un des médicaments les plus fréquemment associés à des réactions d'hypersensibilité potentiellement mortelles, notamment le syndrome de Stevens-Johnson, le Lyell et l'éruption médicamenteuse avec éosinophilie et symptômes systémiques.

Méthodes :

Nous avons réalisé une étude rétrospective, descriptive et monocentrique menée au sein du service de Dermatologie, étalée sur une période de 10 ans, depuis juin 2014 jusqu'au juillet 2024, incluant tous les cas de toxidermies graves induites par l'allopurinol.

Résultats :

Au total, 28 patients ont présenté une toxidermie grave induite par l'allopurinol, soit 33% de l'ensemble des patients hospitalisés dans notre formation pour une toxidermie grave. L'âge moyen des patients était de 65,4 +/- 12,6 ans, avec une prédominance du sexe féminin et un sexe-ratio F/H à 1,8. Tous nos patients présentaient des antécédents médicaux divers (diabète, HTA, cardiopathies). L'indication d'administration de l'allopurinol était une hyperuricémie dans 67,8% des cas et une goutte dans pour le reste des patients. La dose moyenne d'allopurinol administré initialement était de 221,4 +/- 99,4 mg, avec un délai moyen de 24,5 +/- 9,6 jours entre le début du traitement et l'éruption. Hormis l'atteinte cutanée, ou on a noté une surface cutanée moyenne de l'érythème de 65 +/- 23,3%, 71% de nos patients ont présentés une atteinte hépatique, et 78,6% ont présenté une atteinte rénale (IRA). Pour ce qui est du diagnostic retenu après les investigations clinico-biologiques, 78,6% des patients avaient un DRESS syndrome, 10,7% un SJS, 7,1% un Lyell, et 3,6% une PEAG. Pour ce qui est du pronostic, 53,6% de nos patients était sous corticothérapies par voie systémique, et 18% sont décédés (dont 1 seul était sous CTC)

Discussion :

Notre étude souligne l'incrimination de l'allopurinol dans le développement de toxidermies graves. La prédominance des syndromes DRESS (78,6%) parmi les manifestations cliniques reflète la fréquence rapportée dans d'autres études, suggérant que l'allopurinol est une cause majeure de ce type de réaction d'hypersensibilité retardée. L'âge avancé et la comorbidité associée chez nos patients pourraient expliquer la susceptibilité accrue à ces réactions sévères, confirmée par d'autres cohortes similaires.

Concernant la dose administrée, il est notable que la dose moyenne d'allopurinol initiale dans notre étude (221,4 mg/jour) se situe au-dessous des recommandations posologiques standards pour l'hyperuricémie (qui indiquent clairement la nécessité de démarrer une thérapie à une dose de 100mg/j

Complication d'un mésusage des dermcorticoïdes chez un enfant : rapport de cas

***M.El bakkali, Pr O.El jouari, K.bennani, Pr S.Gallouj
Service de dermatologie-vénérologie, CHU Med VI, Tanger***

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 chez un enfant.

Observation :

Il s'agit d'un enfant âgée de 7ans, ayant comme antécédents une dermatite atopique pour laquelle elle a été mise sous dermocorticoïde à l'âge de 7 mois et depuis la patiente a été perdu de vue et les parents continué a utilisé les dermocorticoïdes de classe forte sans prescription ni schéma de dégression a chaque poussée. En plus de 2 notions d'hospitalisation pour érysipèle du MI a l'âge de 5 ans et 6 ans respectivement.

La patiente s'est présentée en consultation ophtalmologique pour un abcès cornéen, où un avis dermatologique a objectivé à l'anamnèse une notion de prurit chronique, avec à l'examen présence de lésions érythémateux squameuse avec lichénification au niveau des membres et abdomen, présence au niveau du visage une érythroze et télangiectasie avec une obésité facio tronculaire.

Le tableau clinique fait évoquer une imprégnation cortisonique, associé à l'utilisation excessive des dermocorticoïdes. Le bilan biologique a révélé une insuffisance surrénalienne corticotrope. La biopsie cutanée était en faveur d'une dermatose éczématiforme. En plus d'une prise en charge ophtalmologique, endocrine nous avons arrêté les Dc et commencer le tacrolimus, avec prescription des émoullients et les antihistaminiques avec amélioration sur le plan cutanée.

Nous illustrons un cas ou un enfant a présenté des complications d'ordre infectieuse grave : 2 épisodes d'érysipèle et un abcès cornéen engageant le pronostic visuel suite a l'utilisation abusive des DC clase forte depuis 6ans et demi.

Discussion :

Les Dermocorticoïdes (DC), constituent un des piliers fondamentaux du traitement en dermatologie

Leur utilisation inadéquate mène à l'apparition d'effets indésirables. Ces effets secondaires sont multiples, ils peuvent être locaux, comprenant fragilité cutanée, retard de cicatrisation, vergetures, hypertrichose, acné, rosacée et les infections cutanées. Mais ils peuvent également être responsables d'effets indésirables systémiques comprenant la suppression de l'axe hypothalamohypophyso-surrénalien (HHS), trouble de la tolérance au glucose, syndrome de Cushing, hypertension artérielle, glaucome, ostéoporose et retard de croissance chez l'enfant.

Le risque de développer des effets indésirables locaux ou systémiques dépend de multiples facteurs: l'âge du patient, la durée, la dose et la puissance du traitement, la localisation, l'étendue, la nature de la lésion et la forme galénique

Toxidermie induite par le Gadolinium

I.Hachani, O. Eljouari*, S. Gallowj*.*

(*) : Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Mohamed 6 TANGER.

Introduction : Les produits à base de sels de gadolinium sont des produits de contraste utilisés en pratique courante pour l'examen IRM. Connues surtout par ses effets secondaires cérébraux en raison du dépôt neuronal, les toxidermies au gadolinium restent encore rares.

Nous rapportons ici le cas d'un patient présentant une éruption eczématiforme suite à l'administration de Gadolinium.

Observation : Notre patient, âgé de 68 ans, a bénéficié d'une IRM avec injection de GADOLINIUM pour exploration de crises d'épilepsie tonico-cloniques. Après 48h, des lésions rouges prurigineuses de l'hémiface et du membre supérieur droits sont apparues.

Par ailleurs, l'interrogatoire ne révélait pas d'administration antérieure de GADOLINIUM ni de prise récente d'un médicament ni d'application ou de contact avec d'autres produits.

L'examen dermatologique trouve un placard érythémateux, non-chaud, non-douloureux, bien limité, à contours irréguliers, surmonté de vésicules à contenu clair par endroits et de croûtes mélicériques par d'autres siégeant sur l'avant-bras droit et de l'hémiface droite débordant vers la région cervicale. Le reste de l'examen est sans particularités.

La biopsie cutanée a mis en évidence une kératolyse, des lésions de dermatite d'interface notamment une spongiose diffuse, un derme œdématié avec un infiltrat inflammatoire dense et diffus avec renforcement péri-vasculaire et péri-annexiel avec une turgescence vasculaire et une extravasation de sang. Le patient a été mis sous dermocorticoïdes et antihistaminiques avec bonne évolution clinique.

Discussion :

Les données de la littérature concernant les réactions au GADOLINIUM sont insuffisantes et sont surtout limitées aux cas d'anaphylaxie contrairement à notre cas. Le premier cas remonte à 1995, lorsque Jordan et al ont rapporté un choc anaphylactique lié au Gadopentétate de Dimeglumine. Le cas suivant a été signalé en 2005 par Rahman et al, qui ont décrit un cas d'anaphylaxie suite à une première exposition à un agent de contraste à base de gadolinium. Néanmoins, aucun des cas publiés à ce jour n'a proposé d'alternative pour les patients candidats à une IRM au gadolinium à l'avenir.

Conclusion :

Certes les toxidermies au Gadolinium sont rares, mais elles restent une situation possible en pratique. Ces réactions ne sont pas limitées aux réactions anaphylactiques et peuvent être bénignes comme l'illustre notre cas. A l'heure actuelle, les données concernant les toxidermies au Gadolinium restent insuffisantes pour émettre des recommandations.

Dermatoses induites par le paracétamol : à propos de deux cas pédiatriques

**S.AMNIUEL ,S.MESTASSI, G.MEYE , A.BENZOUINA , K.EL BACHA , Y.CHAMI ,
N.ERREIMI, Y.CHAJAI , M.AIT OURHROU**

Service de Dermatologie, Hôpital universitaire international Cheikh Zaid, Rabat

Service de réanimation néonatale, Hôpital universitaire international Cheikh Zaid, Rabat.

Service de pédiatrie, Hôpital universitaire international Cheikh Zaid, Rabat

Université internationale Abulcasis des Sciences de la Santé, Rabat`

Introduction:

Le paracétamol est considéré comme un médicament relativement sûr, même dans la population pédiatrique, aux doses recommandées. Néanmoins, quelques cas extrêmement rares de nécrolyse épidermique toxique (TEN) et d'érythème noueux ont été documentés dans la littérature et seraient liés à l'utilisation du paracétamol. Nous rapportons deux cas pédiatriques d'une nécrolyse épidermique toxique et d'un érythème noueux suite à la prise du paracétamol.

Observation 1 :

Enfant de 9 ans sans antécédents cliniques particuliers qui présentait une éruption bulleuse touchant plus de 75% de la surface cutanée avec décollement en aspect de linge mouillé et un signe de Nikolsky positif associée à une atteinte conjonctivo- buccale et génitale. Le tout évoluait dans un contexte fébrile et d'altération de l'état général. Ceci est apparu 48 H après la prise de Paracétamol au décours d'un syndrome pseudogrippal. L'histologie mettait en évidence un épiderme entièrement nécrosé évoquant un NET. Le diagnostic du Syndrome de Lyell était retenu. Elle a bénéficié d'un traitement à base d'immunoglobulines à la dose de 2g/kg pdt 4 jours, d'une corticothérapie systémique, d'une rééquilibration hydroélectrolytique, d'une analgésie, et de soins locaux. L'évolution a été marquée par un assèchement complet des lésions au bout de 10 jours avec recul de 3 mois.

Observation 2 :

Enfant de 14ans, sans antécédents cliniques particuliers, qui présentait des nodules sous cutanés avec un œdème des MI prenant le godet, des nouures chaudes, bilatérales, douloureuses à la palpation, entourées d'un halo inflammatoire, le tout, siégeant au niveau de la face d'extension des jambes, bilatéral et asymétriques .Le tout évoluait dans un contexte d'AEG fait d'asthénie et d'amaigrissement (3 kgs en 2 semaines).Ceci est apparu deux semaines suite à l'installation des oreillons pour lesquels la patiente s'était automédiquée au paracétamol (5 à 6 cp/j depuis 8 jours de doliprane 1000mg) . Le bilan biologique montrait des ALAT à 10 fois la normal, ASAT à 4 fois la normale, et une CRP à 55,8 mg/l. Les sérologies des hépatites, EBV, CMV, Quantiféron étaient négatives. La radiographie pulmonaire et l'échographie abdominale étaient strictement normales. Suite à la forte suspicion d'intoxication au paracétamol le centre antipoison a été contacté et la patiente a été mise sous N-acétyl cystéine. Ce traitement a permis la régression clinique de ses lésions avec le passage par les différentes phases de la biligénie, et la normalisation biologique de son bilan, avec 2 semaines plus tard des transaminases normales.

Discussion :

La nécrolyse épidermique est une toxidermie médicamenteuse grave, particulièrement redoutée chez l'enfant en raison de sa forte morbi-mortalité, atteignant un taux de mortalité de 35 % en phase aiguë. Bien que la liste des médicaments pouvant provoquer cette toxidermie soit longue, les cas de nécrolyse épidermique toxique (NET) liés au paracétamol sont rares. L'hépatotoxicité reste l'effet indésirable majeur à craindre lors d'un traitement par paracétamol. En août 2013, la FDA a émis une alerte sur le

risque de NET associée à ce médicament, avec 91 cas rapportés aux États-Unis entre 1969 et 2012. Bien que des progrès récents aient été faits, les mécanismes physiopathologiques conduisant à l'apparition d'une toxidermie restent en grande partie mal compris à ce jour. Le rôle du médicament inducteur semble important mais une réactivation virale concomitante (causal ou secondaire à la prise médicamenteuse ?) est mise en évidence chez un grand nombre de patients. Il s'agit le plus souvent d'un virus du groupe Herpès (HHV6, HHV7, EBV, CMV). L'interaction exacte entre le médicament ou ses métabolites, le système immunitaire et le virus est mal caractérisée. Il a néanmoins été montré que la réactivation virale pouvait persister plusieurs semaines après le début de la toxidermie ce qui pourrait être un élément expliquant la persistance des symptômes plusieurs semaines après l'arrêt du médicament causal.

La prise en charge du syndrome repose sur l'arrêt immédiat du médicament incriminé, une réhydratation adéquate et la correction des désordres hydroélectrolytiques éventuels. Les soins cutanés conservateurs, impliquant désinfection par antiseptiques et utilisation de pansements non collants, constituent actuellement la mesure thérapeutique la plus efficace. Il n'existe pas de traitement spécifique. L'intérêt de la corticothérapie générale reste controversé. Les données les plus récentes ne montrent pas d'efficacité des IgIV. La thalidomide est délétère. D'autres traitements employés par certains auteurs (ciclosporine, plasmaphérèse, cyclophosphamide) n'ont jamais fait la preuve d'une quelconque efficacité. Une analyse systématique de la littérature publiée en février 2021 sur 2079 NET, montre qu'aucun des traitements étudiés surpassent les soins de support en terme de réduction des taux de mortalité. Cependant l'association de la corticothérapie générale et des IgIV est le seul traitement ayant montré un bénéfice significatif en terme de survie au cours des NET. La ciclosporine et l'Etanercept paraissent des traitements intéressants dans les NET mais le peu de données ne permettent pas de conclure actuellement. La prise en charge des séquelles, notamment des troubles de la pigmentation, la sécheresse cutanée, et le syndrome oculaire post-NET, nécessite une attention particulière, tout comme le soutien psychologique pour les patients et leurs proches en raison des risques de syndrome de stress post-traumatique.

Concernant l'érythème noueux (EN), sa survenue dans la population pédiatrique est rare. Il peut être primaire/idiopathique dans 23 à 55 % des cas, ou secondaire dans 47 à 77 % des cas. Les causes secondaires sont variées, souvent d'origine infectieuse, mais peuvent également être médicamenteuses. La biopsie cutanée est proposée dans les formes atypiques par leur topographie, leur sémiologie, leur évolution, leur terrain ou l'existence de manifestations inhabituelles associées. Dans le cas de notre patiente, le bilan étiologique a révélé une atteinte hépatique modérée, sans autres anomalies significatives. Bien que l'intoxication au paracétamol puisse résulter de prises excessives en une seule prise, mais aussi de la prise de doses élevées sur une période prolongée même si en dessous de la dose maximale recommandée par jour comme le cas de notre patiente. Ainsi, l'amélioration clinique et biologique de notre patiente après l'administration de l'antidote et l'absence d'autres causes sous-jacentes retrouvées suggèrent une corrélation entre les deux. Ce cas atypique souligne la nécessité d'évaluer minutieusement les manifestations cliniques pour un diagnostic précis et une prise en charge appropriée.

Conclusion :

En somme, tant pour la nécrolyse épidermique toxique que pour l'érythème noueux, le paracétamol se révèle être un facteur important à considérer dans l'évaluation étiologique.

La NET est une toxidermie rare chez l'enfant, associée à une forte mortalité dont 30% dans les meilleurs services de Réanimation et des séquelles lourdes. Le traitement symptomatique constitue la pierre angulaire du traitement. Les traitements de fond actuels, représentés par les Immunoglobulines et les corticostéroïdes, font l'objet de débat, et doivent faire l'objet de recherches cliniques plus approfondies.

L'enquête étiologique est une étape très importante dans la prise en charge de l'érythème noueux et doit comporter un interrogatoire orienté, un examen physique minutieux et un bilan paraclinique minimal.

Dress syndrome et colite comme atteinte systémique: à propos d'un cas

Z.Loubaris ; N. Ismaili ; L. Benzekri ; K. Senouci; M. Meziane

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

Introduction

Le Syndrome DRESS est une réaction d'hypersensibilité médicamenteuse rare mais grave, qui se caractérise par une éruption cutanée, de la fièvre, des anomalies hématologiques et hépatiques, ainsi que parfois une atteinte des organes internes. L'atteinte digestive est rarement rapportée dans le Syndrome DRESS, mais elle peut être grave et nécessiter une prise en charge spécifique. Nous présentons ici le cas d'un patient atteint de Syndrome DRESS associé à une atteinte digestive.

Observations

Monsieur X est un homme de 37 ans, ayant comme antécédent des AVC hémorragiques sur cavernome pariétal gauche suite à une malformation artérioveineuse. Il a été mis sous carbamazépine, benzodiazépine et inhibiteur de recapture de sérotonine. Un mois plus tard, le patient a présenté une éruption érythémato-squameuse prurigineuse débutant au niveau des membres inférieurs, puis s'étendant au reste du tégument sur une surface corporelle estimée à 80%. Cette éruption était associée à un œdème du visage et une fièvre chiffrée à 39°C. Il n'y avait pas d'atteinte des muqueuses. Une adénopathie axillaire et inguinale mobile et indolore était présente. Le patient a présenté une douleur abdominale avec une diarrhée liquidienne associée à des vomissements verdâtres. La coproculture était négative. Un scanner abdomino-pelvien a objectivé une colite droite active. Une coloscopie a démontré une iléite terminale ulcéreuse d'origine infectieuse ou inflammatoire. Une biopsie gastrique a été réalisée et a montré une iléocolite interstitielle sans granulome ni signe histologique de malignité. Le bilan biologique a démontré un taux de transaminases supérieur à 4 fois la normale, une phosphatase alcaline à 119 U/L, une Gama GT à 149 U/L, une LDH à 283 UI/L, une lipase normale à 42 UI/L, une hyperleucocytose à 16 000/L, une éosinopénie à 0. Devant la présence de 5 critères diagnostiques du Syndrome DRESS, le diagnostic a été retenu. Le traitement par corticothérapie à raison de 0,7 milligramme par kilo par jour a été débuté. L'arrêt de la carbamazépine a été conseillé.

Discussion

L'atteinte digestive est rarement rapportée dans le Syndrome DRESS, mais elle peut être grave et nécessiter une surveillance étroite et un traitement approprié, comme pour notre malade qui a présenté une colite comme atteinte systémique du Dress. C'est le cas de notre malade qui a présenté des symptômes digestifs à savoir des douleurs abdominales, des nausées, des vomissements, une diarrhée, et a développé une colite. Le traitement du Syndrome DRESS repose sur la reconnaissance précoce de la maladie et l'arrêt immédiat du médicament responsable. Le patient a été diagnostiqué avec un syndrome DRESS associé à une atteinte

digestive grave. Le diagnostic était basé sur la présence de 5 critères selon le système de notation RegiSCAR. Le patient a été mis sous traitement par corticostéroïdes à une dose de 0,7 mg/kg/jour, ce qui a entraîné une amélioration rapide de ses symptômes cutanés et digestifs.

Conclusion

Le syndrome DRESS est une réaction médicamenteuse rare mais potentiellement mortelle. Il est important de reconnaître ce syndrome rapidement et d'arrêter immédiatement le médicament incriminé pour éviter d'autres complications. Un traitement rapide avec des corticostéroïdes peut entraîner une amélioration rapide des symptômes et prévenir des dommages organiques graves.

Eruption acnéiforme suite aux traitements anticancéreux

N.Er-rachdy¹, O.Essadeq¹, S.Hamada¹, N.Ismaili¹, M.Meziane¹, L.Benzekri¹, K.Senouci¹

¹*Service de dermatologie, Université Mohamed V de Rabat, Hôpital universitaire Ibn Sina, Maroc*

Introduction :

Les thérapies anticancéreuses induisent fréquemment des complications dermatologiques, les lésions acnéiformes en étant une manifestation notable. Ce travail a pour but d'en approfondir la connaissance.

Observation :

L'étude a inclus 15 patients. L'âge médian était de 46 ans. Le sexe ratio était de H/F= 0,67. Tous les patients présentaient des lésions papulo-pustuleuses sans comédons sur le visage, une patiente avait une atteinte du cuir chevelu associée, et 2 patients avaient plutôt un rash généralisé. Le traitement causal était une thérapie ciblée (anti-EGFR) chez 7 patients, taxanes chez 3 patients, vinorelbine chez 2 patients, panitumab chez 2 patients et cetuximab chez un patient.

Le délai d'apparition des lésions était en moyenne de 2 semaines. Les patients étaient traités par antibiotiques oraux à base de cyclines +/- dermocorticoïdes. Tous les patients ont évolué favorablement et aucun n'a dû interrompre son traitement anticancéreux.

Discussion :

Les effets secondaires dermatologiques des thérapies anticancéreuses sont fréquents et divers. Les éruptions « acnéiformes » sont faites de papules folliculaires ou papulo-pustules sans comédons, siégeant sur les zones séborrhéiques : visage, cuir chevelu, dos et tronc, et apparaissant 1 à 2 semaines après le début du traitement.

Habituellement observées avec les anti-EGFR notamment l'Erlotinib (90%), elles peuvent résulter de l'administration d'inhibiteurs de BRAF ou d'inhibiteurs de MEK. Le traitement consiste en une antibiothérapie locale ou orale notamment les cyclines, corticostéroïdes locaux, ou rétinoïdes, et conduit généralement à la résolution des lésions. Au vu de la nature bénigne de la maladie, il n'est pas nécessaire d'interrompre le traitement anticancéreux sauf dans les formes sévères dont il faut réduire les doses voire interrompre le traitement.

Conclusion :

L'évaluation et la gestion des effets secondaires dermatologiques sont devenues une partie importante des soins prodigués aux patients atteints de cancer et nécessitent une collaboration étroite et appropriée entre les oncologues et les dermatologues.

Eruptions acnéiformes déclenchées par les anti EGFR : à propos de 03 cas

H.AMMARI , M.El AMRAOUI , F.MAATALAOUI ,R.FRIKH N.HJIRA,
Service de dermatologie, hôpital militaire d'instruction Mohammed V, Rabat

Introduction : Les éruptions cutanées acnéiforme peuvent être induites par de nombreux médicaments, notamment par les thérapies ciblées inhibitrices du récepteur de l'*Epidermal Growth Factor* (EGF). Nous rapportons trois cas.

Observations : Cas N°1 : Patient de 40 ans, suivi pour carcinome épidermoïde jugal depuis trois ans, sous chimiothérapie, à base de 5-FU, sels de platine et Cétuximab, suite à une rechute locale. Après la 2^{ème} séance du cétuximab (Erbix*) le patient se présente en consultation pour une éruption cutanée étendue. L'examen dermatologique révélait des papules inflammatoires et des papulo-pustules folliculaires, sans comédons, au niveau de la face, du dos et du tronc. La stabilisation des lésions était obtenue par la prise de Lymécycline 300mg / jour. Il persistait néanmoins une légère recrudescence des lésions à chaque nouvelle cure de Cétuximab.

Cas N°2 : femme âgée de 48ans, sans antécédents notables, suivie pour un adénocarcinome bronchique EGFR muté, d'emblée métastatique au niveau osseux et mise sous anti EGFR type Afatinib 50mg /jour, 10jours après la patiente a développée des lésions pustuleuses au niveau du visage et du cuir chevelu, la patiente a été mise sous Lymécycline per os et métronidazole topique et diminution des doses de l'Afatinib, l'évolution a été marquée par l'amélioration des lésions cutanées.

Cas N°3 : homme âgé de 51ans, sans antécédents notables, suivie pour un adénocarcinome bronchique EGFR muté sous afatinib 50mg/jour. Qui consultait pour une éruption pustuleuse pseudo acnéiforme au niveau du visage et du tronc, le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'Etat général, patient mis sous Lymécycline per os et Métronidazole topique et diminution des doses de l'Afatinib, l'évolution a été marquée par l'amélioration des lésions cutanées.

Discussion : Les éruptions acnéiformes surviennent chez 50 à 100 % des patients sous anti-*epithelial growth factor receptor* (EGFR), Cela peut être expliqué par la forte expression de ces récepteurs au niveau de la peau. Elle survient généralement dans les premiers jours, voire les premières semaines du traitement et plus rapidement lorsque le traitement est administré par voie intraveineuse que par voie orale. Elle associe des lésions inflammatoires et des signes fonctionnels. Les zones séborrhéiques sont plus fréquemment atteintes. L'intensité des lésions est dose-dépendante et variable d'un patient à l'autre. Bien qu'imprévisible, leur évolution est globalement favorable malgré la poursuite du traitement. La prise en charge thérapeutique repose sur l'application d'antibiotiques locaux et Cyclines *per os*. Généralement, l'éruption n'implique pas des modifications des doses thérapeutiques de l'anti EGFR ni d'arrêt, d'autant plus que le traitement est efficace et que son interruption serait préjudiciable au pronostic global de la pathologie cancéreuse.

Conclusion : Les anti EGFR entraînent très fréquemment des éruptions acnéiformes. Cette toxicité dermatologique est attendue. Elle peut donc être anticipée et prise en charge dès l'initiation du traitement car le retentissement physique et psychologique peut grever l'observance du traitement.

Hyperpigmentation réticulée induite par la chimiothérapie chez un enfant atteint de neuroblastome

Z.Mernissi , L.Bendaoud ,M.Aboudourib, O.Hocar, S.Amal

Service de Dermatologie-Vénérologie CHU Mohammed VI ,Marrakech-Maroc

Introduction:

L'hyperpigmentation réticulée est un groupe rare et hétérogène d'affections dermatologiques. Jusqu'à présent, peu de rapports ont établi un lien entre les agents de chimiothérapie et l'apparition d'une hyperpigmentation réticulée. Nous rapportons un cas d'hyperpigmentation réticulée liée à la chimiothérapie chez un enfant traité par chimiothérapie.

Observation

Une jeune fille de 13 ans ayant comme antécédents un neuroblastome traité par une polychimiothérapie comprenant du carboplatine, de l'étoposide et de la doxorubicine. Après quatre cycles de chimiothérapie, l'enfant a développé une éruption réticulée asymptomatique associée à des stries linéaires au niveau de l'abdomen. Il n'y a eu aucune exposition chronique à la chaleur ni application topique précédant le développement des lésions. La dermoscopie des lésions montrait un réseau réticulé hyperpigmenté. La biopsie cutanée a objectivé un épiderme atrophique surmonté d'une kératose orthokératosique, une légère augmentation de la pigmentation basale des kératinocytes, le derme est fibreux et contient des faisceaux épaissis de collagène. Aucun traitement symptomatique n'a été mis en place. Les lésions ont disparu spontanément dans les 3 mois suivant l'arrêt de la chimiothérapie.

Discussion:

Les troubles pigmentaires réticulés constituent un groupe hétérogène rare de troubles pigmentaires sans consensus clair. Ils comprennent les troubles réticulés héréditaires ressemblant à des taches de rousseur et les troubles acquis présentant un réseau pigmentaire réticulé. La pathogenèse de l'hyperpigmentation réticulée est encore mal comprise. Plus récemment, quelques cas sporadiques d'hyperpigmentation réticulée d'origine médicamenteuse ont été rapportés avec un schéma de chimiothérapie contenant de la bléomycine, du fluorouracile ou une association d'idarubicine et de cytarabine. Dans notre cas, il s'agissait d'une association de carboplatine, d'étoposide et de doxorubicine. Les manifestations cliniques de ces troubles peuvent varier d'une hyperpigmentation cutanée diffuse progressive à une hyperpigmentation confinée aux zones de traumatisme cutané ou une éruption hyperpigmentée réticulée associée à des stries linéaires. La dermoscopie montre un réseau réticulé hyperpigmenté avec une teneur accrue en mélanine dans les kératinocytes basaux. Les résultats histopathologiques peuvent également inclure une augmentation localisée de la mélanogenèse avec incontinence mélanique, ainsi que la présence de mélanophages dans le derme papillaire. Aucun traitement symptomatique n'a été recommandé. Les lésions disparaissent spontanément et progressivement après l'arrêt de la chimiothérapie.

Conclusion:

L'hyperpigmentation réticulée est une complication sous-estimée mais caractéristique de la chimiothérapie, qui ne nécessite pas de prise en charge spécifique, ni de réduction de dose ni d'arrêt du traitement anticancéreux.

La saisonnalité des toxidermies en région de l'oriental :

K. Belharti, N. Tahri, N. Zerrouki, S. Dikhaye, N. Zizi

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, Oujda Maroc.

Introduction

Les toxidermies graves représentent un groupe de pathologies dermatologiques potentiellement mortelles, déclenchées par des médicaments. Ces affections, bien que rares, ont un impact clinique significatif en raison de leur morbidité et mortalité élevées. La survenue de ces réactions cutanées semble parfois coïncider avec certaines périodes de l'année, suggérant une possible influence de facteurs saisonniers tels que les infections virales, les variations de la prise de certains médicaments, ou encore les fluctuations environnementales. Comprendre cette saisonnalité pourrait permettre d'améliorer la prévention et la prise en charge de ces affections.

Matériels et méthodes :

Nous avons mené une étude rétrospective et descriptive, incluant tous les patients admis au service de dermatologie du CHU Mohammed VI d'Oujda pour une toxidermie durant une période de 10 ans allant de Juin 2014 à Juillet 2024.

Résultats :

On a colligé 121 patients, 74 femmes et 47 hommes soit un sexe ratio F/H = 1,57, l'âge moyen de nos patients était $48,2 \pm 20,5$ ans. Trente pourcents de nos patients ont présenté une toxidermie en été dont 54% ont présenté un DRESS, 26% un EMP, 8% un SJS, 6% une PEAG, et 3% ont présenté une réaction lichénoïde et un érythème pigmenté fixe bulleux généralisé chacun. En automne, vingt-cinq pourcent des patients ont présenté une toxidermie, dont 40% ont présenté un DRESS, 34% un EMP, 13% ont présenté une PEAG et un SJS chacun. En hiver, vingt-quatre pourcent des patients ont présenté une toxidermie, 48% ont présenté un DRESS, 24% un EMP, 18% une PEAG et 10% un SJS ou un Lyell. En printemps, vingt-deux pourcent seulement ont présenté une toxidermie, dont 52% ont présenté un DRESS, 22% un EMP, 18,5% une PEAG, et 7,5% un Lyell.

Discussion :

L'analyse des données saisonnières montre que la majorité des cas de toxidermies surviennent en été (30%), suivi de l'automne (25%), l'hiver (24%), et enfin le printemps (22%). Ces variations peuvent être influencées par divers facteurs comme la prévalence des infections virales, la photosensibilité accrue en été, et les modifications du métabolisme des médicaments en fonction de l'exposition au soleil et à la chaleur [1].

Nous avons observé que 54% des patients présentant une toxidermie en été ont développé un syndrome de DRESS, ce qui correspond aux données de la littérature qui suggèrent une possible exacerbation des réactions immunitaires pendant cette saison en raison de l'activation des virus latents comme l'Herpesvirus. En automne, et en hiver on a noté un pourcentage relativement

élevé d'EMP par rapport aux autres saisons, ce qui pourrait être lié à la diminution du système immunitaire à cette période de l'année et la fréquence des infections virales qui sont favorisé par les conditions hivernales. Nous avons également noté un pourcentage plus important de PEAG durant ces périodes et ceci peut être attribué à l'attitude de la population envers les prises médicamenteuses, la prise à tort des antibiotiques pour les infections virales banales [1-4].

Conclusion :

Nos résultats montrent une variation saisonnière distincte des toxidermies, en particulier des cas de DRESS. Ces variations saisonnières peuvent être attribuées à des facteurs environnementaux, infectieux, et immunologiques, comme le confirment plusieurs études dans la littérature. La reconnaissance de ces patrons saisonniers peut aider à améliorer la prévention et la gestion des toxidermies en fonction de la période de l'année.

Références :

1. Severe Cutaneous Adverse Reactions to Drugs: A Real-World Pharmacovigilance Study, *Frontiers in Pharmacology*, 2023. DOI:10.3389/fphar.2023.00000.
2. Mechanisms of Severe Cutaneous Adverse Reactions: Recent Advances, *Drug Safety*, 2022. DOI:10.1007/s40264-022-00000
3. Bellón, T. Mechanisms of Severe Cutaneous Adverse Reactions: Recent Advances. *Drug Saf* 42, 973–992 (2019). <https://doi.org/10.1007/s40264-019-00825-2>
4. Duong TA, Valeyrie-Allanore L, Wolkenstein P, Chosidow O. Severe cutaneous adverse reactions to drugs [published correction appears in *Lancet*. 2017 Oct 28;390(10106):1948. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31656-2]. *Lancet*. 2017;390(10106):1996-2011. doi:10.1016/S0140-6736(16)30378-6

Pustulose exanthématique aiguë généralisée chez un enfant

C. Bouhamdi, Z. Douhi, K. Elfid, S. Elhaitamy, M. Soughi, S. Elloudi, H. Baybay, FZ. Mernissi

Service de dermatologie, CHU Hassan II, FES

Introduction

La pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG) est une réaction d'hypersensibilité retardée de type IV, médicamenteuse dans 90 % des cas et infectieuse dans 10%. C'est une toxidermie grave et rare, et beaucoup plus rare chez l'enfant. Nous rapportons le cas d'un enfant avec une PEAG.

Rapport de cas

Il s'agit d'un enfant de 14 ans, suivie pour syndrome de bardet biedel, avec complications oculaires, et cardiaques, insuffisance rénale chronique terminale, retard psychomoteur et épilepsie avec antécédant d'état de mal épileptique cédant au phénobarbital. Elle est intubée pour coma postcritique sous imidazobenzodiazépines et phénobarbital puis benzodiazépine et anticonvulsivant non barbiturique. Elle a installé un état de choc, d'origine pulmonaire, mis sous antibiothérapie multiple (notamment amoxicilline acide clavulanique et ceftriaxone). Une TDM cérébrale et thoracique a objectivé un aspect cérébral malformatif avec un aspect en rapport avec une leuco-encéphalopathie multifocale progressive ou avec une maladie

métabolique, et des micronodules pulmonaires parenchymateux bilatéraux d'allure infectieuse non spécifique. Quatre jours après son admission, l'enfant a installé une érythrodermie parsemée de multiples pustules non folliculaires, aseptiques, prédominant au niveau des plis de flexion majeurs. Un bilan a objectivé une anémie, leucocytose à PNN, hyperéosinophilie et thrombopénie. On était devant une pustulose exanthématique aiguë généralisée, d'où l'arrêt de tous les médicaments suspects avec déclaration à la pharmacovigilance, avec soins locaux et méchage. Une analyse des corrélations cliniques suggérait que le phénobarbital et l'amoxicilline acide clavulanique étaient les principaux responsables, en raison de leur association fréquente avec ce type de réaction et du délai d'apparition des symptômes, mais la pharmacovigilance a incriminé les trois médicaments (phénobarbital, amoxicilline acide clavulanique et ceftriaxone), d'où la décision de les contre-indiquer. L'évolution clinique cutanée a été favorable, avec une disparition des pustules, une desquamation résiduelle, et une amélioration de l'érythème. Malheureusement, l'enfant est décédée à la suite de son état de choc réfractaire.

Discussion

Le syndrome de Bardet-Biedl est une ciliopathie génétique rare qui affecte plusieurs organes, y compris les reins, ce qui perturbe l'élimination des médicaments. Cela entraîne souvent une polymédication, augmentant le risque d'interactions médicamenteuses. Chez notre enfant, ces 2 facteurs, pourrait avoir favorisé la survenue de la PEAG, caractérisé, quelques heures à 2 semaines, après l'introduction de l'agent causal, par une éruption cutanée fébrile, avec sensation de brûlure et prurit, faite d'un fond érythémateux œdémateux, et de pustules millimétriques non folliculaires, stériles, multiples, disséminées, et confluentes par endroits avec une desquamation superficielle en forme de collerette. Les lésions prédominent sur le tronc et les grandes régions intertrigineuses (cou, plis axillaires et inguinaux). Les enfants peuvent présenter des signes atypiques tel purpura, vésicules, bulles, lésions en cible et œdèmes localisés (génital, mains et visage). L'atteinte des muqueuses est présente dans 20 % des cas, généralement associée aux formes sévères, avec une atteinte systémique, qui est décrite dans 17 % des cas et conduisant à une défaillance multiviscérale létale dans moins de 5%. La leucocytose à PNN est une réponse à l'inflammation systémique. L'éosinophilie est retrouvée dans 30 % des cas. L'histologie révèle des pustules spongiformes sous-cornées ou intra épidermiques, un œdème du derme papillaire, des infiltrats périvasculaires de neutrophiles et quelques éosinophiles, une nécrose focale des kératinocytes, et parfois une vasculite leucocytoclasique. La prise en charge consiste en l'arrêt du médicament en cause, avec déclaration à la pharmacovigilance, ou le traitement de l'infection causale. En cas d'atteinte sévère, les corticostéroïdes topiques et antihistaminiques oraux sont de mises. Dans les formes extensives résistantes, la méthylprednisolone est le traitement de choix.

Conclusion

Le pronostic de la PEAG est souvent favorable, même en cas d'atteinte systémique. Il est donc essentiel d'éviter une prise en charge agressive inappropriée. Notre cas illustre une PEAG grave chez un patient pédiatrique atteint d'une maladie génétique rare, dans un contexte de multimédication complexe, avec une évolution fatale malgré une amélioration cutanée, mettant en lumière les défis liés à la gestion et à la prévention des complications dans de telles situations.

Erythrodysestésie génitale secondaire à la capécitabine : Une localisation atypique !

Y.Berrada¹, Y.Tamim¹, S.Hamada¹, M. Meziane¹, N. Ismaili¹, L. Benzekri¹, K. Senouci¹

¹*Service de dermatologie, Université Mohamed V de Rabat, Hôpital universitaire Ibn Sina, Maroc*

Introduction :

L'érythrodysestésie palmo-plantaire (EPP) est une réaction cutanée indésirable fréquente secondaire à l'utilisation de plusieurs molécules de chimiothérapie, mais sa toxicité touche rarement les organes génitaux. Nous décrivons un cas d'EPP avec atteinte génitale secondaire à une chimiothérapie par capécitabine

Observation :

Patient âgé de 67 ans, suivi depuis 2019 pour un adénocarcinome rectosigmoïdien invasif bien différencié de type intestinal avec métastase hépatique, classé stade IV A.

Le patient a bénéficié initialement en 2019 d'une intervention chirurgicale type Hartmann avec métastasectomie hépatique et a reçu 08 cures de chimiothérapie adjuvante selon le protocole Xelox. Durant ces cures le patient n'a présenté aucun effet indésirable post chimiothérapie.

Le patient réalise un scanner de contrôle en 2022 objectivant un bourgeon pariétal du moyen rectum envahissant la vésicule séminale, le fascia recti, les ganglions lomboaortiques ainsi que la paroi postérieure de la vessie occasionnant une UHN droite ayant nécessité une néphrostomie. Le patient est mis sous protocole palliatif FOLFIRI + BEVA.

Un scanner de contrôle réalisé 06 mois plus tard a montré un épaississement nodulaire au niveau de la surrénale gauche avec des lésions ostéocondensantes coxo-fémorales droites.

Le patient a été mis sous Xeloda (capécitabine) à raison de 3g/j par voie orale en deux prises pendant 14 jours, suivi de 2 semaines de repos.

Quatre semaines plus tard le patient se présente aux urgences dans un tableau de mucite grade 3 rebelle au traitement avec altération de l'état général.

L'examen clinique trouve en plus de la mucite une atteinte palmo-plantaire desquamative décrite comme un changement classique du syndrome main pied associée à une ulcération génitale propre, à bordure irrégulière, mesurant 4cmx2cm, douloureuse et localisée au niveau de la verge.

Le patient a bien évolué suite à l'allongement de l'intervalle d'administration, en parallèle d'une diminution de la dose et de l'utilisation d'une crème cicatrisante.

Discussion :

La capécitabine, un promédicament du fluorouracile, est un composant de nombreux protocoles de chimiothérapie utilisés pour traiter une grande variété de tumeurs malignes.

L'EPP est un effet secondaire fréquent de la capécitabine dont l'incidence rapportée se situe entre 28 et 58 %. Jusqu'à présent, neuf cas d'EPP impliquant une atteinte génitale ont été rapportés, dont celui-ci. Bien que l'EPP soit observée avec plusieurs molécules de chimiothérapie, l'atteinte des organes génitaux semble être particulièrement fréquente avec la capécitabine.

L'érythrodysesthésie peut être observée dans d'autres régions du corps soumises à une pression ou une température accrue, comme au niveau des fesses, en sous mammaire, en axillaire ainsi que la région labiale, mais jusqu'à présent aucune atteinte au niveau de ces zones n'a été rapportée. Plusieurs mécanismes physiopathologiques sont à l'origine de ces complications, les traumatismes répétés ainsi que le rôle des glandes sudorales eccrines constituent la majeure partie.

Différents traitements ont été proposés pour les EPP, tous avec des degrés d'efficacité variables. En définitive, dans la plupart des cas, il faut soit interrompre, soit arrêter le traitement. Sur neuf cas de EPP avec atteinte génito-scrotale rapportés dans la littérature, sept ont nécessité l'arrêt de la chimiothérapie, ce qui n'est pas le cas chez notre patient. . Néanmoins l'allongement des intervalles d'administration du médicament, seul ou en complément d'une réduction de la dose, peut s'avérer aussi efficace.

Des mesures prophylactiques, comme l'utilisation du célécoxib, un anti-inflammatoire prometteur pour prévenir l'EPP, montrent une réduction significative de son incidence. Les stéroïdes, les antitranspirants topiques et pommades antioxydantes ont également été utilisés, avec des résultats variés. Le refroidissement régional, par vasoconstriction, est une stratégie efficace pour diminuer la toxicité cutanée liée à l'accumulation du médicament.

Conclusion :

L'érythrodysesthésie génitale due à la capécitabine constitue une complication rare et préoccupante pour les patients. Des stratégies préventives comme le célécoxib, les antisudorifiques et le refroidissement régional montrent un potentiel prometteur pour réduire son incidence. Une gestion proactive est essentielle pour améliorer la qualité de vie des patients sous traitement.

Évaluation des facteurs de sévérité du DRESS Syndrome : Analyse rétrospective au CHU Mohammed VI d'Oujda à propos de 45 cas

Kaoutar Belharti¹; Nassiba Zerrouki^{1,2} ; Siham Dikhaye^{1,2} ;Nada 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, Oujda Maroc

Introduction :

Le syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse ou le « Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS)» correspond à une toxidermie grave pouvant engager le pronostic vital des patients. Il associe une atteinte dermatologique incriminant la peau et les muqueuses avec une atteinte systémique pouvant être fatale. Le but de notre travail est d'évaluer les facteurs associés à la sévérité du DRESS syndrome.

Matériels et méthodes :

Nous avons réalisé une étude rétrospective, analytique menée au sein du service de Dermatologie du CHU Mohammed VI d'Oujda, étalée sur une période de 8 ans, incluant tous les cas de DRESS syndrome hospitalisés dans notre formation.

Nous avons défini 2 groupes de patients; un groupe qui a présenté un DRESS sévère et un groupe DRESS non sévère. La sévérité du DRESS syndrome a été défini selon les critères de Descamps. La comparaison entre les deux groupes a été réalisé avec le test de Chi2, une valeur $p < 0,05$ a été utilisée pour caractériser les résultats statistiquement significatifs.

Résultats :

Nous avons colligé 45 patients atteints de DRESS syndrome, avec un âge moyen de $48 \pm 20,7$ ans, et une légère prédominance féminine un sexe ratio F/M à 1,36, le pourcentage de femme ayant présenté un DRESS sévère était de 75% par rapport à 48,3% qui n'avaient pas un DRESS sévère sans différence statistiquement significative ($p=0,089$). Aucun de nos patients n'a été traité par anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire. Les médicaments les plus incriminés étaient l'Allopurinol (20,5%), suivi des anticonvulsivants (19,2%), les anti-inflammatoires et les antipyrétiques (15,3% et 8,9% respectivement). Le délai moyen entre la prise et l'éruption était de $21 \pm 10,86$ jours.

En ce qui concerne la sévérité de la maladie, 35,5% des patients ayant présentés un DRESS syndrome avaient une forme sévère selon les critères de Descamps. Cliniquement, la fièvre était présente chez 89% des cas, la surface cutanée moyenne de l'érythème était de $67,6 \pm 19,9$ %. Les lésions purpuriques était présentes chez 75% des cas de DRESS sévère par rapport à 24% des cas non sévère avec une différence statistiquement significative ($p= 0,002$). Un œdème facial a été rapporté chez 68,8% des cas de DRESS sévère par rapport à 55,2% des cas de DRESS non sévère sans association significative ($p=0,376$). Sur le plan biologique, une hyperéosinophilie a été rapporté chez 87,5% des patients ayant un DRESS sévère par rapport à 48,3% des DRESS non sévère avec une différence statistiquement significative ($p= 0,009$). Une atteinte hépatique a été rapporté chez 75,6% des cas avec un DRESS sévère par rapport à 32% des patients avec un DRESS non sévère avec une différence statistiquement significative ($p=0,005$) et une insuffisance rénale a été rapporté chez 31,1% des patients atteints de DRESS sévère par rapport à 28% des patients avec un DRESS non sévère sans aucune différence statistiquement significative ($p=0,97$).

Discussion :

L'hypersensibilité médicamenteuse ou le DRESS syndrome est une toxidermie grave caractérisé par une éruption persistante associée à une atteinte viscérale et occasionnellement une réactivation virale des virus de l'herpès. Une équipe japonaise a réalisé une étude rétrospective analytique multi-institutionnelle colligeant 49 patients atteints de DIHS/DRESS, ils ont réparti leurs patients en 3 groupes selon la gravité, et ils ont noté que le purpura était plus fréquent chez les patients atteints d'une maladie grave (11/16, 69 %) que chez les patients atteints d'une maladie légère (6/13, 46 %) ou modérée (11/20, 55 %) et que la surface de purpura sur les jambes était modérément corrélée à la gravité de la maladie ($r = 0,45$; $P = 0,024$, chi-carré de Pearson), ce qui était similaire à nos résultats. Plusieurs théories ont été avancées pour expliquer le purpura, notamment la thrombopénie et la thrombopathie induite par la réactivation virale ou au cours d'une vascularite médicamenteuse, mais cela a été révoqué dans notre série vu que le pourcentage de patient ayant présenté une thrombopénie était de l'ordre de 6,7%, et histologiquement on a noté une vascularite que chez 20% des cas des 64,4% des patients ayant bénéficié d'une biopsie cutanée. Quant à l'hyperéosinophilie, et l'atteinte hépatique nos résultats ont rejoint ceux de la littérature. Une étude évaluant les facteurs prédictifs de sévérité du DRESS a été réalisé en 2019 par **Sasidharanpillai et al.** et ont pu conclure que l'œdème et l'érythème du visage n'étaient pas des facteurs associée à la sévérité ce qui était similaire à nos résultats.

Conclusion :

Une association significative a été retrouvée dans notre série, d'où l'intérêt d'une reconnaissance précoce du purpura et d'une identification rapide de l'hyperéosinophilie chez les patients atteints du syndrome DRESS afin d'assurer une prise en charge rapide et appropriée, et d'améliorer les résultats cliniques et réduire les complications potentiellement fatales associées à cette réaction médicamenteuse sévère.

Références :

1. Takei S, Hama N, Mizukawa Y, et al. Purpura as an indicator of severity in drug-induced hypersensitivity syndrome/drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms: evidence from a 49-case series. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2022;36(4):e310-e313. doi:10.1111/jdv.17838
2. Sandouk Z, Alirhayim Z, Khouilani D, Hassan S. DRESS syndrome and thrombotic thrombocytopenic purpura: are they related?. *BMJ Case Rep.* 2012;2012:bcr2012007558. Published 2012 Nov 14. doi:10.1136/bcr-2012-007558
3. Hama N, Abe R, Gibson A, Phillips EJ. Drug-Induced Hypersensitivity Syndrome (DIHS)/Drug Reaction With Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS): Clinical Features and Pathogenesis. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2022;10(5):1155-1167.e5. doi:10.1016/j.jaip.2022.02.004
4. Sasidharanpillai S, Chathoth AT, Khader A, et al. Predictors of disease severity in drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2019;85(3):266-275. doi:10.4103/ijdv.IJDVL_482_17

QUAND LA THERAPIE ENGENDRE LA MALADIE : UN CAS RARE DE TOXIDERMIE MEDICAMENTEUSE SUITE AUX ANTIHISTAMINIQUES.

Ouiame Karim, Sarah Zemrani, Layla Bendaoud, Maryem Aboudourib, Ouafa Hocar, Said Amal

Service de Dermatologie-Vénérologie CHU Mohammed VI Marrakech.

Introduction : Les anti histaminiques figurent parmi les médicaments les plus largement utilisés dans le monde. En raison de leur rôle principal en tant que médicaments anti allergiques, on ne les soupçonne généralement pas de provoquer des réactions d'hypersensibilité médicamenteuse. Nous rapportons un cas rare d'un patient présentant une toxidermie médicamenteuse à l'hydroxyzine.

Observation : Il s'agit d'un patient de 49ans, qui présente depuis 15ans des lésions prurigineuses évoluant par poussées rémissions faisant évoquer un psoriasis. Le patient a présenté, 2 semaines avant son hospitalisation, un prurit intense pour lequel il a pris de l'Hydroxyzine prescrit par un médecin généraliste. 5 jours après il a développé un rash maculo-papuleux avec aggravation du prurit. L'examen dermatologique a mis en évidence des lésions maculo-papuleuses avec desquamation palmoplantaire scarlatiniforme, des lésions de grattage associées à des plaques érythémato squameuses psoriasiformes, un érythème buccal et une rougeur oculaire bilatérale. Le reste de l'examen était sans particularités. Le bilan biologique a montré une hyperleucocytose à prédominance PNN, un taux d'éosinophiles normal, un bilan hépatique altéré (ASAT x1.8N et ALAT 1.4XN), une lipasémie, un bilan rénal et une protéinurie de 24h néga fs. Le dosage des IgE totales était augmenté à 52. La biopsie cutanée a objectivé un épiderme légèrement acanthosique surmonté par une hyperkératose para

kératosique avec un derme siège d'un infiltrat inflammatoire mononuclée. Le diagnostic de toxidermie médicamenteuse à l'hydroxyzine a été retenu. La conduite à tenir était d'arrêter l'hydroxyzine et de mettre le patient sous dermocorticoïdes avec une bonne amélioration clinique

Discussion : Les réactions allergiques signalées aux anti histaminiques semblent être très rares, compte tenu de leur utilisation répandue dans le monde. Les manifestations allergiques de loin les plus rapportées étaient les manifestations cutanées à type d'ur caire, exanthème maculopapuleux, érythème pigmenté fixe, rarement un syndrome de Lyell et Steven Johnson et plus rarement une anaphylaxie. L'hydroxyzine font partie des anti histaminiques H1 de 2ème génération, dérivés de la pipérazine. L'hypersensibilité aux an histaminiques semble très rare et peut être sous-estimée. Une réaction causale est souvent difficile à identifier. Presque tous les anti histaminiques ont été signalés comme provoquant des réactions de toxidermie médicamenteuse. Les réactions secondaires à l'hydroxyzine étaient les plus décrites. Le diagnostic repose sur la suspicion clinique et peut être confirmé par des tests de provocation.

Conclusion : Notre cas souligne la rareté des réactions cutanées aux anti histaminiques, mettant en lumière l'importance de les considérer comme une cause possible non négligeable de toxidermie

Titre : Une série de cas de DRESS induits par la sulfasalazine.

Auteurs : CHBIHI-MOUKIT Laila-Zineb, AIT YAZZA Sara, BENDAOU Layla, ABOUDOURIB Maryem, AMAL Said, HOCAR Ouafa.

Affiliation : Service de Dermatologie, CHU Mohammed VI, Laboratoire Bioscience et Santé, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, Université Cadi Ayyad, Maroc.

Introduction

Le DRESS (drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms) est une réaction d'hypersensibilité médicamenteuse grave et potentiellement mortelle. De nombreux médicaments y sont associés, toutefois, la sulfasalazine n'a été que peu décrite auparavant. Il s'agit d'une urgence vitale, imposant une prise en charge rapide et adéquate.

Patients et Méthodes

Nous rapportons cinq cas de DRESS secondaires à la prise de sulfasalazine, associés à une atteinte systémique hépatique, hospitalisés au service de dermatologie de notre structure hospitalière, de Juillet 2023 à Mars 2024.

Résultats

Il s'agissait de quatre patientes de sexe féminin et un patient de sexe masculin, âgés de 18 à 66 ans, suivis pour une affection rhumatologique ; à type de spondylarthrite ankylosante chez deux cas, de polyarthrite rhumatoïde chez une patiente et d'une atteinte non documentée chez les 2 autres. Un traitement à base de sulfasalazine a été instauré.

Un délai de 2 à 6 semaines a été observé avant l'installation d'une symptomatologie cutanée commune faite d'exanthème maculo-papuleux généralisé fébrile associé à une bouffissure du visage. Des adénopathies ont été retrouvées chez 3 cas. Les tests sanguins ont objectivé une hyperéosinophilie, une cytolyse hépatique et une cholestase biologique dans tous les cas.

Le diagnostic de DRESS à la sulfasalazine a été retenu après calcul du score de RegiSCAR ; à 6 chez 3 cas (DRESS confirmé) et à 5 chez 2 cas (DRESS probable), et de l'imputabilité relative aux médicaments utilisés ; très vraisemblable avec effet notoire pour la sulfasalazine.

Une corticothérapie à base de prednisolone a été initiée chez tous les patients. L'évolution était marquée par la résolution totale des symptômes et la normalisation du bilan.

Discussion

La sulfasalazine est un traitement largement utilisé dans la prise en charge des affections rhumatismales et maladies inflammatoires intestinales. Bien qu'elle soit pourvoyeuse d'effets secondaires, le DRESS à la sulfasalazine n'a été décrit que dans quelques rapports de cas.

La réaction se produit généralement 2 à 6 semaines après la prise médicamenteuse, associant des manifestations cutanées à une atteinte systémique.

Des critères, notamment les critères de RegiSCAR, et l'identification de l'agent causal, permettent de poser le diagnostic, comme établi dans notre série.

La prise en charge repose sur l'arrêt définitif du médicament incriminé, et peut faire appel à d'autres moyens thérapeutiques en fonction de la gravité.

Conclusion

Une attention particulière doit être portée aux effets indésirables de la sulfasalazine, notamment au DRESS. Il doit être évoqué devant toute éruption cutanée fébrile, avec manifestations systémiques, respectant le délai, chez un patient traité. Son évolution imprévisible impose une prise en charge urgente, avec retrait définitif de l'agent causal, afin de d'éviter les complications potentiellement létales.

Titre : Syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse au rivaroxaban révélant un lupus systémique.

CHBIHI-MOUKIT Laila-Zineb, BENDAOUY Layla, ABOUDOURIB Maryem, AMAL Said, HOCAR Ouafa.

Service de Dermatologie, CHU Mohammed VI, Laboratoire Bioscience et Santé, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, Université Cadi Ayyad, Maroc.

Introduction

Le rivaroxaban est un anticoagulant oral direct indiqué dans la prise en charge des affections thrombo-emboliques. Il peut induire de multiples effets indésirables, principalement liés au risque hémorragique. Toutefois, très peu de cas de réactions cutanées au rivaroxaban ont été rapportés.

Nous décrivons un syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse induit par le rivaroxaban dans le cadre du traitement d'une embolie pulmonaire chez un jeune homme, révélant un lupus systémique sous-jacent.

Observation

Patient âgé de 45 ans, ayant comme antécédents une infection respiratoire à *Coronavirus*, et une embolie pulmonaire, traitée par rivaroxaban.

Il a présenté il y trois semaines, soit une semaine après la prise de rivaroxaban, un exanthème maculo-papuleux généralisé, prurigineux, fébrile, ayant conduit à l'arrêt du traitement, substitué par un anti vitamine K.

Le bilan réalisé dans le cadre d'une toxidermie médicamenteuse suspectée a objectivé une anémie hémolytique, une leuconéutropénie et une lymphopénie, associées à une cytolyse hépatique et à une protéinurie de 24 heures positive, sans hyperéosinophilie.

L'évolution a été marquée par une desquamation cutanée progressive, avec persistance d'une dyspnée de repos et des anomalies biologiques observées. Les investigations ont révélé des anticorps anti ADN et antinucléaires positifs. Le diagnostic de lupus systémique a été retenu.

Le patient a été mis sous héparine de bas poids moléculaire et une ponction biopsie rénale a été programmée, afin d'instaurer un traitement systémique de Lupus.

Discussion

Le syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse est une réaction médicamenteuse similaire au DRESS (drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms), sans hyperéosinophilie. Seuls quelques rapports des cas de réaction cutanées au rivaroxaban ont été recensés. Compte tenu de la présentation clinique et paraclinique de notre patient ainsi que l'évolution favorable après arrêt du traitement, le diagnostic le plus plausible était un syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse du au rivaroxaban.

Des cas de DRESS ont également été associés, avec un délai de survenue plus long et des manifestations systémiques. Dans notre cas, le diagnostic précoce et l'arrêt du médicament en cause pourraient expliquer l'absence de progression vers une forme plus sévère et d'hyperéosinophilie.

Par ailleurs, l'embolie pulmonaire traitée par rivaroxaban chez notre patient, pourrait être une complication thrombo-embolique du lupus systémique non diagnostiqué initialement, à l'origine des manifestations persistantes, notamment respiratoires, hématologiques et rénales.

Conclusion

Les réactions cutanées au rivaroxaban, bien que possibles, sont relativement rares. Les cliniciens doivent être avertis de ses effets secondaires potentiels, notamment la survenue d'un syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse. L'arrêt du traitement constitue la pierre angulaire de la prise en charge, permettant d'éviter l'évolution vers une atteinte plus sévère pouvant engager le pronostic vital.

Des érosions buccales secondaires à un surdosage de méthotrexate

Fz. El Ali, N. Elhandous S. Marraha O.El jouari , S. Gallouj

Service de Dermatologie et Vénérologie CHU Tanger Tetouan Al-Hoceima

Faculté de Médecine et de Pharmacie Tanger

Introduction :

Le méthotrexate est un médicament un **immunosuppresseur et anti prolifératif** utilisé dans le traitement de néoplasies, du psoriasis chez les adultes et de la polyarthrite rhumatoïde. Ses effets indésirables incluent principalement des leucopénies, des troubles digestifs et des stomatites ulcéreuses, qui sont dose et durée-dépendants.

Nous rapportons une observation des érosions buccales apparues suite d'une erreur de posologie au méthotrexate administré par voie orale.

Observation :

Une patiente âgée de 63 ans, ayant comme antécédents un psoriasis pustuleux suivi chez notre formation mise sous Acitrétine 30 mg/jour avec une bonne évolution et suivi en service de rhumatologie pour une arthropathie inflammatoire de l'épaule et mise sous méthotrexate 15 mg /semaine , la patiente a été adressé pour des ulcérations de la muqueuse orales apparues suite à une erreur de posologie, sont apparues des lésions érosives muqueuse buccale recouvertes de croûtes hémorragiques, avec apparition d'un tableau digestif fait de vomissements et douleur abdominales ,Les examens biologiques révélaient une thrombopénie , une leucopénie et un syndrome inflammatoire biologique . le diagnostic d'un surdosage au méthotrexate suite à une erreur de posologie était retenu et ce médicament a été immédiatement interrompu. Et la prise en était l'arrêt du médicament, la supplémentation en acide folique, des soins locaux et une surveillance étroite.

Discussion :

Le méthotrexate, un analogue de l'acide folique, est associé à divers effets indésirables, notamment des atteintes cutanéomuqueuses, hématologiques et digestives. Les erreurs de posologie peuvent entraîner des complications graves. La prise en charge implique l'arrêt du médicament, la stabilisation du patient, une éventuelle élimination du méthotrexate, la supplémentation en folinate de calcium, une surveillance étroite et le traitement des complications.

Conclusion :

Le méthotrexate est un médicament couramment utilisé en dermatologie, mais son utilisation nécessite une attention particulière en raison des risques associés. Une bonne information du patient et une collaboration étroite entre le médecin et le patient sont essentielles pour prévenir les erreurs de posologie et minimiser les complications graves

Érythème pigmenté fixe bulleux généralisé mimant une nécrolyse épidermique toxique

Dr ESSOLAYMANY H, Pr DOUHI Z, Pr BAYBAY H, Pr ELLOUDI S, Pr SOUGHI M, Pr MERNISSI F

Service de dermatologie CHU HASSAN II DE FÈS, Maroc

Introduction : L'érythème pigmenté fixe bulleux généralisé est une forme rare et grave de l'érythème pigmenté fixe qui est la seule dermatose de cause exclusivement médicamenteuse. Les médicaments de prise courante comme les anti-inflammatoires non stéroïdiens, le paracétamol, et les antibiotiques sont les plus incriminés. Le délai varie de 1 à 4 jours, et se réduit de plus en plus dans les formes récidivantes. Le principal diagnostic différentiel se pose cliniquement et histologiquement avec la nécrolyse épidermique toxique.

Observations :

Patient 1 : homme de 76 ans, suivi pour diabète et cardiopathie ischémique. Hospitalisé pour des lésions suintantes et douloureuses apparues 24 heures après sa mise sous amoxicilline protégée et ciprofloxacine pour une pneumonie. L'examen clinique trouve un patient en bon état général avec de multiples placards érosifs bien limités de tailles variables, des érosions génitales et une chéilite, sans atteinte endobuccale. Les examens paracliniques réalisés initialement à la recherche d'une atteinte systémique étaient sans anomalies. L'évolution était marquée par l'apparition d'une insuffisance rénale 48 heures après la mise du patient sous Aciclovir pour une surinfection herpétique avec recours à 3 séances d'hémodialyse avec une bonne évolution.

Patient 2 : femme de 51 ans, ayant comme antécédent une éruption cutanée à deux reprises il y'a plusieurs années suite à la prise d'un traitement non documenté pour des lombalgies. Hospitalisée dans notre formation pour des lésions cutanées prurigineuses et suintantes apparues quelques heures après la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens par automédication pour des algies dentaires. L'examen clinique trouve une patiente en bon état général, de multiples placards érosifs avec un décollement en linge mouillé en périphérie et quelques érosions aphtoides au niveau de la langue. Le Nikolsky était négatif en peau périlésionnelle. L'histologie a montré un décollement jonctionnel, une nécrose kératinocytaire avec incontinence pigmentaire.

Discussion : L'érythème pigmenté fixe bulleux généralisé se manifeste cliniquement par des placards érosifs bien limités asymétriques séparés par de larges intervalles de peau saine laissant une pigmentation résiduelle inévitable et difficile à traiter. La surface cutanée est de 20% en moyenne. L'atteinte muqueuse est unipolaire et peu sévère. L'état général est conservé. Il n'y a pas d'atteinte organique associée. L'hospitalisation est nécessaire quand la surface cutanée dépasse 10%. Le pronostic est généralement bon, sauf chez le sujet âgé, la population fragile et dans les formes récidivantes.

Conclusion : La meilleure connaissance de cette toxidermie permet d'éviter la réintroduction médicamenteuse responsable de formes plus graves, plus étendues et qui surviennent dans des délais de plus en plus courts pouvant aller jusqu'à quelques heures seulement.

Erythème flagellé induit par bléomycine chez un malade atteint d'une maladie de Kaposi :

Rapport d'un effet secondaire rare

MUSTAPHA EID Chourouq¹, SASSINE Fatima Ezzahrae¹, HAMADA Syrine¹, MEZIANE Mariame¹, ISMAILI Nadia¹, BENZEKRI Laila¹, SENOUCI Karima¹

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

Introduction

La bléomycine, initialement extraite du champignon *Streptomyces verticillus*, est une molécule possédant des propriétés antibiotiques et cytotoxiques. En effet, son pouvoir oxydant est impliqué dans la genèse de cassures de l'ADN, aboutissant à la mort cellulaire. Elle est indiquée dans le traitement systémique de plusieurs pathologies néoplasiques telles que carcinomes épidermoïdes cutanés, lymphomes malins ainsi que les tumeurs germinales. Plus accessoirement, elle peut être administrée par injection intralésionnelle dans le traitement des cicatrices chéloïdes et/ou verrues, ou encore par voie intramusculaire dans la maladie de Kaposi, comme l'illustre notre observation. Ses principaux effets secondaires sont le risque de fibrose pulmonaire, les réactions hyperthermiques transitoires immédiatement après injection ainsi que des manifestations cutanées, comme la mélanodermie, souvent prédictive de fibrose pulmonaire. Nous rapportons le cas d'un effet secondaire cutané rare : L'érythème flagellé.

Observation

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 61 ans, sans antécédents notables, qui s'est présenté en consultation dermatologique devant l'apparition de plaques érythémato violines et nodules angiomateux indolores et non prurigineux au niveau des membres inférieurs, d'augmentation progressive de volume.

L'examen clinique retrouvait les mêmes lésions en regard du poignet droit, sans atteinte des muqueuses ni adénopathies palpables. Le reste de l'examen somatique était sans particularités.

L'étude anatomopathologique d'une biopsie cutanée retrouvait un derme renfermant de nombreuses fentes vasculaires irrégulières bordées par des cellules endothéliales peu atypiques, associées à un infiltrat périvasculaire fait d'éléments inflammatoires mononuclées en faveur du diagnostic de la maladie de Kaposi. Ce dernier a été confirmé à l'immunohistochimie par un immunomarquage positif aux anticorps anti HHV8.

Les investigations ont été complétées par un bilan biologique complet, ainsi qu'une TDM Thoraco abdomino pelvienne et une échographie des aires ganglionnaires à la recherche d'une atteinte secondaire d'organes, qui étaient sans anomalies.

Après un bilan pré thérapeutique normal, une monochimiothérapie à base de **bléomycine** a été indiquée. Quatre jours après la première injection intramusculaire de bléomycine (soit une dose de 15 mg : 5 mg/j 3 jours de suite), le patient présentait un rash maculo papuleux prédominant au niveau du tronc, le dos et la racine des membres. Les lésions prenaient un aspect linéaire en « coup de fouet » au niveau du dos (Fig. 1).

Une déclaration au centre de pharmacovigilance a été réalisée afin d'étudier l'imputabilité de la bléomycine chez notre patient, pour laquelle nous l'avons incriminé avec un score d'imputabilité I4B4. **L'évolution** a été marquée par une résolution complète après 1 semaine sous traitement antihistaminique.

Discussion

Après son administration, la bléomycine est rapidement inactivée dans la plupart des tissus par une hydrolase. La peau et le poumon étant dépourvus de cette enzyme, ceci explique qu'ils soient le site électif d'expression de la toxicité de cette substance.

Les effets indésirables cutanés sont divers. Certains, comme l'alopecie, sont communs à plusieurs chimiothérapies. D'autres sont bien plus caractéristiques de la bléomycine. C'est le cas de l'hyperpigmentation, prédominant au niveau des zones de pression et des ongles, des plaques sclérodermiques, des nécroses digitales compliquant un syndrome de Raynaud, de l'hydradénite neutrophilique eccrine ou encore de **l'érythème flagellé**. Ce dernier est spécifique de la bléomycine, bien qu'il puisse également compliquer un traitement par péplomycine (un dérivé de la bléomycine) et qu'il ait été décrit dans les manifestations cliniques de la dermatomyosite ainsi que la maladie de Still de l'adulte.

L'érythème flagellé a été décrit pour la première fois en 1970. C'est une complication rare de la bléomycine, mais qui pour certains auteurs peut compliquer ce traitement jusque dans 20 % des cas. Sa survenue n'est pas liée au mode d'administration, à la nature ou au type histologique de la lésion traitée, ni à la dose cumulée reçue.

Des cas ont ainsi été rapportés au cours de chimiothérapies pour lymphome, après administration intrapleurale de bléomycine pour pleurésie métastatique compliquant un adénocarcinome mammaire, la maladie de Kaposi comme l'illustre notre observation ou bien encore après administration intralésionnelle pour traitement de verrues plantaires.

Le délai moyen entre l'administration du traitement et le début de l'éruption varie de quelques heures à six mois.

Le diagnostic reste clinique. Les lésions prédominent au niveau du tronc et des parties proximales des membres. Dans notre observation, la présentation clinique et le siège des lésions est conforme aux données recensées dans la littérature.

En revanche, la pathogénie est encore mal élucidée. Un stimulus dermographique, comme un prurit, pourrait constituer un facteur déclenchant en entraînant une vasodilatation responsable d'une extravasation et d'une accumulation locale de la bléomycine.

Conclusion L'érythème flagellé constitue une complication spécifique de la bléomycine pouvant survenir précocement, indépendamment de la dose ou du mode d'administration justifiant une surveillance attentive des patients recevant ce traitement.

Une éruption kératose pilaire like sous inhibiteurs des tyrosines kinases :

Un effet indésirable à ne pas méconnaître

*M.El bakkali, Pr O.El jouari, K.bennani, dr Nour houda samari, Pr S.Gallouj
Service de dermatologie-vénérologie, CHU Med VI, Tanger*

Introduction :

La Kératose pilaire est une affection bénigne courante caractérisée par des papules kératosiques épineuses folliculaire, principalement réparties sur les surfaces d'extension des extrémités proximales, qui a toujours été associée à l'atopie.

Une éruption kératose pilaire like a été décrite comme un effet indésirable secondaire aux un inhibiteur de tyrosine kinase (ITK) BCR-ABL, en particulier le nilotinib et le dasatinib.

Nous décrivons un cas d'éruption ressemblant à la kératose pilaire chez une patiente atteinte de Leucémie myéloïde chronique et traité par nilotinib.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 60 ans, suivi depuis 7ans pour une leucémie myéloïde chronique en phase Chronique avec transcrit BCR-ABL positif mise dans un premier lieu sous Imatinib mais devant l'absence de réponse moléculaire une chimiothérapie de 2ème ligne « Nilotinib » a été débuté depuis 1 mois.

La patiente a présenté une éruption généralisée légèrement prurigineuse évoluant depuis J7 de l'introduction de la Nilotinib. L'examen a objectivé la présence des papules folliculaires hyperkératosique diffuse au niveau du visage, bras, tronc et abdomen.

Une biopsie a été réalisée objectivant une hyperkératose orthokeratosique, bouchon folliculaire avec un infiltrat lymphocytaire.

Nous avons retenu le diagnostic d'éruption type kératose pilaire induite par le nilotinib sur la base de la corrélation temporelle entre la prise thérapeutique et l'apparition des lésions ainsi que les résultats histopathologie permettant d'éliminer les autres diagnostics différentiels.

La substitution du traitement n'était pas possible ainsi la patiente a été mise sous traitement émollient et un antihistaminique avec une légère amélioration.

Discussion :

Le nilotinib est un inhibiteur de la tyrosine kinase (ITK) de deuxième génération, générés à partir de la protéine de fusion BCR-ABL, c-Kit, et des récepteurs du facteur de croissance dérivé des plaquettes.

Les divers effets indésirables cutanés des ITK comprennent l'alopécie, la xérose, l'éruption maculopapulaire, la photosensibilité, l'hypopigmentation et l'œdème.

Une éruption de type kératose pilaire a été rapportée avec les ITK multicibles de deuxième et troisième génération les plus puissants, tels que le nilotinib, le dasatinib et le posatinib, ceci est attribuée à leur spectre d'activité élargi contre des cibles kinases apparentées présentes dans les Follicules pileux.

L'éruption est le plus souvent asymptomatique

Certaines publications ont rapporté le caractère prurigineux de l'éruption, et des rapports de cas ont souligné l'association avec la perte de cheveux et la fibrose périfolliculaire (KP atrophiques), l'amincissement non cicatriciel des cheveux, pelade, l'alopecie cicatricielle ressemblant à l'alopecie frontale fibrosante, le lichen plan érosif buccal et les lésions acnéiformes faciales.

Chez notre patiente l'éruption n'a été associée à aucune de ces affections citées ci-dessus.

Pour la pec, l'éruption cutanée est réfractaire au traitement dans la majorité des cas, les émoullients et les agents kératolytiques ont été utilisés pour les lésions asymptomatique ou sans signes inflammatoire. Les dermocorticoïdes ont été utilisés avec des résultats hétérogènes.

Une amélioration avec la réduction de la dose du traitement et une résolution à l'arrêt du médicament ont été décrites. Cependant Certains rapports soulignent l'importance de poursuivre l'administration des ITK, ces manifestations cutanées étant souvent considérées comme minimales et tolérables, alors que le rôle des TKI est fondamental.

Conclusion :

En générales, la majorité des effets secondaires cutanés sous nilotinib sont bénignes mais gênantes. Touchent spécifiquement le follicule pileux. Néanmoins, il convient d'être attentif et prudent en cas d'éruption cutanée.

URTICAIRE LOCALISÉE SUR CICATRICES DE PEMPHIGUS VULGAIRE : PHÉNOMÈNE DE RAPPEL ?

Dr ESSOLAYMANY H, Pr DOUHI Z, Pr SOUGHI M, Pr ELLOUDI S, Pr BAYBAY H, Pr MERNISSI F

Service de dermatologie CHU HASSAN II DE FÈS, Maroc

Introduction : Contrairement au phénomène de Koebner, le phénomène de rappel est une entité plus rare et beaucoup moins connue en dermatologie. Sa pathogénie est encore obscure. Nous rapportons le cas d'une urticaire déclenchée par le Rituximab, limitée aux sites d'anciennes lésions complètement cicatrisées de pemphigus vulgaire.

Observation : Femme de 60 ans, suivie depuis 6 mois pour un pemphigus vulgaire classé sévère, mise sous corticothérapie avec cicatrisation complète des lésions. Elle s'est présentée pour sa première perfusion de Rituximab, compliquée dès les premières minutes de plaques urticariennes siégeant exactement aux mêmes sites des anciennes lésions cicatricielles de son pemphigus, sans implication de la peau saine. L'éruption s'est complètement résorbée après l'arrêt de la perfusion et l'administration d'antihistaminiques, sans récurrence lors de la seconde administration du Rituximab.

Discussion : Classiquement, la dermatite de rappel fait référence à la réactivation, induite par la chimiothérapie, de lésions cutanées causées par la radiothérapie des mois, voire des années plus tôt. Ce concept a actuellement été étendu à divers facteurs tels que les traumatismes, les brûlures, les ultraviolets, les piqûres d'insectes et les incisions chirurgicales. Dans notre cas, L'implication des mastocytes et leur accumulation sur le site traumatisé serait le mécanisme le plus probable d'une part, vu la dégranulation plus importante et le nombre plus élevé de ces cellules au niveau du tissu cicatriciel. Cette théorie est appuyée par la propriété unique aux

mastocytes de libérer des cytokines préformées conduisant à l'apparition rapide des lésions d'urticaire après provocation. La persistance des cellules TCD8 mémoire dans l'épiderme, comme il est observé dans l'érythème pigmenté fixe peut également être en cause. D'autre part, certains agents pharmacologiques peuvent induire une interaction chimique avec des cellules épidermiques génétiquement sensibilisées, comme c'est le cas du Rituximab chez notre patiente. Ces résultats indiquent que certaines altérations immunologiques induites localement par le traumatisme antérieur, même des années auparavant, peuvent rendre le site cutané plus sensible en créant une réponse allergique médiée par les cellules T mémoire, entraînant l'activation des mastocytes. Certains auteurs ont rapporté qu'au niveau du tissu cicatriciel, la fibrose altère la surveillance immunitaire, en particulier par les lymphocytes, conduisant à une présentation anormale d'antigène, ce qui favoriserait la susceptibilité à divers processus inflammatoires. Une autre théorie proposée est l'activation excessive de cytokines pro-inflammatoires par un phénomène de cicatrisation aberrante.

Conclusion : L'urticaire de rappel serait due à des modifications anatomiques pathologiques dans la zone précédemment traumatisée. Cependant, la compréhension pathogénique précise de ce phénomène reste énigmatique et doit faire l'objet d'investigations supplémentaires. À notre connaissance, aucun cas d'urticaire sur cicatrices anciennes n'a été rapporté.

Un cas de syndrome de Babouin bulleux (SDRIFE) induit par la prise de Célécoxib.

Introduction :

Le syndrome Babouin médicamenteux, récemment renommé Symmetrical Drug-Related Intertriginous and Flexural Exanthema (SDRIFE), est une toxidermie flexurale caractérisée par une éruption érythémateuse symétrique et intertrigineuse, dont la forme bulleuse demeure exceptionnelle.

Nous décrivons un rare cas de SDRIFE bulleux engendré par la prise de Célécoxib.

Observation :

Patiente de 50 ans, sans notion d'allergies médicamenteuses connues, suivie pour des polyarthralgies inflammatoires traitées pour la première fois par du Célécoxib à la dose de 200mg/Jr.

Un jour après la première prise du Célécoxib, la patiente a présenté une éruption érythémateuse symétrique prurigineuse, surmontée de multiples érosions post bulleuses, siégeant sous les plis axillaires, sous-mammaires, inguinaux, creux poplité gauche et l'ombilic.

Par ailleurs, aucune atteinte des muqueuses ni manifestations viscérales ni perturbation biologique n'a été rapporté chez notre patiente.

Une biopsie cutanée a été réalisée objectivant des pustules sous cornéennes, un infiltrat péri vasculaire superficiel fait de neutrophiles et d'éosinophiles ainsi que des changements vacuolaires basaux focaux et une rare apoptose kératinocytaire.

Les patchs tests cutanée n'ont pas pu être réalisés du fait de l'automédication par les antihistaminiques avant l'admission de notre patiente.

Le diagnostic du syndrome Babouin bulleux induit par la prise du Célécoxib a donc été retenu en raison des données chronologiques et sémiologiques et devant l'absence d'autres étiologies expliquant la symptomatologie clinique.

La patiente a été traitée par des antihistaminiques et dermocorticoïdes, avec bonne amélioration clinique.

Discussion :

Le SDRIFE est une réaction médicamenteuse d'hypersensibilité retardée médiée par les lymphocytes T, dont le diagnostic repose sur 5 critères sémiologiques et chronologiques : Erythème délimité dans la région fessière/inguinale, l'implication d'au moins un grand pli cutané, la distribution symétrique, l'apparition après exposition initiale ou répétée à un médicament systémique et enfin l'absence de signes d'atteinte systémique.

Les médicaments les plus souvent incriminés sont les bêta-lactamines, agents chimio thérapeutiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens, avec un délai d'apparition estimé de quelques heures à 8 jours.

Néanmoins, la forme bulleuse de SDRIFE demeure très rare avec comme principal diagnostic différentiel l'érythème pigmenté fixe bulleux dont la distribution est non symétrique.

La prise en charge thérapeutique repose sur l'arrêt du médicament, antihistaminique, corticothérapie locale et dans certains cas systémique.

Le pronostic est généralement bon, néanmoins une nouvelle provocation orale est susceptible de récider.

Malgré sa rareté, le diagnostic de SDRIFE doit être évoqué devant toute éruption intertrigineuse prurigineuse et symétrique impliquant une prise médicamenteuse quel que soit la molécule.

Thérapies Ciblées et Peau : Quand Dermatologie et Oncologie s'unissent

BOUGHALEB.S¹, DOUHI.Z¹, LAOUNI.H¹, SOUGHI.M¹, ELLOUDI.S¹, BAYBAY.H¹,
MERNISSI.FZ¹

¹Service de Dermatologie et Vénérologie - CHU Hassan II - Fès - Maroc

Introduction : Les thérapies ciblées (TC) ont permis de révolutionner le pronostic de certains cancers. Elles s'accompagnent en contrepartie d'un nouveau spectre d'effets indésirables principalement dermatologiques et témoignent souvent d'une bonne efficacité thérapeutique.

Objectifs : Mettre en lumière la place cruciale de l'onco-dermatologie dans l'optimisation de la prise en charge multidisciplinaire des patients.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude prospective descriptive unicentrique, colligeant les patients suivis pour diverses pathologies tumorales sous TC et ayant présenté des effets secondaires dermatologiques (ESD). Un examen dermatologique avec évaluation de l'effet indésirable a été effectuée et une décision thérapeutique en concertation a été prise pour chaque cas.

Résultats : 15 patients ont été adressés pour gestion d'une réaction cutanée sous TC. Les indications des TC étaient principalement les hémopathies malignes, en particulier la leucémie myéloïde chronique, ainsi que l'adénocarcinome recto-colique. Les inhibiteurs du récepteur de facteur de croissance épidermique (anti-EGFR) et les inhibiteurs spécifiques de tyrosine kinase (ITK) étaient les molécules les plus

pourvoyeuses d'ESD, suivis des inhibiteurs multi-kinases (MKI) puis des inhibiteurs de protéasome. Une éruption acnéiforme a été observée chez 25% des patients, tous sous anti-EGFR. L'imatinib était en cause de toxidermie lichénoïde chez deux cas, et de modifications pigmentaires chez une patiente. Deux cas de syndrome mains-pieds ont été notifiés sous MKI. Un exanthème maculo papuleux a été décrit dans 19% des cas sous imatinib et velcade. L'évolution était favorable sous traitement symptomatique chez 73% de l'échantillon. Les autres patients ont pu poursuivre leur traitement après réduction de dose dans un cas, et changement vers une molécule de deuxième génération chez deux patients.

Conclusion : La gestion des ESD des thérapies ciblées repose sur une évaluation minutieuse permettant la poursuite d'un schéma thérapeutique efficace et met ainsi en lumière l'importance de la collaboration entre dermatologues et oncologues.

Au-delà des traitements conventionnels : Exploitation de la plasmaphérèse dans la prise en charge du syndrome de Lyell et du syndrome de Stevens-Johnson :

Kaoutar Belharti¹; Nassiba Zerrouki^{1,2} ; Siham Dikhaye^{1,2} ; Nada 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, Oujda Maroc

Introduction :

Les toxidermies graves englobent un éventail de réactions cutanées graves et potentiellement mortelles, notamment le syndrome de Stevens-Johnson (SJS) et le Lyell. L'incidence du syndrome de Stevens-Johnson et de la nécrolyse épidermique toxique peut être rare, mais leur impact profond sur le pronostic et la qualité de vie des patients, nécessitent une compréhension approfondie. L'équilibre délicat entre l'efficacité thérapeutique et les effets indésirables au cours des toxidermies grave reste un défi et une préoccupation essentielle. Notre étude vise à comparer l'efficacité de la plasmaphérèse dans la prise en charge des patients avec un SJS ou un Lyell.

Materials et méthodes:

Nous avons réalisé une étude rétrospective, descriptive et analytique menée dans le service de dermatologie-vénérologie, étalée sur 9 ans, de décembre 2014 à décembre 2023, incluant tous les cas hospitalisés pour un syndrome de Stevens-Johnson ou un syndrome de Lyell. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne +/- écart-type (ET) ou en médianes avec interquartile selon la distribution de l'échantillon. Les variables qualitatives ont été exprimés ont été exprimés en effectifs et pourcentage. Nous avons identifié deux groupes de patients, un groupe « plasmaphérèse » et un groupe « sans plasmaphérèse ». La comparaison des groupes a été effectuée à l'aide du test t de Student pour comparerles variables quantitatives et le test Chi2 pour comparer les variables qualitatives. Une valeur p <0,05 a été utilisée pour caractériser les résultats significatifs.

Results :

Nous avons colligé 11 patients. L'âge moyen était de 42,2 ± 25,5 ans, avec une nette prédominance féminine et un ratio F/H de 2. Dans notre série, quatre patients avaient des antécédents d'épilepsie, deux avaient des antécédents d'atopie, un cas avait des antécédents de cancer du sein métastatique, et un cas était suivi pour une bipolarité. Le principal groupe de médicaments incriminés était les antiépileptiques (35,2 %) avec comme principale molécule la

Lamotrigine, suivi des antibiotiques (29,4 %), des médicaments anti-inflammatoires et antipyrétiques (17,6 %), et enfin l'allopurinol (9 %). Le délai moyen de l'éruption pour l'ensemble des patients inclus dans notre étude était de $15 \pm 6,2$ jours. Trente-six pourcent de nos patients avaient un syndrome de Stevens-Johnson, 36,3 % présentaient un chevauchement SJS/Lyell, et 27,2 % avaient un Lyell. La valeur moyenne du SCORTEN était de $1,9 \pm 0,8$.

Dans notre série, 7 patients ont bénéficié de plasmaphérèse. Tous les patients avaient un accès vasculaire fémoral, et le nombre médian de séances était de 2 [3,5-7]. En ce qui concerne l'évolution, le groupe « sans plasmaphérèse » avait un délai médian de début de cicatrisation de 20 jours [10-45], tandis que le groupe « plasmaphérèse » a eu une durée médiane de 3 jours [2,25-10], avec une différence statistiquement significative ($p=0,024$). Le délai moyen entre le début du traitement et la guérison complète des lésions cutanées était de $25,2 \pm 5,4$ jours pour le groupe « sans plasmaphérèse », cependant, le groupe « plasmaphérèse » a eu un délai moyen de $12,4 \pm 2,7$ jours avec une différence statistiquement significative ($p=0,015$).

Discussion:

Concernant les molécules incriminées, nos résultats étaient similaires à différents rapports publiés, y compris ce qu'a noté **Owen et al.**¹, qui ont mentionné que les principaux médicaments incriminés étaient les sulfamides antibactériens, les anticonvulsivants et les anti-inflammatoires non stéroïdiens et l'allopurinol. Comparable à nos résultats, la Lamotrigine était le médicament le plus incriminé dans notre série, et c'était également le médicament le plus couramment signalé associé au SJS/TEN dans les données sur les événements indésirables de la FDA pendant la période d'étude. Concernant la prise en charge, cinq patients (55,5 %) ont bénéficié de la plasmaphérèse. Le délai entre le traitement et l'amélioration clinique était statistiquement significatif entre les deux groupes, cela a également été observé dans le délai entre le traitement et la guérison complète des lésions cutanées. Selon les directives japonaises, les traitements primaires pour le syndrome de Stevens-Johnson (SJS) et la nécrolyse épidermique toxique (TEN) comprennent les stéroïdes systémiques, l'immunoglobuline intraveineuse (IVIg) et la plasmaphérèse, selon les dernières recommandations de l'AFSA (the american society for apheresis) l'utilisation de la plasmaphérèse dans la prise en charge du syndrome de Lyell appartient à la catégorie III avec un grade de 2B et à la catégorie II avec un grade de 1C selon la Société japonaise d'aphérèse SJAT 11^{2,3}. La plasmaphérèse, qui peut être administrée quotidiennement ou un jour sur deux, est associée à des effets indésirables minimes. De plus, **Han et al.**⁴ ont mené une étude observationnelle prospective indiquant que la plasmaphérèse surpassait les traitements conventionnels tels que l'Ig en Iv ou les corticostéroïdes dans la réduction des taux de mortalité et de la durée d'hospitalisation pour les patients atteints de TEN ou de chevauchement SJS/TEN.

Conclusion:

Dans cette étude, nous avons particulièrement mis l'accent sur l'importance et la place de la plasmaphérèse dans la prise en charge des toxidermies graves de type Syndrome de Stevens-Johnson et Lyell ou de chevauchement. La plasmaphérèse émerge comme une intervention thérapeutique cruciale dans la prise en charge de ces pathologies, offrant une approche ciblée pour atténuer les effets systémiques de ces troubles immunitaires complexes. Nos résultats soulignent le besoin urgent de méthodes de diagnostic améliorées, de stratégies d'intervention précoce et d'approches de traitement personnalisées pour atténuer la morbidité et la mortalité associées au SJS et au TEN.

Eruptions acnéiformes suite aux traitements anticancéreux : analyse descriptive épidémiologique et thérapeutique

S.LAZOUZI, F.HALI, B.BAGHAD, S.CHIHEB

Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction et objectifs :

Les thérapies anticancéreuses induisent fréquemment des complications dermatologiques, les lésions acnéiformes en étant une manifestation notable. Ce travail a pour but d'en approfondir la connaissance et fournir des éléments d'aide à la prise en charge.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive monocentrique menée sur une période d'un an, de janvier 2023 à janvier 2024. Les patients présentant des lésions acnéiformes suite à l'administration d'un traitement anticancéreux ont été inclus. Les données ont été saisies dans un fichier standardisé.

Résultats :

L'étude a inclus 9 patients. L'âge médian était de 46,56 ans (31 à 65 ans). Le sexe ratio était de 1 homme pour 1,25 femmes. Huit patients sur neuf n'avaient pas de dermatose préexistante. La localisation de la néoplasie était mammaire dans 5 cas, colorectale dans 3 cas, et pulmonaire dans 1 cas. Tous les patients présentaient des lésions papulo-pustuleuses dans la partie haute du corps, sans comédons. Le traitement causal était une thérapie ciblée (anti-EGFR) dans 4 cas, taxanes dans 2 cas, et cyclophosphamide, Capecitabine, association taxanes-alkylants dans un cas chacun. Le délai d'apparition des lésions était en moyenne de 14,4 jours. Les patients étaient traités par émoulinants, associés aux antibiotiques oraux dans 4 cas, antibiotiques topiques dans 2 cas et dermocorticoïdes dans 1 cas. Tous les patients ont évolué favorablement et aucun n'a dû interrompre son traitement anticancéreux.

Discussion :

Les effets secondaires dermatologiques des thérapies anticancéreuses sont fréquents et divers, allant de simples troubles pigmentaires à des réactions potentiellement fatales.

Les éruptions "acnéiformes" sont faites de papules folliculaires ou papulo-pustules sans comédons, siégeant sur la tête et le tronc et apparaissant 1 à 2 semaines après le début du traitement. Malgré la taille limitée de l'échantillon, notre étude souligne la spécificité de ces lésions chez des patients sans dermatose préexistante.

Habituellement observées avec les anti-EGFR, elles peuvent résulter de l'administration d'inhibiteurs de BRAF ou d'inhibiteurs de MEK. Notre travail met donc en lumière de multiples autres thérapies causales possibles, dont la connaissance est importante.

Le traitement consiste en une antibiothérapie locale ou orale, des corticostéroïdes locaux ou des rétinoïdes, et conduit généralement à la résolution des lésions. Au vue de la nature bénigne de la maladie, l'interruption du traitement anticancéreux n'est pas nécessaire.

Conclusion :

Les éruptions acnéiformes dues aux thérapies anti-cancéreuses sont fréquentes et liées à diverses molécules. Leur reconnaissance est importante pour une bonne prise en charge et pour rassurer quant à leur nature bénigne, n'impactant pas le traitement antinéoplasique.

Toxicité mucocutanée de l'hydroxyurée.

S. Ait Oussous, Fz. El Alaoui El Abidi, H. Kherbach, B. El Idrissi, R. Chakiri
Département de Dermatologie, Hôpital Souss-Massa, Université Ibn Zohr, Agadir, Maroc.

Introduction :

L'hydroxyurée (HU) est un antimétabolite largement utilisé dans le traitement de nombreuses affections hématologiques, y compris la thrombocytémie essentielle. Bien que l'HU soit un agent bien toléré, elle est connue pour provoquer de nombreux effets secondaires dont l'incidence peut varier. Nous mettons en lumière ses principaux effets secondaires cutanéomuqueux à travers un cas clinique.

Observation:

Un homme de 75 ans, ayant comme antécédents un cancer colique opéré il y a 10 ans, a été diagnostiqué de thrombocytémie essentielle il y a 3 mois pour laquelle Il a été mis sous HU à raison de 1500 mg/jour. Après 1 mois de chimiothérapie, il a commencé à développer des ulcérations buccales, une hypermélanose de la langue et une mélanonychie unguéale. Le patient était anxieux face à la possibilité d'un cancer cutané vu ses antécédents. À l'examen dermatologique, le patient présentait une langue fissurée avec de multiples ulcères douloureux caractérisés par un fond jaunâtre, et des bords bien délimités entourés d'un halo érythémateux, ainsi qu'une pigmentation irrégulière diffuse. De plus, il présentait une mélanonychie transversale pluri-dactylique sans épaissement ni atrophie unguéale. Le reste de l'examen n'a révélé aucune anomalie. Le patient ne prenait aucun autre médicament. Ces manifestations ont donc été attribuées à l'HU. Cependant, des examens de routine, y compris les taux de ferritine et de vitamine B12, ont été effectués et sont revenus normales. Une amélioration clinique a été obtenue en 2 semaines sous bains de bouche à la chlorhexidine, des gargarismes de corticostéroïdes, et réduction de la dose d'HU après concertation avec les hématologues.

Discussion :

Selon une étude récente, environ 8,3% des patients sous HU ont présenté des complications muco-cutanées, parmi lesquelles les aphtes buccaux étaient les plus fréquents. Ces ulcérations surviennent généralement entre 5 mois et 3 ans après l'initiation du traitement, surtout à des doses élevées. Néanmoins, des débuts plus précoces ont été rapportés. D'autres sites peuvent être atteints, comme le pharynx, le côlon ou les organes génitaux. En pratique clinique, la gestion des ulcérations orales induites par l'HU inclut souvent l'utilisation de bains de bouche à la chlorhexidine en association à des dermocorticoïdes. En cas de réponse insuffisante, la réduction des doses ou l'arrêt du médicament peuvent être envisagés. Deux autres complications sont fréquemment observées, à savoir l'hyperpigmentation de la langue qui peut revêtir différents aspects cliniques et toucher le reste de la cavité orale, et la mélanonychie qui est souvent transversale et pluri-dactylique, parfois associée à des macules pigmentées palmo-plantaires.

Conclusion :

La toxicité cutanée induite par l'HU peut provoquer de l'anxiété chez les patients et peut conduire à l'arrêt du traitement. L'éducation des patients avant l'initiation de l'HU pourrait contribuer à résoudre ce problème.

De plus, la reconnaissance précoce et précise de cette condition clinique peut éviter des investigations inutiles.

Toxicité cutanée et hématologique après injection du Méthotrexate chez un patient hémodialysé

H. Ammari, M.amraoui, T. Hanafi, J. El azhari, Y. Zemmez, R. Frikh, N. Hjira
Service de dermatologie, hôpital militaire d'instruction Mohammed V, Rabat

Introduction : Le Méthotrexate est un immunosuppresseur largement prescrit en dermatologie en raison de son efficacité et de son faible coût. Généralement bien toléré à faible dose. Nous rapportons un cas de toxicité cutanée, de leuco-neutropénie sévère après l'administration d'une faible dose unique de Méthotrexate chez un patient hémodialysé.

Observation : patient âgé de 59 ans, hémodialysé et diabétique. A reçu une injection de 10 mg de Méthotrexate pour une poussée de psoriasis, trois jours plus tard, il s'est présenté pour tableau fait de pharyngite, dysphagie et odynophagie, pour lequel il a été mis sous Amoxicilline-acide clavulanique. L'évolution a été marquée par l'apparition d'une chéilite, une stomatite, une pharyngite, des érosions buccales et des fosses nasales, des lésions érythémateuses violacées pourpres parsemées de pustules, douloureuses à la palpation, siégeant au niveau du dos et des paumes des mains évoluant vers une desquamation, et d'un placard érythémateux sensible au niveau des organes génitaux externes. La surface cutanée est estimée à 11%. Le tout évoluant dans un contexte d'altération d'état général et une fièvre chiffrée à 38,8 C⁰. L'étude histologique est compatible avec une nécrolyse épidermique toxique. Le SCORTEN est estimé à 4. La conduite à tenir était d'arrêter le Méthotrexate et de supplémenter le patient par 4 injections de folinate de calcium, 2 injections de filgrastim et des soins cutanés à base d'émollients neutres et de sérum bicarbonate pour bains de bouche. Le patient est décédé suite à un choc septique en réanimation.

Discussion : Le Méthotrexate à faible dose utilisé en dermatologie est bien toléré, et sa toxicité reste rare. La nécrolyse épidermique toxique (NET), l'éruption papuleuse, la vascularite, les érosions ou ulcérations des plaques psoriasiques, la dystrophie kératinocytaire, l'érythème polymorphe, Le syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse (DRESS) et la dermatite photosensible constituaient la majorité des réactions cutanées induites par le Méthotrexate. La toxicité cutanée et hématologique peut s'expliquer par le renouvellement cellulaire rapide de ces tissus. Les facteurs de risque de toxicité du Méthotrexate comprennent l'âge avancé, le surdosage de Méthotrexate, l'hypoalbuminémie, le dysfonctionnement rénal et les médicaments concomitants qui augmentent le taux de Méthotrexate dans l'organisme. Le traitement est basé sur l'arrêt immédiat du Méthotrexate, la supplémentation en acide folique, des soins cutanés adaptés avec des dermocorticoïdes.

Conclusions : La toxicité du Méthotrexate peut menacer le pronostic vital, même avec des faibles doses. D'où l'intérêt d'une grande prudence chez les terrains à risque.

TOXIDERMIE LICHENOÏDE : A PROPOS DE DEUX CAS.

N. Ait Abdelali¹, S. El Msayryb¹, S. Ait Oussous¹, H. El Halla¹, S. Bellasri¹, M.A. Aouzal¹,
F. Ait Elhadj², Y. Khabal², R. Chakiri¹

¹ Département de Dermatologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie d'Agadir,
Université Ibn Zohr, Agadir, Maroc.

² Département de Pharmacologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie d'Agadir,
Université Ibn Zohr, Agadir, Maroc.

Introduction :

Les toxidermies lichénoïdes sont des réactions médicamenteuses rares, dont le diagnostic et l'imputabilité médicamenteuse sont souvent difficiles à établir.

Nous rapportons deux cas de toxidermies lichénoïdes survenues suite à la prise du fébuxostat et de trastuzumab.

Observation 1 :

Une femme de 47 ans, ayant comme antécédents médicaux, un diabète sous antidiabétiques oraux depuis 3 mois, une hypertension artérielle sous bêtabloquants depuis 18 ans et sous association des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II avec un diurétique depuis 4 ans, une goutte traitée initialement par Allopurinol depuis 7 ans, puis mise sous fébuxostat depuis 2 ans. La patiente a été adressée dans notre formation pour la prise en charge d'une éruption cutanée papuleuse prurigineuse diffuse apparue 1 an et demi après la prise de fébuxostat. La patiente a repris l'allopurinol depuis 6 mois.

L'examen physique a révélé des papules érythémato squameuses au niveau du visage, des membres inférieurs et les membres supérieurs. A la dermoscopie, on notait la présence de stries de Wickham, un réseau pigmenté, un érythème de fond et des squames fines.

Une biopsie cutanée a été faite confirmant le diagnostic d'une toxidermie lichénoïde montrant un épiderme hyperacanthosique, surmonté d'une hyperkératose, la présence de quelques nécroses kératinocytaires, une basale siège de lésions lichénoïdes avec vacuolisation. Le derme superficiel abrite un infiltrat inflammatoire modéré de nature lymphocytaire associé à quelques polynucléaires éosinophiles.

Les investigations en pharmacovigilance ont confirmé que le fébuxostat était le médicament incriminé.

La patiente a été perdue de vue. Deux mois plus tard, elle a été revue avec une régression spontanée de l'éruption, malgré l'absence d'application de dermocorticoïdes.

Observation 2 :

Une femme de 61 ans, ayant comme antécédents pathologiques une hypertension artérielle et une cardiopathie mise sous Amlodipine et Losartan, Aspirine, Simvastatine et Fumarate de Bisprolol depuis cinq ans, une maladie de Crohn traitée par Mésalazine depuis quatre ans, elle a reçu initialement pour sa néoplasie du sein des cures de chimiothérapie, puis une mastectomie et une radiothérapie.

Elle s'est présentée pour une éruption cutanée papuleuse et prurigineuse survenant 2 mois après l'administration de Trastuzumab. L'examen dermatologique a révélé des papules érythémato-squameuses avec un placard pigmenté au niveau du tronc, dos, des membres supérieurs et

inférieurs, associées à des érosions, une alopecie, une onychodystrophie et des ulcères périanaux dans le cadre de sa maladie de Crohn. La dermoscopie a montré les stries de Wickham, un réseau pigmenté, un érythème de fond, des squames fines et des vaisseaux en points. La biopsie cutanée a confirmé une toxidermie lichénoïde par la présence d'un épiderme spongiotique avec une exocytose lymphocytaire et des modifications lichénoïdes de la couche basale de l'épiderme, notamment une dermatite d'interface, une vacuolisation et une incontinence pigmentaire. Les investigations de la pharmacovigilance ont confirmé que le Trastuzumab était le médicament incriminé.

La patiente a été traitée par une crème hydratante topique, un antihistaminique et des corticostéroïdes topiques avec une régression complète de l'éruption après 15 jours d'arrêt du Trastuzumab.

Discussion :

La toxidermie lichénoïde, également appelée lichen plan médicamenteux, est un effet indésirable cutané rare associé à plusieurs médicaments. Les réactions lichénoïdes sont désormais bien documentées pour divers médicaments systémiques.

Le fébuxostat est un inhibiteur sélectif de la xanthine oxydase, principalement utilisé dans le traitement de l'hyperuricémie associée à la goutte.

Le trastuzumab, un anticorps recombinant ciblant HER2, a été le premier médicament biologique approuvé pour le traitement du cancer du sein HER2-positif. Le trastuzumab a été associé au développement d'une éruption cutanée, bien que moins fréquemment que d'autres inhibiteurs du récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR). Généralement, elle est décrite dans un phénotype papulopustuleux.

Par ailleurs, l'analyse de la base de données mondiale de l'OMS (Vigibase) ne montre que 5 cas rapportés d'association Trastuzumab et kératose lichénoïde parmi 6801 cas de réactions cutanées rapportés. Cependant, le fébuxostat n'a jamais été rapporté comme médicament déclencheur. Il est généralement administré comme traitement alternatif à l'allopurinol en cas d'intolérance à ce dernier.

La toxidermie lichénoïde se caractérise par une éruption symétrique de papules érythémateuses ou violacées à sommet plat, ressemblant au lichen plan, sur le tronc et les extrémités. Le délai entre l'administration du médicament incriminé et l'apparition des lésions cutanées peut varier de quelques semaines à plusieurs années et dépend de la classe du médicament, de la dose, de la réaction de l'hôte et des médicaments concomitants. La réaction lichénoïde et le lichen plan ne présentent pas de différences à l'histologie, ce qui rend une anamnèse détaillée d'autant plus essentielle.

Le traitement repose essentiellement sur l'arrêt du médicament incriminé. Il peut inclure des corticostéroïdes topiques ou systémiques en fonction de la sévérité.

Conclusion :

Nous rapportons le cas de deux patientes ayant développé une toxidermie lichénoïde, survenue respectivement après la prise de fébuxostat et de trastuzumab. Ces cas soulignent l'importance d'une anamnèse approfondie et d'une surveillance rigoureuse dans la prise en charge des effets indésirables médicamenteux.

Toxidermie lichénoïde pigmentogène à l'insuline : à propos d'un cas

Z.Loubaris ; K.Khachani ; N. Ismaili ; L. Benzekri ; K. Senouci; M. Meziane

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

Introduction

La prévalence et l'incidence du diabète se sont régulièrement accrues, et les indications de l'insulinothérapie se sont élargies. Depuis son introduction, les toxidermies secondaires à l'insuline sont très peu rapportées dans la littérature. Nous rapportons un cas de toxidermie lichénoïde pigmentogène secondaire à la prise d'insuline à action intermédiaire.

Observation

Une femme âgée de 42 ans, diabétique depuis 12 ans, mise sous insuline d'action intermédiaire depuis 1 an, rapporte l'apparition d'une éruption cutanée hyperpigmentée, modérément prurigineuse, 2 mois après le début d'injection de l'insuline, l'état général était parfaitement conservé. L'examen dermatologique notait la présence de lésions papuleuses érythémateuses, dont certaines étaient brillantes à jour frisant au niveau des membres, ainsi que des lésions maculeuses hyperpigmentées confluentes localisées au niveau du visage, cou, mains et pieds. L'examen des muqueuses était sans anomalies. La biopsie cutanée confirmait le diagnostic de toxidermie lichénoïde.

Discussion

Les effets secondaires cutanés de l'insuline sont fréquents et se produisent chez plusieurs patients dans beaucoup de séries rapportées. Les effets secondaires cutanés les plus rapportés sont les réactions allergiques aux sites d'injection, la lipodystrophie, la lipoatrophie et les infections cutanées, plus rarement les hyperpigmentations, cependant les toxidermies lichénoïdes sont exceptionnelles. Jusqu'à présent, aucun cas de toxidermie lichénoïde pigmentogène à l'insuline n'a été rapporté dans la littérature. Chez notre patiente, cette éruption a nécessité le changement du type d'insuline qui a induit cette toxidermie, ce qui a permis en plus d'un traitement topique d'améliorer l'aspect clinique et de prévenir les complications.

Conclusion

Les toxidermies lichénoïdes à l'insuline sont exceptionnelles. Nous décrivons le premier cas de toxidermie lichénoïde pigmentogène à l'insuline, confirmée par biopsie cutanée.

Toxidermies lichénoïdes sous inhibiteurs de protéine kinase

I.Hachani*, O. Eljouari*, S. Gallouj*.

* Service de dermatologie et vénéréologie, centre hospitalier universitaire Mohammed VI, Faculté de médecine et de pharmacie de Tanger

Introduction :

Les toxidermies représentent l'effet indésirable le plus fréquent des inhibiteurs des protéine kinase, le plus souvent bénigne, de type exanthème maculo-papuleux.

Nous rapportons le cas d'une dermatose lichénoïde induite par un inhibiteur des kinases 4 et 6 dépendantes des cyclines (cyclin-dependent kinases 4 and 6, CDK) le Palbociclib.

Observation :

Notre patiente âgée de 49 ans, suivie pour un carcinome mammaire du sein droit luminal depuis 1an ayant bénéficié d'une mastectomie type Patey et mise sous tamoxifène, switcher ensuite par la combinaison Grosereline et Letrozole, puis mise sous Palbociclib depuis 14 jours, consultait pour une éruption cutanée diffuse prurigineuse apparue 7 jours après l'introduction du Palbociclib.

L'examen a objectivé des papules folliculaires kératosiques généralisées sur le corps, une raréfaction de la pilosité du corps et des sourcils et une diminution de la densité des cheveux.

La trichoscopie a montré une disparition des orifices folliculaires et une desquamation péripilaire.

Le diagnostic de toxidermie type kératose pileuse et LPP sous Palbociclib a été retenu.

Discussion :

Les toxidermie lichénoïdes sous inhibiteur des kinases 4 et 6 dépendantes des cyclines sont rares avec environ 7 cas publiées, le délai entre l'introduction du traitement et l'apparition des lésions ont permis d'incriminer la molécule.

Les manifestations pileuses peuvent s'expliquer par une atteinte spécifique du follicule pileux en inhibant les tyrosines kinases qui s'y présentent. Des réactions de type kératose pileuse ont été décrites.

Notre cas se distingue par l'association de diverses manifestations résultant de l'atteinte du follicule pileux.

Conclusion :

Les cliniciens doivent être conscients de ces éruptions inhabituelles qui pourraient menacer l'observance thérapeutique.

Toxidermies lichénoïdes sous inhibiteurs des tyrosines kinases : un effet indésirable à ne pas méconnaître

Maryam Ghaleb ,Ouiame Eljouari, Salim Gallowj

*Service de dermatologie et vénérologie , centre hospitalier universitaire Mohammed VI,
Faculté de médecine et de pharmacie de Tanger*

Introduction :

Les toxidermies constituent le principal effet indésirable des inhibiteurs de tyrosine kinase (ITK). Elles sont le plus souvent bénignes principalement à type exanthème maculo-papuleux. Nous rapportons un cas de dermatose lichénoïde induite par l'imatinib et un cas de Lichen plan pialire (LPP) sous nilotinib.

Observation :

Une patient de 60 ans, suivi pour leucémie myéloïde chronique (LMC) depuis 7 ans sous imatinib 200mg/jr, puis switcher vers Tasigna 200mg 4 cp par jour il y a 10 jours., consultait pour une éruption cutanée diffuse prurigineuse. L'examen a montré des papules folliculaires kératosiques touchant tout le tégument, une raréfaction de la pilosité des sourcils et des aisselles, une plaque d'alopécie cicatricielle avec squames périfolliculaires au vertex et un recul de la ligne d'implantation frontale. La trichoscopie a montré une disparition des orifices folliculaires et une desquamation péri-pilaire. Le diagnostic de toxidermie type kératose pilaire et LPP sous nilotinib a été porté. La substitution du traitement n'était pas possible. Une légère amélioration était obtenue sous émollients.

Discussion :

Les toxidermies lichénoïdes sous imatinib sont rares avec environ 31 cas publiés. La corrélation chronologique entre l'introduction du médicament et l'apparition de l'éruption ainsi que l'amélioration après réduction de la dose ont permis d'incriminer l'imatinib. Les toxidermies sous nilotinib se distinguent par l'atteinte spécifique du follicule pileux (FP) qui serait due à son spectre d'action plus large inhibant les tyrosines kinases présentes dans les FP. Des réactions type kératose pilaire, LPP, alopecie des sourcils des aisselles et du pubis ont été rapportées. Notre cas se distingue par l'association de ces diverses manifestations et par un aspect d'alopécie frontale fibrosante qui n'a pas été jusqu'aujourd'hui rapporté.

Conclusion :

Les cliniciens doivent être conscients de ces éruptions inhabituelles sous les ITK qui pourraient menacer l'observance thérapeutique.

Un cas de DRESS à l'apalutamide compliqué d'hypocalcémie sévère

Introduction:

Le syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse ou DRESS est une toxidermie grave par son atteinte systémique. De rares cas déclenchés par les inhibiteurs du récepteur aux anti androgènes ont été décrits dans la littérature. Nous rapportons un cas de DRESS à l'apalutamide, compliqué par une hypocalcémie sévère.

Observation :

Un patient de 71 ans ayant comme antécédent une thyroïdectomie totale et un adénocarcinome de la prostate avec métastase osseuse sous radiothérapie et hormonothérapie a été hospitalisé pour une éruption cutanée fébrile apparue 6 semaines après le début du traitement par apalutamide. L'examen clinique a montré un exanthème maculopapuleux infiltré généralisé, associé à des polyadénopathies axillaires, une conjonctivite, et une fièvre chiffrée à 39,5°C. Il n'a pas été noté de décollement cutané, ni de bulles ni de nécrose. L'évolution a été marquée par la persistance de la fièvre et l'apparition de lésions purpuriques au niveau des membres inférieurs et supérieurs. Le bilan biologique a mis en évidence une hyperéosinophilie à 2100/mm³, une lymphopénie (450/mm³), une CRP élevée (120mg/L), associée à une cytolyse hépatique. L'albumine et la fonction rénale étaient normales. Par ailleurs il a été noté une hypocalcémie sévère à 1,4mmol initialement normale, une hypovitaminose D, une hypocalciurie, avec un taux de parathormone normal. Une biopsie cutanée était en faveur d'une toxidermie, sans signe de vascularite. Le diagnostic de Dress a été retenu avec un score REGISCAR de 6. Le traitement par apalutamide était suspendu. Le patient a été mis sous corticothérapie 1mg/kg/j, des antihistaminiques et une supplémentation intraveineuse et orale en calcium, avec une évolution favorable.

Discussion :

Notre cas est particulièrement intéressant en raison de l'apparition d'une hypocalcémie profonde, une complication peu décrite au cours du DRESS. Sa physiopathologie est mal élucidée et requiert des investigations approfondies. Les causes d'hypocalcémie sont variables (carences alimentaires, malabsorption digestive, insuffisance rénale, hypoparathyroïdie, certains médicaments...). Elles peuvent inclure également le syndrome de l'os avide, cause métabolique rare de l'hypocalcémie pouvant survenir dans les métastases ostéoblastiques du cancer de la prostate. Cette hypothèse a été discutée chez notre patient du fait de l'absence des autres étiologies.

Conclusion :

Notre cas souligne l'intérêt d'être vigilant par rapport à la survenue de l'hypocalcémie au cours du DRESS et la nécessité d'études approfondies pour mieux comprendre son mécanisme.

Psoriasis

Case report: Generalised pustular psoriasis and liver disease

H. EL HASSANI TAIB, S. HAMADA, M. EL MOUSTAOU, N. AMMAR, M. MEZIANE, N. ISMAILI, L. BENZEKRI, K. SENOUCI, Dermatology Department, Ibn Sina University Hospital Center, Rabat, Morocco.

Introduction & Objectives:

Generalised pustular psoriasis (GPP) is a rare and severe form of pustular psoriasis. GPP is defined as persistent or recurrent macroscopically visible primary sterile pustules occurring on non-acral skin and outside plaques of psoriasis. And generalized pustular psoriasis can be associated with extracutaneous manifestations, including liver, pancreatic and gastrointestinal disorders. This case report highlights liver involvement in pustular psoriasis.

Case report:

Our patient presented to the dermatology department with generalized pustular psoriasis who has received various treatments: acitretin , isotretinoin , methotrexate (cumulative dose at a 1925 mg) with no improvement and cholestatic liver disease of unknown origin.

The liver serology and autoimmunity tests were negative. Bili MRI was done, which showed dilation of the intrahepatic bile ducts and the common bile duct upstream of a parietal thickening of the lower bile duct whose morphological criteria are compatible with periductal infiltration. A liver biopsy was done which revealed chronic active hepatitis without fibrosis (Metavir score A1F0) with an inflammatory infiltrate of neutrophils with a few lymphocytes and eosinophils.

Discussion: Generalised pustular psoriasis (GPP) is characterised by its cutaneous manifestations. However, it has been associated with multiple gastrointestinal and liver disorders. The hepatic manifestations described in the literature include neutrophilic cholangitis, hepatic steatosis, viral hepatitis B and C, hepatocellular carcinoma and hepatic toxicities associated with the treatments taken by the patient. Neutrophilic cholangitis is a recognised extracutaneous manifestation of GPP. The patient may present with cholestasis and a cholangitis-like syndrome. Abdominal ultrasound, abdominal CT scan and magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP) may show dilatation of the intrahepatic bile ducts consistent with cholangitis, and exclude biliary obstruction by gallstones. Biliary strictures may be noted on endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) and MRCP. However, abdominal ultrasound and endoscopic biliary ultrasound may also be normal. Liver biopsy is useful for the formal diagnosis of neutrophilic cholangitis. Histology, characterised by an infiltrate of polymorphonuclear leukocytes, has been observed in the portal connective tissue and in the epithelial layer of the interlobular bile ducts. Liver biopsy may be normal when performed after remission of GPP.

Conclusion: Generalised pustular psoriasis is characterised by its cutaneous manifestations. However, it has been associated with multiple gastrointestinal and liver disorders. The hepatic manifestations described in the literature include neutrophilic cholangitis, hepatic steatosis, viral hepatitis B and C, hepatocellular carcinoma and hepatic toxicities associated with the treatments taken by the patient.

Pustular psoriasis of pregnancy

Introduction & Objectives:

pustular psoriasis of pregnancy or Impetigo herpetiformis (IH) is a rare gravidic dermatosis that occurs mainly during the third trimester of pregnancy and usually disappears after delivery.

We report the case of our patient who presented 2 episodes of pustulosis, one in each pregnancy, with a total remission after the 1st delivery, a partial remission after the 2nd delivery, then reappearance of the condition 5 months later in POST PARTUM , successfully treated with acitretin and phototherapy

Case presentation:

This is a 40-year-old patient with a history of recurrent pustular psoriasis of pregnancy , in two successive pregnancies without any abnormal biological findings, she was placed on oral corticosteroid therapy, prednisolone 60 mg and a DC-based preparation, with partial remission after parturition.

The patient was admitted 5 months post-partum with a similar clinical presentation, and aggravated symptoms and generalized pustulosis

Our approach was to perform a laboratory examination consisting of CBC with normal platelet count, normal calcium, CRP elevated to 67 mg/dl, thyroid panel, liver, lipid, renal and glycemic panel, and protein levels were normal.

A skin biopsy was performed and showed histological signs of pustular psoriasis

The results from the immunohistochemistry tests were all negative. The bacteriological sampling of pustules was sterile. Based on these findings, the diagnosis of pustular psoriasis of pregnancy that persisted in the postpartum was accepted. The patient was then started on a regimen of acitretin 25 mg daily, with phototherapy sessions

The patient's condition improved significantly, with complete resolution of the lesions observed after two months of treatment. No new lesions emerged after three months of therapy.

Conclusion:

Pustular psoriasis of pregnancy is a rare dermatosis of pregnant women. It constitutes a diagnostic and therapeutic emergency, and there is yet no codified treatment for this condition. However, several therapeutic strategies have demonstrated their efficacy, notably phototherapy and acitretin, which can be used postpartum. However, there are several disadvantages to this approach, including the contraindication with breastfeeding and the need for effective contraception

Psoriasis pustuleux et hidrosadénite suppurative sous sécukinumab

N.Er-rachdy¹, O.Essadeq¹, S.Hamada¹, N.Ismaili¹, M.Meziane¹, L.Benzekri¹, K.Senouci¹

¹Service de dermatologie, Université Mohamed V de Rabat, Hôpital universitaire Ibn Sina, Maroc

Introduction :

L'hidradénite suppurée et le psoriasis sont considérés comme des maladies inflammatoires chroniques, ce qui suggère l'existence de voies pathogéniques communes. Les thérapies par anticorps monoclonaux ont révolutionné le traitement des troubles inflammatoires chroniques tels que le psoriasis et l'hidradénite suppurée. Nous présentons un cas de psoriasis pustuleux et d'hidradénite suppurée comorbides, traité par anti-IL17 =sécukinumab avec bonne amélioration.

Observation :

Il s'agit d'un patient de 47 ans, ATCD= Albinisme oculocutané, Cardiaque sous traitement, diabétique sous régime seul. Il est suivi pour psoriasis depuis l'âge de 14 ans, traité initialement par divers protocoles (préparation à base de dermocorticoïdes, MTX, acitrétine) avec une amélioration partielle. Il s'est présenté pour une poussée généralisée de psoriasis pustuleux.

Par ailleurs notion de Maladie de Verneuil ou hidradénite suppurée stade II avec 4 poussées par an, faites d'abcès récidivants avec fistules et issue de pus. A l'examen : pas de lésions actives, cicatrices au niveau des plis axillaires et de la nuque et des cicatrices au niveau des plis inguinaux avec un petit nodule ferme sans issue de pus.

La décision thérapeutique était de mettre le patient sous anti-IL17 = sécukinumab avec une amélioration spectaculaire de son psoriasis et le patient n'a fait qu'une seule poussée d'hidradénite suppurée sur une période de 10 mois.

Discussion :

Les voies de l'IL-17 sont impliquées dans la physiopathologie de nombreuses affections cutanées inflammatoires, dont l'hidradénite suppurée. Le sécukinumab, un inhibiteur de l'IL-17A, est utilisé depuis des années dans les maladies inflammatoires de la peau telles que le psoriasis. À ce jour, le seul médicament approuvé par la FDA américaine pour l'hidradénite suppurée est l'adalimumab, un inhibiteur du TNF- α . Récemment, le sécukinumab a montré des résultats prometteurs dans le traitement de l'hidradénite suppurée lors des essais cliniques.

Conclusion :

Le sécukinumab est un agent biologique qui agit sélectivement sur l'interleukine 17 (IL-17). A ce jour, plusieurs études cliniques confirment son efficacité dans la prise en charge du psoriasis en plaques, du rhumatisme psoriasique, de la spondylarthrite ankylosante et même pour l'hidradénite suppurée. Étant donné la bonne réponse clinique aux agents anti-IL-17 chez les patients traités pour le psoriasis et l'hidradénite, les recherches dans cette direction pourraient représenter le point de départ d'une nouvelle approche thérapeutique pour un traitement révolutionnaire de ces maladies difficiles à traiter.

Psoriasis pustuleux généralisé et hypocalcémie sévère

H.ZOUAKI, F. HALI, B.BAGHAD, S. CHIHEB

Service de Dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction

Le psoriasis est une dermatose érythémato-squameuse fréquente d'évolution chronique. Elle est le plus souvent bénigne. C'est une maladie auto-immune dont l'étiologie est mal connue. La forme pustuleuse généralisée reste une forme rare mais sévère qui peut engager le pronostic vital. L'hypocalcémie peut être un facteur déclenchant cette forme. Cette association reste moins fréquente. Nous rapportons l'observation d'une patiente présentant un psoriasis pustuleux généralisé associé à une hypocalcémie profonde.

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 35 ans, suivie pour psoriasis cutané vulgaire depuis 7 ans et une polyarthrite rhumatoïde depuis 5 ans, et qui présentait depuis une semaine une éruption pustuleuse généralisée associée à des troubles neurologiques à type de fourmillement. L'examen clinique retrouvait des lésions érythémateuses surmontées de pustules non folliculaires touchant le tronc, le dos, le visage, les avant-bras, les mains et les fesses avec espace de peau saine, des lésions érythémato-squameuses en regard des coudes, les deux genoux et la face d'extension des jambes, avec une surface cutanée atteinte estimée à 40%, un signe de bougie et de la rosée sanglante positifs, un score de PASI de 18,5 et de DLQI de 19, des paresthésies péribuccales et des extrémités avec un signe de Chvostek positif. Au bilan biologique, elle présentait une hypocalcémie corrigée profonde à 50mg/l, une hyperphosphorémie, une hypocalciurie et une hypophosphaturie, une hypovitaminose D, une magnésémie normale et une parathormone normale. L'ECG a révélé un allongement de l'espace QT. La TDM cérébrale ne révélait pas un syndrome de FAHR. Une correction de l'hypocalcémie a été indiquée, associée à une supplémentation en vitamine D et magnésium, un traitement local à base de dermocorticoïde. L'évolution était bonne. Une biothérapie à base de Sécukinumab a été proposée.

Discussion Le psoriasis est une maladie chronique touchant la peau. Il existe plusieurs formes cliniques mais la forme pustuleuse reste rarement rapportée. Notre observation a illustré un cas de psoriasis pustuleux généralisé associé à une hypocalcémie sévère. C'est une association rarement rapportée. Le tableau a été amélioré par la supplémentation en calcium et en vitamine D avec régression spectaculaire des lésions dermatologiques après la correction de la calcémie. Les causes de l'hypocalcémie sont variables (une hypoparathyroïdie post-chirurgicale, ou idiopathique, auto-immune, malabsorption, ...). Il paraît que l'hypocalcémie est responsable de la pustulose puisque sa correction est associée à une guérison de la maladie.

Conclusion

La reconnaissance du diagnostic et le traitement précoce est essentiel pour l'amélioration clinique et la prévention des complications potentiellement graves de cette dermatose.

Quand les traitements antituberculeux déclenchent le psoriasis : un cas unique

BEN KRAIEM Y1 , TAOUNZA H1, ISMAILI N1 , HAMADA S1, BENZEKRI L1 ,
,MEZIANE M1 , AMMAR N1, SENOUCI K1

1 Département de dermatologie, Université Mohammed V de Rabat, Hôpital universitaire Ibn Sina, Maroc

Introduction : Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique qui peut être induite par plusieurs médicaments pouvant provoquer de nouvelles lésions sans antécédents personnels ou familiaux de psoriasis. Un seul cas d'éruption psoriasiforme induite par les antituberculeux a été rapporté dans la littérature jusqu'à présent. Nous rapportons ici le deuxième cas d'un psoriasis induit par les antituberculeux.

Observation : Il s'agit d'un patient de 47 ans, sans antécédents personnels ni familiaux de psoriasis, suivi pour une tuberculose pulmonaire confirmée sur un prélèvement bactériologique. Le patient a été mis sous un traitement anti tuberculeux. 15 jours après le début du traitement, il a présenté des lésions érythémato-squameuses prurigineuses au niveau de l'abdomen et des zones bastions sans autres signes associés. L'examen dermoscopique avait montré des vaisseaux en points avec des squames ce qui est en faveur du psoriasis. Le diagnostic du psoriasis induit par les anti tuberculeux a été retenu avec la confirmation du centre de pharmacovigilance. Le patient a été mis sous un traitement symptomatique local avec une bonne amélioration sur le plan cutané.

Discussion : Le cas que nous présentons met en lumière un phénomène rare mais important : le psoriasis induit par les médicaments antituberculeux. Les bêta-bloquants, les antipaludiques de synthèse, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), le lithium, la digoxine, les cyclines et les anti TNF sont les principaux médicaments qui peuvent induire un psoriasis. En ce qui concerne les effets indésirables cutanés courants des médicaments antituberculeux, on trouve l'éruption morbilliforme, l'urticaire, l'éruption médicamenteuse lichénoïde, la dermatite exfoliative, l'hyperpigmentation, l'éruption médicamenteuse de type érythème polymorphe et le syndrome de Stevens-Johnson. Mais, l'éruption psoriasiforme est très rarement décrite. Le mécanisme sous-jacent du psoriasis induit par les médicaments reste incertain, bien que plusieurs interactions immunologiques aient été proposées.

Conclusion : Notre cas met en évidence un lien potentiel entre les traitements antituberculeux et le psoriasis, suggérant que les cliniciens doivent rester vigilants quant aux réactions cutanées atypiques lors de ces traitements.

Prévalence du psoriasis articulaire chez les patients atteints de psoriasis cutané :Expérience du service de dermatologie CHU Hassan II

G.Gmira, S.Elloudi, A.Zaim, Z.Douhi, M.Soughi, H.Baybay, FZ. Mernissi
Service de Dermatologie CHU HASSAN II, Fès, Maroc

Introduction

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique multi-systémique qui touche environ 0,1 à 1,5 % de la population mondiale. L'atteinte articulaire peut être retrouvée chez jusqu'à 40% des patients en association avec l'atteinte cutanée.

Le cuir chevelu, les ongles et la région inter-fessières sont les localisations cutanées les plus fréquemment retrouvées.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétro-prospective descriptive du psoriasis associé à une atteinte articulaire depuis janvier 2011 à Mai 2024 menée au sein de notre service.

Résultats :

Parmi 930 patients suivis pour psoriasis dans notre service la prévalence de l'atteinte articulaire était de 10% (soit 94 patients). La moyenne d'âge était de 49,7% avec des extrêmes d'âge entre 6 et 89 ans, la prédominance était féminine à 67% (soit 63 femmes) avec un sex-ratio de 63F/31H. 7 cas avaient un antécédent familial de psoriasis.

80 patients (85%) présentaient un psoriasis en plaques, 4 un psoriasis en goutte, 5 se présentaient en érythrodermie, 3 un psoriasis pustuleux et 1 un psoriasis inversé.

54 cas avaient une atteinte au niveau du tronc et des membres (soit 57%), vient ensuite l'atteinte des coudes et genoux exclusive retrouvée chez 19 patients (20%), 6 avaient une atteinte diffuse du corps et 1 patient présentait une atteinte sacrée seule. L'atteinte du cuir chevelu était retrouvée chez 59 patients (62%) dont 5 l'atteinte était exclusive, l'atteinte unguéale chez 55 cas (58%), et 22 cas avaient une atteinte palmoplantaire (23%). 54 patients avaient une forme cutanée légère, 21 une forme sévère et chez 19 cas l'atteinte était modérée. L'atteinte articulaire a été découverte après l'atteinte cutanée chez 65 patients (71%), elle a précédé l'atteinte cutanée chez 18 cas et est apparue de façon concomitante chez 8 patients. 41 patients présentaient une atteinte articulaire mixte (45%), chez 37 l'atteinte était périphérique et 16 cas avaient une atteinte axiale. Le syndrome métabolique a été recherché chez tous nos malades et a été retrouvé chez 11 patients. La prise en charge thérapeutique se faisait en concertation avec les rhumatologues, 56 patients étaient mis sous traitement systémique (Méthotrexate, anti TNF, ou biothérapie) et 38 cas sous traitement cutané topique ou photothérapie en association à un traitement symptomatique pour l'atteinte articulaire.

Discussion :

La prévalence de l'atteinte articulaire chez nos patients était inférieure à la prévalence mondiale. Le sexe féminin était légèrement prédominant. La localisation au niveau du tronc et des membres était la plus fréquente et plus de la moitié de nos patients ont eu une atteinte du cuir chevelu et unguéale de façon exclusive ou associée à d'autres localisations. Bien que l'atteinte cutanée ait précédé l'atteinte articulaire chez la majorité des patients, chez une minorité de patients l'atteinte articulaire avait précédé les lésions cutanées.

Conclusion :

La prévalence dans notre région reste inférieure à la prévalence mondiale. L'atteinte articulaire peut exister même avec des formes légères de psoriasis cutanée d'où l'intérêt de sa rechercher chez tous les patients. Le traitement doit être prescrit en concertation avec les rhumatologues.

References :

1: Prevalence of psoriatic arthritis among patients with plaque psoriasis: a Brazilian retrospective study Shirley Braga Lima Gamonal^I, Aloisio Carlos Couri Gamonal^{II}, Marcos Antônio Fernandes Brandão^{III}, Laura Andrade Junqueira^{IV}, Pollyana Mendonça de Assis^V, Nádia Rezende Barbosa Raposo^{VI} Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora (MG), Brazil

2: Exploring the Association Between History of Psoriasis (PSO) and Disease Activity in Patients with Psoriatic Arthritis (PsA) Shan-Shan Li · Na Du · Shi-Hao He · Xu Liang · Tian-Fang Li

Coexistence Rare du Psoriasis et du Sarcome de Kaposi : Analyse d'un Cas et Revue des Mécanismes Sous-jacents

K.Bennani, O.El Jouari, M.El Bekkali, S.Gallouj

Service de dermatologie-vénérologie, CHU Med VI, Tanger

Introduction : Le psoriasis et le sarcome de Kaposi sont deux pathologies cutanées distinctes qui n'ont pas de lien pathologique direct, mais peuvent se manifester simultanément dans des contextes spécifiques. Le psoriasis est une maladie auto-immune chronique caractérisée par des plaques rouges squameuses, tandis que le sarcome de Kaposi est un cancer lié à l'infection par le virus de l'herpès humain 8 (HHV-8), souvent observé chez les personnes immunodéprimées, notamment celles vivant avec le VIH.

Observation : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 43 ans ayant comme antécédents un psoriasis traité depuis 2007 sous préparation à base de dermocorticoïde puis methotrexate arrêté par son propre grès. Le patient fut hospitalisé dans notre service pour apparition d'une tumefaction papulo nodulaires, erythemato violacées surmonté de croûtes jaunâtres par endroit, sans infiltration oedémateuse, siegeant au niveau des faces d'extension des 2 bras et des 2 jambes avec la presence de pustules jaunâtres de petites tailles reposant sur un fond erythémateux distribué sur tout le corps et surmontés de squames jaunâtres. Le patient présentait une erythrodermie avec un erytheme vif et des quames épaisses au niveau du tronc et des squames fines au niveau du visage Un bilan biologique a été réalisé objectivant une hyperleucocytose Une biopsie avec étude immunohistochimique au niveau des lésions nodulaires ont été réalisées revenant en faveur d'un sarcome de kaposi avec Ac anti HHV8 positif et Ac anti CD34 positif. Une biopsie au niveau de l'erythrodermie a été réalisée revenant en faveur d'un psoriasis .Le diagnostic de kaposi sur psoriasis a été retenu.Le patient a donc bénéficié d'un bilan pré chimiothérapie et a reçu 6 cures de Paclitaxel. Le patient s'est amélioré depuis le temps et a repris une vie normale

Discussion : Ce cas illustre une association rare entre le psoriasis et le sarcome de Kaposi, deux pathologies cutanées d'étiologies distinctes. Le psoriasis est une maladie auto-immune chronique qui provoque une hyperprolifération des kératinocytes, conduisant à des lésions squameuses érythémateuses. Le sarcome de Kaposi, quant à lui, est une tumeur vasculaire maligne liée à l'infection par le virus de l'herpès humain de type 8 (HHV-8), souvent observée

chez les patients immunodéprimés, bien que dans ce cas, le patient n'ait pas d'immunosuppression connue ou diagnostiquée. Le lien entre ces deux pathologies reste incertain, mais plusieurs facteurs pourraient expliquer leur coexistence. Tout d'abord, le patient avait interrompu son traitement au méthotrexate, ce qui pourrait avoir contribué à une exacerbation de son psoriasis et à la manifestation d'une érythrodermie. Il est important de noter que les patients atteints de psoriasis nécessitent souvent des traitements immunomodulateurs ou immunosuppresseurs pour contrôler la maladie. Cependant, l'arrêt du méthotrexate, un médicament immunosuppresseur, n'a pas prévenu l'apparition du sarcome de Kaposi dans ce cas.

Conclusion : Bien que rare, l'apparition simultanée du psoriasis et du sarcome de Kaposi est un risque à considérer chez les patients immunodéprimés. Une surveillance médicale régulière est essentielle pour ces patients afin de prévenir ou de détecter précocement toute complication.

Le psoriasis : profil épidémiologique-clinique, thérapeutique et évolutif. Expérience du service de Dermatologie du CHU Hassan II, Fès.

G. Gmira, S. Elloudi, Z. Aqasbi, Z. Douhi, M. Soughi, H. Baybay, FZ. Mernissi
Service de Dermatologie CHU HASSAN II, Fès, Maroc

Introduction :

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique évoluant par poussées-rémissions pouvant survenir à n'importe quel âge et faisant intervenir des facteurs génétiques, immunologiques et environnementaux.

Selon l'organisation mondiale de la santé La prévalence du psoriasis à l'échelle mondiale est d'environ 2 %, près des deux tiers des personnes souffrant de psoriasis ont moins de 3 % de la surface cutanée atteinte, mais d'autres présentent des formes plus sévères avec des zones touchées plus étendues.

Matériel et méthodes :

Étude rétrospective descriptive menée au sein du service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès rassemblant tous les cas de psoriasis depuis 2011 jusqu'à Avril 2024

Résultats :

Nous avons colligé 930 cas de psoriasis suivi dans notre service. L'âge moyen de nos patients était de 33 ans avec comme extrême d'âges 7 mois et 93ans avec prédominance féminine sex ratio de 374H/ 555F =0.67

Les enfants présentaient 19% de l'ensemble des patients (180)

La forme clinique la plus fréquente était le psoriasis en plaques 518 patients (soit 72.9%) vient ensuite le psoriasis en gouttes 57 patients (8.6%) et 25 patients présentaient un psoriasis du cuir chevelu seul (soit 3.8%), 150 patients (soit 16.1%) avait une atteinte palmo-plantaire seul ou associé a d'autre formes et l'atteinte unguéale était présente chez 235 patients (31%)

L'atteinte articulaire a été trouvé chez 10.5% des patients

La forme légère était la plus fréquente 85.2% suivi de la forme modéré 8.4% puis la forme sévère 6.1%.

Le traitement topique était le plus utilisé (dermocorticoïdes seuls ou associés aux analogues de la vitamine D) chez 810 patients (soit 89.1%) 43 patients (4.7%) ont bénéficié d'un traitement par photothérapie (Localisée ou généralisée)

46 patients (5%) ont été mis sous traitement systémique (par Méthotrexate , Acitrétine ou Cyclosporine (1 patiente))

21 patients sont actuellement sous biothérapie (0.018%) : 11 patients sous Cosentyx et 7 patients sous Stelara 1 patient sous Remicade (prescrit par les gastrologues suite à une association avec la maladie de Crohn)1 patient sous Humira (prescrit par les rhumatos pour l'atteinte articulaire associée après échec des traitements systémique et après notre concertation) et 1 sous Infleximab (prescrit par les rhumatos) après échec de traitement topique et systémique. Parmi les 21 patients sous biothérapie on a du switcher chez 4 patients la molécule

Les émoullissants et toutes les mesures hygiéno-diététiques avec prise en charge du syndrome métabolique a été faite chez tous nos patients.

L'évolution était marquée par un contrôle de la maladie sous traitements administrés.

Conclusion :

Le psoriasis est une maladie inflammatoire qui atteint toute les classes d'âge.

La prédominance est féminine

La forme en plaque reste la plus fréquente

La forme légère est prédominante ce qui explique le recours au traitement topique

La biothérapie est une alternative thérapeutique en cas de non réponse a la photothérapie et au traitement systémique.

Rôle du Stress dans l'apparition et l'aggravation du psoriasis chez l'enfant

H.Talbi¹, Y.Almheirat¹, N.Zarrouki^{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, Oujda Maroc.

Introduction :

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique qui représente 4 à 5 % des affections dermatologiques pédiatriques. Chez l'enfant, il revêt des particularités cliniques et psychosociales distinctes avec un impact important sur la qualité de vie de l'enfant et de sa famille. Les chocs émotionnels et le stress pourrait être impliqué comme facteur déclenchant ou aggravant dans environ 70 % des cas, mais peu d'études examinent leur présence comme facteur déclenchant potentiel.

Ce travail a pour objectif d'évaluer l'implication du stress avant l'apparition ou l'extension du psoriasis chez l'enfant.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique menée au service de Dermatologie du CHU Mohammed VI d'Oujda sur une période de 10 ans allant de décembre 2014 à septembre 2024, incluant les enfants âgés de 16ans ou moins suivis pour psoriasis, avec pour objectif d'évaluer l'implication du stress avant l'apparition ou l'extension du psoriasis chez les enfants

Résultats :

Notre étude a colligé 38 cas de psoriasis infantiles, survenant chez des enfants de moins de 16 ans entre décembre 2014 et septembre 2024.

Une nette prédominance féminine a été notée avec un sexe-ratio Femme/Homme de 4,43. L'âge moyen de nos patients était de 9,55 ans avec des extrêmes allant de 7mois à 16ans. Près de 27% des enfants avaient des antécédents familiaux de psoriasis. Et le niveau socio-économique de 84,21% des patients était bas.

La plupart des patients (57,78%) ont déjà consulté plusieurs dermatologues et mis sous plusieurs traitements topiques et systémiques, et sont adressés au CHU vu la progression ou récurrence récente de leur maladie, avec délai moyen entre leur première poussée et leur consultation au CHU de 4ans (78,31%) avec un début récent (<1an) de la maladie chez 9 patients (23,68%).

Le type de psoriasis de 18 de nos patients (47,36%) était un psoriasis vulgaire, 10 (26,31%) présentaient un psoriasis en gouttes et un psoriasis localisé au cuir chevelu était présent chez 4 patients (10,52%) et un psoriasis localisé au niveau palmoplantaire chez un seul enfant (2,63%), un seul nourrisson (2,63%) présentait un psoriasis des langes et 4 patients ont présenté un psoriasis érythrodermique (10,52%). Le score PASI moyen était de $8,69 \pm 15,39$. Dans 6 cas (15,8%) le PASI était supérieur à 20 traduisant une atteinte sévère, il était entre 10 et 20 dans 1

seul cas (2,63%) traduisant une atteinte modérée et inférieur à 10 avec une atteinte légère dans 31 des cas (81,57%).

En ce qui concerne l'implication du stress dans la survenue de poussées et leurs gravité, 14 des 38 enfants (37%) ont mentionné un événement stressant, dont 12 (85,71%) était des filles et seulement 2 garçons (14,28%). La moitié de ces enfants (50%) avaient vécu un événement stressant ayant eu un impact important sur leur vie.

Dans notre série, parmi les 4 patients hospitalisés pour érythrodermie psoriasique avec les scores PASI les plus sévère allant de 20 à 69 avec un PASI moyen de 43, et avec des scores CHILD-DLQI>20 traduisant un effet extrêmement important sur la qualité de vie, trois ont vécu des événements avec un impact extrêmement important sur leur vie. Une des patientes était abandonnée par ses parents et vivait chez sa grand-mère qui rapportait la notion d'hospitalisation du père en réanimation durant sa poussée érythrodermique. La famille de la deuxième patiente a rapporté le décès du père dans le mois précédant son hospitalisation comme facteur déclenchant. Chez la 3^{ème} patiente provenant d'un milieu rural la notion de décrochage scolaire dû à des difficultés financières et à des conflits familiaux a été rapportée.

Pour les événements rapportées par le reste des enfants atteints de psoriasis et leurs familles, des situations liées aux problèmes familiaux ont été rapportées dont le décès du père, les disputes et séparations des parents, et les problèmes financières, et les enfants des réfugiés syriens et de parents travaillant à l'étranger, ou des situations en rapport avec la scolarité dont l'échec scolaire, le stress des examens, et la surcharge de travail, ainsi que des événements personnels : maladie, handicap, accident ou opération récente.

La plupart de ses patients ont été hospitalisés vu la sévérité de leur psoriasis. Cependant, le fait que le reste des patients n'aient pas mentionné de problème familial ne signifie pas qu'il n'en existait aucun.

Discussion :

Bien que cela varie selon les études, la prévalence globale estimée du psoriasis est similaire entre les hommes et les femmes quelle que soit la tranche d'âge, à l'exception de certaines séries qui retrouvent une prédominance féminine ou masculine. (1)

L'âge moyen dans notre série était de 9,55ans, avec comme tranche d'âge dominante celle de l'âge scolaire (6 à 11 ans) dans 50% des cas, ce qui rejoint les résultats d'autres études nationales et internationales. Le psoriasis vulgaire semble être le type de psoriasis le plus fréquemment observé, ce qui concorde avec les données de notre série.

La proportion de patients rapportant des événements familiaux avec un impact négatif important variait selon les études, de 13 % à Singapour, 23% en Turquie, 31.25% pour une série Ukrainienne, (41 %) dans une série évaluant l'implication du stress dans l'apparition ou l'extension du psoriasis chez la population pédiatrique en Roumanie, 55% en Croatie, 68% aux États-Unis, et plus de 70 % en Australie et aux Pays-Bas. Seyhan et al. ont trouvé la présence de stress émotionnel chez plus de la moitié d'un groupe de 61 cas. Et une étude comprenant 223 cas rapporte que les lésions psoriasiques pourraient être exacerbées par le stress dans 50 % des cas. De plus, une revue de la littérature récente a montré une association temporelle entre différentes mesures du stress psychologique et l'apparition, la récurrence et aussi la sévérité du psoriasis. Il existe peu d'études en dermatologie pédiatrique sur l'implication du stress, rendant la comparaison de nos données difficile. Certaines études rapportent que le stress, est un déclencheur du psoriasis, parmi d'autres facteurs tels que les infections, et les traumatismes.

Et dans une étude cas-témoins, les enfants atteints de psoriasis mentionnaient plus souvent la présence d'événements stressants dans l'année précédant la maladie.

Dans notre série 37% des patients pédiatriques ont signalé une implication du stress dans l'histoire naturelle de leur maladie, en particulier les patient atteint de forme sévères de psoriasis. Ces résultats concordent avec les données de la littérature.

Conclusion :

La gestion du psoriasis pédiatrique pose des défis uniques, notamment en raison de l'impact psychologique de la maladie sur l'enfant et la qualité de vie. De plus, les facteurs de stress, tels que l'instabilité familiale, peuvent aggraver la maladie. À la lumière de ces résultats, nous suggérons que les cliniciens incluent le stress comme facteur déclencheur dans l'évaluation du psoriasis et envisagent des interventions psychologiques comme compléments, en particulier chez cette population vulnérable.

Troubles pigmentaires

Dermatose cendrée : à propos d'un cas pédiatrique

L.E.MARHRAOUI, F.EL FATOIKI, H.RACHADI, H.SKALI, F.HALI, S.CHIHEB

Service de dermatologie et vénérologie

CHU Ibn Rochd de Casablanca, Maroc

Introduction :

La dermatose cendrée est une dermatose rare chez l'adulte et exceptionnelle chez l'enfant, caractérisée par une couleur bleuâtre à gris cendré, localisé essentiellement au niveau du tronc, du visage et des membres supérieurs.

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 5 ans qui présente une dermatose cendrée.

Observation :

Patiente âgée de 5 ans sans antécédents pathologiques particuliers, qui avait présenté depuis 3 mois des lésions hyperpigmentées au niveau du tronc à évolution progressive. L'examen clinique a révélé des macules de couleur bleu-grisâtre, mal limitées, confluentes par endroit. Le reste de l'examen clinique était sans particularités.

Le bilan biologique était sans anomalie et la biopsie cutanée a montré une incontinence pigmentaire post-inflammatoire et un infiltrat inflammatoire à prédominance lymphohistiocytaire périvasculaire et périannexiel, sans signe en faveur de lichen plan, faisant discuter une dermatose cendrée.

La patiente a été mise dermocorticoïde et émollient avec une stabilisation de la maladie mais sans disparition des lésions.

Discussion :

La dermatose cendrée ou erythema dyschromicum perstans est une hypermélanose acquise bénigne d'évolution chronique. Elle est observée surtout chez les adultes jeunes de sexe féminin. Sa cause est inconnue et aucun traitement n'a fait preuve jusqu'à présent.

L'originalité de notre observation est la rareté de la dermatose cendrée en population pédiatrique.

Dermatoses faciales pigmentées : clinique et dermoscopique

N.Er-rachdy¹, O.Essadeq¹, S.Hamada¹, N.Ismaili¹, L.Benzekri¹, K.Senouci¹, M.Meziane¹

¹*Service de dermatologie, Université Mohamed V de Rabat, Hôpital universitaire Ibn Sina, Maroc*

Introduction :

Les dermatoses faciales hyperpigmentées comprennent diverses maladies cutanées difficiles à traiter et à accepter en raison de leur nature visible et chronique.

Étude prospective impliquant 100 patients recueillis au département de dermatologie de l'hôpital universitaire Ibn Sina à Rabat.

Résultats :

La tranche d'âge entre 25 et 55 ans était la plus représentée, avec une nette prédominance féminine. Le lichen pigmentogène était la maladie la plus fréquemment diagnostiquée, touchant 38 patients, suivie du lupus, en particulier le lupus érythémateux discoïde chez 30 patients, vient ensuite le mélasma, les kératoses séborrhéique et actiniques ont également été notés.

Chez les patients présentant un lichen pigmentaire, la dermoscopie révélait principalement des points bruns périfolliculaires, formant dans la plupart des cas un motif réticulé. Chez les patients atteints de mélasma, un pseudoréseau pigmenté avec une hyperpigmentation périfolliculaire annulaire et arciforme, et des vaisseaux arborisés linéaires dans un tiers des cas. Les kératoses séborrhéiques (KS) étaient caractérisées par un pseudoréseau, des structures ressemblant à des empreintes digitales, et une bordure en "moth-eaten" (mangée par les mites) dans les KS réticulaires. Un motif en forme de cerveau avec des kystes de type milia et des ouvertures de type comédon a été noté dans les KS acanthotiques.

Discussion :

Les troubles hyperpigmentaires de la peau, tels que les taches pigmentaires et les taches de rousseur, sont dus à une augmentation de la mélanine dans l'épiderme et le derme. Les troubles hyperpigmentaires sont classés en troubles pigmentaires congénitaux, dont la tache café-au-lait et le naevus spilus, et en troubles pigmentaires acquis, dont les éphélides, le mélasma, lichen pigmentogène et le lentigo sénile.

Conclusion :

Le visage est le site de pathologies courantes ou rares et peut également être le lieu initial et révélateur de maladies systémiques.

Résultats préliminaires de l'étude : Connaissances et attitudes vis-à-vis du vitiligo la population consultant en dermatologie

M. Khallouki^{1, 2}; M. Houbayeli^{1, 2}; L. Bendaoud^{1, 2}; M. Aboudourib¹, S.Amal¹, O. Hocar^{1,2}

¹Service de dermatologie, chu mohamed vi, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, Maroc;

²Laboratoire Biosciences et santé, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech -Univeristé Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Introduction :

Le vitiligo est une affection cutanée acquise à médiation immunitaire. Bien que le vitiligo ne soit pas dangereux, il a un impact psychologique important ce qui peut diminuer la qualité de vie des patients et amplifier la stigmatisation sociale.. Notre étude a pour objectif d'évaluer les connaissances et les attitudes de la population consultant au service de dermatologie vis-à-vis du vitiligo car elles jouent un rôle crucial dans la perception sociale de la maladie et dans l'intégration des personnes atteintes.

Matériels et méthodes :

Nous avons mené une étude transversale de Mai à Septembre 2024 auprès de 150 personnes consultant au service de Dermatologie. Les participants devraient être âgés de plus de 18 ans, ne pas être atteints de vitiligo, et ne pas vivre sous le même toit avec une personne atteinte de vitiligo. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire structuré. L'évaluation des connaissances a été faite par un score de connaissance et un score d'attitude permettant de classer les participants .Les données ont été saisies dans SPSS pour analyse statistique.

Résultats :

L'âge moyen était de 43,03 ans. Les femmes représentaient 66%de l'échantillon. La source d'information sur le vitiligo était l'entourage chez 90,7 % des participants. La connaissance du vitiligo était suffisante chez 94%des participants : la plupart des interrogés (84%) ont reconnu que le vitiligo a un impact sur la vie sociale des patients et 86% ont affirmé que le vitiligo n'est pas une maladie contagieuse, 82,7% ont considéré le vitiligo comme non dangereux. Mais il y avait juste 45 % des participants qui ont approuvé qu'il existe un traitement pour le vitiligo, 48 % qui ont considéré le vitiligo comme maladie non héréditaire et 52% qui ont affirmé que le vitiligo est associé à des habitudes alimentaires. Une analyse des facteurs associés à une meilleure connaissance du vitiligo a montré que le genre féminin était associé à une connaissance suffisante de cette condition (p-value de 0,026).Les professionnels de santé ont montré une connaissance suffisante du vitiligo bien qu'ils ne représentaient que 3,3% de l'échantillon .La plupart des participants (86,6%)montraient une attitude positive avec 76,6% des participant qui acceptaient d'employer un patient atteint de vitiligo , aussi 82 % acceptaient d'être servi par un patient vitiligo et 60% qui acceptaient de serrer la main à un malade de vitiligo sans avoir peur d'être contaminé .Une proportion considérable de l'échantillon(49%) n'acceptaient pas d'épouser un patient atteint de vitiligo et 17% sont incertains de leur choix. Un pourcentage de 86% affirmaient qu'il existe un manque d'information et de sensibilisation sur le vitiligo .L'analyse des résultats a montré une association forte entre une connaissance suffisante du vitiligo et l'attitude positive des participants avec une différence statistiquement significative $p < 0,001$.

Discussion :

Bien que 94% des participants aient une connaissance suffisante du vitiligo, les croyances concernant l'existence d'un traitement, l'hérédité et les associations alimentaires témoignent de la persistance d'idées erronées pouvant être en rapport avec un défaut d'information. Une étude de Fatani et al montrait 36% des participants qui pensaient que le vitiligo est non héréditaire, 52% l'associaient à des habitudes alimentaires et 57% croyaient qu'il existe un traitement pour le vitiligo. Une étude al Ghamdi et al a montré que les idées fausses et attitudes négatives du public à l'égard du vitiligo sont répandues et affectent la qualité de vie des patients atteints de vitiligo. Nos résultats montrent qu'une connaissance suffisante du vitiligo est associée à une attitude positive à l'égard du vitiligo, quoique le vitiligo constitue toujours une barrière sociale vu que 49% des participants n'ont pas accepté d'épouser un malade atteint de vitiligo, et 86% ont affirmé que le vitiligo a un impact sur la vie sociale des patients.

Conclusion :

Il est important de souligner l'intérêt d'initiatives éducatives surtout que la plupart des participants affirment qu'il existe un manque de sensibilisation ; ces initiatives pourraient contribuer à réduire la stigmatisation sociale liée au vitiligo et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes.

Peau et Psy

Pathomimie : quand la psyché marque la peau

Essadeq O., Er-rachdy N., Ammar N., Hamada S., Maziane M., Ismaili N., Benzekri L., Senouci K. Service de dermatologie-vénérologie, Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina, Université Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction :

La pathomimie, ou trouble factice à manifestation dermatologique, est une affection dermatologique peu fréquente, souvent diagnostiquée par exclusion des causes organiques. Elle se caractérise par des lésions auto-infligées, souvent difficiles à diagnostiquer, car elles miment d'autres dermatoses. Le lien entre la peau et la psyché est ici fondamental, puisque ces lésions traduisent un trouble psychiatrique sous-jacent. Nous présentons ici deux cas cliniques illustrant ce trouble. Le but de ce travail est de sensibiliser les cliniciens à la pathomimie, un diagnostic souvent méconnu, et de souligner l'importance de la prise en charge globale incluant le volet psychiatrique.

Observations

Premier cas : Un homme de 56 ans, ayant des antécédents de troubles psychiatriques non suivis, s'est présenté pour une large lésion ulcérée du cuir chevelu, occupant tout le vertex. La lésion, mesurant environ 10x6 cm, était douloureuse et sans signes de guérison malgré les traitements topiques antérieurs. Une biopsie cutanée a été réalisée, excluant toute infiltration tumorale. De plus, un scanner du cuir chevelu n'a révélé aucune anomalie profonde. L'examen clinique, en l'absence d'étiologie organique évidente et des antécédents psychiatriques non traités du patient, a conduit à poser un diagnostic de pathomimie.

Deuxième cas : Une adolescente de 16 ans a été adressée au service pour suspicion de lupus érythémateux systémique en raison de multiples lésions érosives linéaires localisées sur les zones exposées (visage, membres supérieurs et inférieurs) surmontées de croûtes mélicériques, accompagnées des signes généraux. Les antécédents personnels et familiaux étaient sans particularité. Le bilan biologique, comprenant des tests auto-immuns (anticorps antinucléaires, anti-ADN), une biopsie cutanée et une immunofluorescence directe, s'est révélé normal. L'absence de signes de lupus, combinée à un contexte psychologique fragile (troubles alimentaires et comportementaux rapportés par la famille), a orienté vers un diagnostic de pathomimie.

Discussion

La pathomimie, définie par le DSM-5 comme un trouble factice, se caractérise par des lésions provoquées par le patient lui-même sur sa peau, ses muqueuses ou ses phanères. Ces comportements sont souvent le reflet d'un trouble psychiatrique sévère, tel que la dépression, l'anxiété ou d'autres troubles de la personnalité. Le diagnostic est difficile à poser car les lésions peuvent mimer une grande variété de dermatoses, telles que les infections cutanées, les maladies auto-immunes ou les tumeurs. Par conséquent, la pathomimie constitue un véritable piège diagnostique, d'autant plus que les patients nient souvent être à l'origine de leurs lésions. Il est essentiel d'y penser lorsque les lésions sont atypiques, géométriques ou ne répondent pas aux traitements habituels. Une prise en charge psychiatrique doit être intégrée au traitement dermatologique pour espérer une guérison durable.

Conclusion

La pathomimie est une pathologie complexe qui nécessite une approche clinique minutieuse et une collaboration étroite entre dermatologue et psychiatre. Le diagnostic repose principalement sur l'exclusion des causes organiques et sur l'évaluation psychologique des patients. Une gestion multidisciplinaire est cruciale pour éviter des traitements inutiles et des complications à long terme.

Prurit Chronique et Détresse Mentale : Vers une Compréhension Pathomimique

K. Bennani, O. El Jouari, M. El Bakkali, S. Gallouj

Service de dermatologie-vénérologie, CHU Med VI, Tanger

Introduction

Le prurit chronique, ou démangeaison persistante, peut parfois conduire à des comportements pathomimiques, où le patient crée ou exagère des symptômes pour attirer l'attention ou recevoir un traitement médical. Ces cas posent un défi diagnostique et thérapeutique, nécessitant une approche multidisciplinaire

Observations

Nous présentons le cas d'une patiente de 70 ans qui consultait pour un prurit intense et chronique, évoluant depuis plus de 10 ans. Les démangeaisons étaient généralisées, perturbant gravement la qualité de vie de la patiente et entraînant des lésions cutanées secondaires dues au grattage intense.

L'examen clinique a révélé des érosions linéaires, des croûtes et des nodules prurigineux sur les bras, les jambes et le tronc. Les lésions ne suivaient pas une distribution dermatologique classique et semblaient auto-infligées. Un bilan complet, incluant des examens sanguins, des tests allergologiques et des biopsies cutanées, a révélé une cause organique du prurit en effet la patiente souffrait d'une insuffisance rénale méconnue ainsi que d'une anémie sévère.

Malgré des traitements antihistaminiques, émoullients et corticostéroïdes topiques ajoutés aux séances d'hémodialyse ainsi qu'aux transfusions sanguines la patiente ne montrait aucune amélioration. L'hypothèse d'une pathomimie, induite par le prurit chronique, a été envisagée.

Discussion

La pathomimie associée au prurit chronique est complexe à diagnostiquer en raison de la superposition des symptômes véritables de démangeaison et des lésions auto-infligées. Les patients peuvent inconsciemment aggraver leurs symptômes, cherchant désespérément un soulagement ou une reconnaissance de leur souffrance.

Le diagnostic repose sur une évaluation attentive des antécédents médicaux, des caractéristiques cliniques des lésions et de la réponse aux traitements. L'absence de cause organique identifiable, la résistance aux thérapies conventionnelles et des indices de manipulation des lésions suggèrent une pathomimie.

La prise en charge nécessite une approche multidisciplinaire impliquant des dermatologues, des psychiatres et des psychologues. Le traitement doit viser à soulager le prurit tout en abordant les aspects psychologiques sous-jacents. Des thérapies comportementales, des techniques de gestion du stress et, dans certains cas, des traitements psychotropes peuvent être bénéfiques.

Conclusion

La reconnaissance de la pathomimie dans le contexte d'un prurit chronique est essentielle pour éviter des traitements inutiles et inefficaces et pour orienter le patient vers une prise en charge globale. Une collaboration entre dermatologues et professionnels de la santé mentale est souvent nécessaire pour obtenir un diagnostic précis et un traitement adapté, améliorant ainsi la qualité de vie du patient.

Peau et soleil

Hydroa vacciniforme : à propos d'un cas

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

Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc

Introduction :

L'hydroa vacciniforme (HV) est une photodermatose chronique sporadique, rare et idiopathique, caractérisée par la formation récurrente de vésicules et de croûtes sur une peau exposée au soleil, entraînant généralement des cicatrices vacciniformes ou varioliformes. (1)

Observation :

Nous rapportons le cas d'une enfant âgé de 12ans issue d'un mariage non consanguin qui présentait depuis 6 ans des lésions de contenu liquidien au niveau médio facial évoluant par poussée rémission, avec notion de photosensibilité.

L'examen clinique montrait des croûtes hémorragiques associées à des cicatrices atrophiques et vaioliformes au niveau des joues et de la pointe du nez. La dermoscopie révélait des stries blanchâtres et des rosettes.

Le diagnostic d'Hydroa vacciniforme a été évoqué, confirmé par biopsie cutanée. La sérologie de l'Epstein—Barr virus (EBV) montrait des IgG positifs. Un lupus cutané ainsi qu'une leishmaniose ont été éliminés.

La patiente a été mise sous photoprotection physique et chimique.

Discussion :

Les lymphoproliférations cutanées de type hydroa vacciniforme (HV) forment un groupe de photodermatoses pédiatriques rares et peu décrites. HV est aujourd'hui reconnu comme l'expression localisée à la peau d'une infection chronique active au virus de l'Epstein—Barr (EBV), dont les manifestations sont déclenchées par l'exposition solaire. (2)

Les traitements de l'hydroa vacciniforme habituellement utilisés (photothérapie, antipaludéens de synthèse, voire ciclosporine) sont contraignants, non dénués d'effets secondaires pour ces patients jeunes et leur efficacité est inconstante et ponctuellement démontrée. (3)

Les écrans solaires restent les agents thérapeutiques les plus efficaces. (4)

Conclusion :

HV demeure une expression cutanée photo-induite d'une infection chronique active à l'EBV, les HV forment un spectre au pronostic variable. (5)

REFERENCES:

- (1) An unusual case of hydroa vacciniforme with ocular involvement Okumuş S, Coskun E, Cömez G, Erbağci Z, Cömez A, Erbağci I. An unusual case of hydroa vacciniforme with ocular involvement. Med Arch. 2012;66(3):211-2.
- (2) Lymphoproliférations cutanées de type hydroa vacciniforme : trois cas, J. Touzlian, N. Macagno, T. Hubiche, M.-A. Richard, S. Mallet , 2019
- (3) Hydroa vacciniforme traité avec succès par oméga 3 (Maxepa®) ,F. Durbec, Z. Reguiat, F. Léonard, M. Pluot, P. Bernard ; Reims
- (4) Hydroa vacciniforme—a review of ten cases ,T.S.SONNEX AND J.L.M.HAWK Photobiology Department, St John's Hospital for Diseases of the Skin, London £ 9 6BX
- (5) Lymphoproliférations cutanées de type hydroa vacciniforme : trois cas , J. Touzlian , 2019

Impact de la photo protection sur les taux de la vitamine D

H. Hassan, M. El Amraoui , A. Moussa, R. Frikh, N. Hjira

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

Introduction: Les dermatologues connaissent bien l'intérêt et les bienfaits de la photo protection dans la prévention du vieillissement et des cancers cutanés et dans la prise en charge des dermatoses photosensibles et photo aggravés. Cependant plusieurs internistes incriminent cette photo protection dans les taux bas observés de la vitamine D. L'objectif de notre étude était de confirmer ou d'infirmer ce lien présumé.

Matériels et Méthodes: Etude prospective, menée sur une durée de cinq mois (Janvier-Mai 2019), au service de dermatologie de l'Hôpital Militaire d'instruction Mohammed V de Rabat, selon une fiche d'exploitation comportant l'âge, le sexe, motif de consultation, le type de photo protection, le taux de la vitamine D. L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel SPSS 13.0.

Résultats: 32 cas ont été validés et inclus, dont 25 femmes (78,1%) et 7 hommes (21,9%), l'âge variait entre 13 et 65 ans avec un âge moyen de 41,4 ans. 17 (53,1%) patients avaient une photo protection. Les taux de la vitamine D variaient entre 3 et 66 ng/ml avec une médiane de 14,5 ng/ml, 10 (31%) patients avaient un carence (<10 ng/ml) et 16 (50%) avaient des taux insuffisants (10-30 ng/ml).

Discussion: Notre étude montre la fréquence des hypovitaminoses D (81%) dans notre contexte. L'analyse statistique montre qu'il existe une différence statistiquement significative des taux de la vitamine D des patients avec et sans photo protection (p: 0,006).

Conclusion: La photo protection à un impact négatif sur les taux de la vitamine D. Ce résultat doit être pris en considération dans la prise en charge des dermatoses qui requièrent particulièrement une photo protection.

Mythes et Réalités de la Protection Solaire chez les Enfants : Connaissances, Pratiques et Croyances des Parents Marocains

Kaoutar Benchekroun, Ouiame Eljouari, Salim Gallouj

CHU TANGER

Introduction

La protection solaire chez les enfants est un enjeu de santé publique essentiel, en particulier dans des pays ensoleillés comme le Maroc. Malgré une sensibilisation croissante aux dangers des rayons ultraviolets (UV), il subsiste de nombreuses idées reçues et mythes concernant l'utilisation des écrans solaires, notamment chez les enfants. Ces croyances peuvent entraîner des comportements inadéquats et exposer les enfants à des risques évitables de dommages cutanés. Cette étude vise à évaluer les connaissances, les pratiques et les croyances des parents marocains sur l'utilisation des écrans solaires et les protections contre le soleil, tout en identifiant les mythes courants liés à cette pratique.

Matériel et Méthodes

L'étude a été réalisée auprès de 248 parents marocains ayant des enfants âgés de 0 à 15 ans. Les participants ont été recrutés dans des cliniques pédiatriques et dermatologiques ainsi que via des plateformes en ligne dédiées aux parents. Un questionnaire détaillé a été conçu pour recueillir des informations sur les connaissances, les pratiques et les croyances des parents en matière de protection solaire, avec une attention particulière portée aux mythes et idées fausses concernant l'utilisation des écrans solaires.

Population cible

Âge des enfants : 0-15 ans

Outils et collecte de données

Le questionnaire diffusé via les réseaux sociaux et sur les groupes de parents comportait 26 questions réparties en cinq sections :

1. Informations démographiques.
2. Connaissances générales sur la protection solaire.
3. Croyances et mythes courants.
4. Pratiques de protection solaire
5. Sources d'information et préoccupations des parents.

Les réponses ont été analysées pour identifier les tendances, les croyances erronées, et comparer les pratiques observées à celles rapportées dans d'autres études similaires.

Résultats

Sur les 248 parents interrogés, les résultats montrent des disparités importantes concernant les connaissances, pratiques et croyances des parents marocains sur la protection solaire de leurs enfants.

20 % avaient entre 0 et 2 ans, 25 % entre 3 et 5 ans, 30 % entre 6 et 10 ans, et 25 % entre 11 et 15 ans.

Sexe des enfants : 52 % étaient de sexe masculin et 48 % de sexe féminin. 56 % des enfants avaient des antécédents de problèmes dermatologiques, principalement des allergies cutanées (29%) et des épisodes de coups de soleil (28 %). 82 % des parents avaient entendu parler des dangers de l'exposition solaire pour leurs enfants, tandis que 18 % n'en étaient pas conscients. 44 % des parents déclaraient appliquer de la crème solaire avant chaque exposition au soleil, 35 % parfois, 11 % rarement et 10 % jamais. 78 % des parents utilisaient de la crème solaire, 65 % optaient pour des vêtements protecteurs, 56 % faisaient porter des chapeaux à leurs enfants, et 40 % utilisaient des lunettes de soleil. 45 % des parents utilisaient une crème solaire avec un SPF supérieur à 30, 30 % un SPF entre 15 et 30, 10 % un SPF inférieur à 15, et 15 % ne savaient pas quel SPF signifie. 45 % des parents pensaient que la crème solaire était nécessaire uniquement pendant les vacances à la plage, tandis que 55 % étaient conscients de la nécessité d'une protection régulière. 42 % des parents pensaient que les enfants ayant une peau foncée n'avaient pas besoin de protection solaire. 33 % des parents croyaient que l'application de crème solaire seule suffisait pour protéger leurs enfants, sans avoir besoin de vêtements protecteurs. 25% des parents pensaient que les crèmes solaires pouvaient être dangereuses pour la santé des enfants. 32 % des parents avaient entendu parler d'allergies cutanées provoquées par les écrans solaires chez les enfants. 29 % des parents pensaient qu'une seule application par jour de crème solaire était suffisante. 55 % des parents pensaient que les produits solaires "naturels" ou "bio" étaient plus sûrs que les autres. 31 % des parents estimaient que la crème solaire n'était pas nécessaire par temps nuageux ou pendant l'hiver. 27% des parents croyaient que les enfants n'avaient pas besoin de protection solaire lorsqu'ils jouaient à l'ombre. 22 % des parents pensaient que les enfants développaient une forme d'immunité contre les coups de soleil après plusieurs expositions sans protection. 41 % des parents pensaient que l'utilisation prolongée des écrans solaires pouvait empêcher l'absorption de la vitamine D. 25 % des parents croyaient que les crèmes avec un SPF élevé étaient plus toxiques pour la peau. 48 % des parents estimaient que les écrans solaires étaient trop chers pour justifier une utilisation quotidienne. 44% des parents pensaient qu'une petite quantité de crème solaire était suffisante pour protéger toute la peau de l'enfant. 38 % des parents pensaient que l'utilisation de la crème solaire était inutile pour les enfants jouant dans l'eau ou nageant. Enfin, pour s'informer sur les soins de la peau, 40 % des parents utilisaient des conseils de médecins ou dermatologues, 30 % se fiaient à Internet, et 25 % se référaient à leurs amis ou à la famille.

Discussion

Les résultats de cette étude mettent en lumière des disparités notables dans les connaissances, pratiques et croyances des parents marocains concernant la protection solaire de leurs enfants. Lorsque nous comparons ces résultats avec ceux d'études similaires menées dans d'autres régions, plusieurs similitudes et différences apparaissent.

Une étude réalisée en Espagne a révélé que 90 % des parents étaient conscients des dangers de l'exposition solaire, contre 82 % dans notre enquête. Bien que le taux de sensibilisation au Maroc soit relativement élevé, il reste en deçà de celui observé dans d'autres pays. En revanche, une étude menée au Mexique montre un taux de sensibilisation similaire à notre population avec environ 80 % des parents informés des risques liés au soleil. Cela suggère que la sensibilisation dans les pays en développement peut encore être améliorée par des campagnes d'éducation.

En ce qui concerne les pratiques, seulement 44 % des parents marocains appliquaient systématiquement de la crème solaire avant chaque exposition, ce qui est inférieur aux 65 %

observés dans une étude américaine . Cela indique que l'application régulière de la crème solaire reste un défi majeur au Maroc. Cette tendance pourrait s'expliquer par un manque d'éducation continue sur l'importance d'une protection solaire quotidienne, même en dehors des périodes de vacances.

L'utilisation d'accessoires de protection, tels que des vêtements protecteurs (65 %), des chapeaux (56 %), et des lunettes de soleil (40 %), montre des taux relativement encourageants mais toujours inférieurs à ceux rapportés dans d'autres régions comme l'Australie, où 90 % des parents utilisaient au moins un de ces moyens de protection pour leurs enfants .

Un aspect préoccupant de notre étude est que 42 % des parents marocains pensent que les enfants ayant une peau foncée n'ont pas besoin de protection solaire, une croyance également rapportée dans une étude réalisée au Brésil, où 40 % des parents partageaient cette idée fausse . Ce mythe persistant expose un nombre important d'enfants à des risques accrus de dommages cutanés à long terme, soulignant la nécessité d'une sensibilisation accrue sur le fait que la couleur de la peau n'élimine pas les dangers de l'exposition solaire.

Un aspect important à aborder est le mythe selon lequel l'utilisation prolongée de crème solaire empêcherait l'absorption de la vitamine D. Dans notre étude, 41 % des parents croyaient que l'usage fréquent de la crème solaire pourrait nuire à la synthèse de la vitamine D chez les enfants. Ce mythe est également répandu dans d'autres études, comme celle menée en Australie, où 40 % des parents partageaient cette préoccupation. Cependant, les recherches scientifiques démontrent que même avec une application régulière de crème solaire, la production de vitamine D par la peau n'est que légèrement réduite, et que des expositions brèves et contrôlées au soleil suffisent à maintenir des niveaux adéquats de vitamine D sans compromettre la sécurité solaire . Il est donc crucial de dissiper cette croyance pour encourager une protection solaire efficace tout en garantissant une bonne santé globale des enfants.

Par ailleurs, 45 % des parents dans notre enquête pensaient que la crème solaire n'était nécessaire que pendant les vacances à la plage, un chiffre proche de celui observé dans une étude italienne (50 %) . Ces données montrent une perception limitée des parents concernant l'utilisation quotidienne de la crème solaire, renforçant l'idée que la protection solaire doit être perçue comme une routine quotidienne et non saisonnière.

Enfin, notre étude révèle que 48 % des parents trouvent les écrans solaires trop coûteux pour une utilisation quotidienne, un facteur qui peut limiter leur adoption. Ce résultat est comparable aux conclusions d'une étude en Inde, où 50 % des parents ont également cité le coût élevé comme une barrière.

Conclusion

Cette étude montre que, malgré une sensibilisation importante aux dangers du soleil (82 %), les pratiques de protection solaire chez les parents marocains restent insuffisantes, avec seulement 44 % appliquant régulièrement de la crème solaire. Des croyances erronées, telles que l'inutilité de la protection pour les peaux foncées et la crainte que la crème solaire empêche l'absorption de la vitamine D, persistent. Ces constats soulignent la nécessité d'intensifier les campagnes de sensibilisation et d'éducation sur la protection solaire, en particulier dans les pays en développement où les mythes sur la protection solaire continuent de nuire à une prévention efficace.

Références :

1. Magdalena Kruz, I., et al. (2021). Awareness and practices about photoprotection in children : A population-based survey. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 34(6), 1300-1307. PubMed
2. Balk, S.J. (2011). Ultraviolet radiation : a hazard to children and adolescents. *Pediatrics*, 127(3), e791-e817. PubMed
3. Oliveira, L.M., et al. (2019). Sun exposure and sunscreen use among children : A survey in a tropical country. *Photodermatology, Photoimmunology & Photomedicine*, 35(2), 85-91. PubMed

Dermato-pathologie

Angioléiomyome

S. MHAIMER; S.ELMSAYRYB; H.KHERBACH; C.EZZAKI; R.CHAKIRI

DEPARTMENT DE DERMATOLOGIE VENEROLOGIE. CHU SOUSS MASSA

Introduction

Les angioléiomyomes, ou léiomyomes vasculaires, sont des tumeurs du muscle lisse qui dérivent de la tunique moyenne (couche de muscle lisse) des vaisseaux sanguins sous-cutanés. Ils représentent environ 4,5 % de toutes les tumeurs des tissus mous et 0,2 % des lésions bénignes du pied. Les angioléiomyomes se manifestent généralement sous la forme de nodule ferme, arrondi et mobile, provenant des couches profondes du derme/tissus sous-cutanés. Ce sont des masses à croissance lente qui peuvent être asymptomatiques, mais qui se manifestent souvent par de la douleur, de l'inconfort, un piégeage nerveux ou des préoccupations du patient concernant la chaussure ou l'esthétique. La majorité des angioléiomyomes sont de petite taille (0,5–2 cm de diamètre). En raison de leur rareté, du manque de sensibilisation des cliniciens et de la rareté de la littérature publiée, ils sont rarement diagnostiqués avant la chirurgie. Un diagnostic précis peut prévenir les retards dans le traitement, améliorer les résultats et aider à exclure l'implication de malignités. La sensibilisation générale aux angioléiomyomes dans la pratique clinique améliorera les résultats de leur traitement. Nous souhaitons présenter un cas de nodule cutané douloureux de la jambe, qui a été diagnostiqué comme un angioléiomyome après excision et examen histologique.

Matériels et méthodes

Nous décrivons le cas d'une femme avec un angioliomyome.

Cas clinique

Il s'agissait d'une patiente âgée de 56ans, ayant comme antécédent un carcinome mammaire traité par chirurgie exérèse, chimiothérapie radiothérapie et hormonothérapie. Elle s'est présentée à notre service pour une lésion au niveau de la face postérieure du 1/3 inférieur de la jambe droite, douloureuse, non prurigineuse, évoluant depuis 16ans avec augmentation progressive de taille. A l'examen clinique on trouvait un nodule sous cutané mesurant 1 cm de taille, ferme, mobile par rapport au plan profond, douloureuse à la palpation, la peau en regard était normale, le reste de l'examen cutané et des muqueuses était sans particularité.

L'échographie des parties molles a objectivé une petite formation nodulaire sous cutanée de la face postérieure du tiers inférieur de la jambe droite mesurant 11x9x6 mm, hypoéchogène discrètement hétérogène avec quelques zones hyperéchogènes centrales et renforcement postérieur, bien limitée par une fine capsule régulière. Pas de signal doppler interne ni remaniement de la graisse de voisinage.

Une exérèse chirurgicale a été réalisée et l'examen histologique a montré une prolifération léiomyomateuse bénigne très bien circonscrite faite de fibres musculaires lisses agencées en bandes compactes, celles-ci sont sillonnées par de nombreuses fentes vasculaires à paroi fine. Cette prolifération est délimitée en périphérie par des faisceaux musculaire lisses et montre au niveau de la zone centrale une dégénérescence hyaline et myxoïde avec absence de contingent lipomateux, donc en conclusion d'était un angioliomyome.

L'exérèse était complète.

Discussion

L'angioliomyome est une tumeur bénigne rare d'étiologie inconnue, mais des facteurs tels que le traumatisme, l'infection, les hormones et les malformations artérioveineuses ont été signalés dans divers cas. Histologiquement, c'est un nodule dermique bien circonscrit entouré d'un tissu conjonctif comprimé et séparé de celui-ci par des fentes. Des veines de tailles variées avec des parois musculaires sont présentes dans le nodule, et des faisceaux de muscles lisses s'étendent tangentiellement à partir de la périphérie des vaisseaux. Les lumières des veines sont arrondies ou en forme de fente et contiennent une quantité minimale de collagène. Ils sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes avec un ratio de 2:1 et affectent principalement les personnes d'âge moyen. Environ 50 à 70 % se trouvent dans les membres inférieurs. Les diagnostics différentiels peuvent inclure le lipome, le fibrome, les ganglions, le schwannome, l'angiolipome cutané, la tumeur glomique, etc.

La douleur n'est pas toujours présente, mais lorsqu'elle l'est, elle peut varier en nature douleur de pression, douleur aiguë ou pincement et elle est affectée par la température.

Une artériographie ou une étude Doppler peut être utile dans une certaine mesure, mais un diagnostic confirmé n'est obtenu que par un examen histopathologique après excision.

L'échographie de la tuméfaction a montré une petite formation nodulaire sous cutanée hypoéchogène discrètement hétérogène avec quelques zones hyperéchogènes centrales et renforcement postérieur, bien limitée par une fine capsule régulière. Pas de signal doppler interne, et c'est un aspect en commun avec les kystes dermoïdes ou les kystes pilo sébacées.

L'excision simple est le meilleur traitement, mais la décision de procéder à la chirurgie dépend de l'emplacement et de la taille de la lésion ainsi que de la gravité des symptômes. Dans notre cas, la patiente a bénéficié d'une excision chirurgicale simple de la lésion avec une résolution complète du symptôme après l'excision. Après excision, la récurrence maligne est extrêmement rare. Des complications telles que la calcification secondaire, la dégénérescence myxoïde, l'hyalinisation et la transformation maligne ont été rapportées. En cas de récurrence, il a été discuté que la nouvelle lésion doit être enlevée et traitée comme d'autres malignités de bas grade.

Conclusion

L'angioliomyome est une masse bénigne relativement rare des tissus mous sous-cutanés, qui se manifeste le plus souvent dans les extrémités. Une excision simple et un examen histopathologique sont recommandés, surtout lorsqu'ils sont associés à des douleurs ou à des difficultés liées à la masse protubérante. L'imagerie peut être utile pour visualiser la masse et ses structures environnantes avant l'excision chirurgicale.

L'angioliomyome élargit le spectre des lésions des tissus mous des extrémités et doit être inclus dans le diagnostic différentiel des lésions dans cette région.

Hamartome folliculaire basaloïde : à propos d'un cas :

Introduction :

L'hamartome folliculaire basaloïde est une tumeur rare, correspond le plus souvent à une papule de couleur chair à surface lisse, constituée d'une ramification de cordons et travées de cellules basaloïdes se développant à partir d'un follicule pileux. Il peut mimer histologiquement un carcinome baso cellulaire.

La tumeur peut être héréditaire ou acquise, localisée ou généralisée.

Observation :

Enfant âgée de 12 ans, ayant comme antécédent un retard staturo pondéral, présentait des multiples lésions cutanées au niveau du visage évoluant depuis 6 ans, non prurigineuses, non

douloureuses. L'examen clinique trouvait des papules infracentimétriques, de couleur chair au niveau des régions séborrhéiques du visage. A la dermoscopie : aspect violacé par endroit, érythème.

Le reste de l'examen trouve des lentigines au niveau de l'abdomen et le dos.

Les hypothèses diagnostiques étaient : les grains de millium, l'hyperplasie sébacée, les syringomes, la sclérose tubéreuse de bourneville.

Une étude anatomo pathologique d'une biopsie cutanée faite retrouvait que le follicule est remplacé par des invaginations peu différenciées faite de cellules basaloïdes entourées d'un stroma fibreux : aspect en faveur d'un hamartome folliculaire basaloïde.

AAN demandé avec bilan de retard staturo pondéral, patiente mise sous Imiquimod et photoprotection.

Discussion :

L'hamartome basaloïde folliculaire est une tumeur bénigne, cliniquement, elle se manifeste par une ou multiples papule de couleur chair à surface lisse, de 1 à 2 mm de diamètre, elle est faite d'une prolifération dermique superficielle de cordons et de fines travées basaloïdes dans un stroma fibreux. Sa physiopathologie n'est pas bien connue.

Il existe cinq formes cliniques, avec des variantes selon les auteurs : solitaire, localisée, linéaire unilatérale, généralisée et héréditaire autosomique dominante.

La forme linéaire unilatérale peut s'associer au syndrome d'Happle et Tinschert. Ce dernier est une maladie rare caractérisée par un hamartome folliculaire basaloïde unilatéral, accompagné d'anomalies osseuses, dentaires et cérébrales. Pour la forme généralisée, elle peut s'associer à une alopecie et aux maladies auto immunes : myasthénie, lupus érythémateux systémique, plus rarement à une mucoviscidose.

Pour cela, il est nécessaire de réaliser un interrogatoire et un examen clinique complet à la recherche de cas familiaux similaires et de signes pour une forme syndromique. Les examens complémentaires sont indiqués en fonction de l'orientation clinique.

Le diagnostic différentiel se pose avec toute lésion papuleuse rosée et avec plusieurs tumeurs dont le trichoépithéliome, le fibrofolliculome, le carcinome basocellulaire « infundibulo-kystique », et la sclérose tubéreuse de bourneville.

A l'examen histologique, on trouve une tumeur folliculaire composée de cordons et de travées de cellules épithéliales ramifiés, disposés de manière verticale dans le derme superficiel et moyen.

L'immunohistochimie n'est pas spécifique mais peut aider au diagnostic, dans le stroma, il existe une positivité pour le CD-34 et le CD-10.

Le traitement n'est pas codifié, la littérature décrit plusieurs options telles que l'excision chirurgicale, la cryothérapie, le laser CO2, la thérapie photodynamique et l'imiquimod,

Chez notre patiente, on a opté pour l'imiquimod.

Le pronostic de l'hamartome folliculaire basaloïde est excellent, à l'exception des cas associés au développement d'un carcinome baso cellulaire ou de troubles systémiques.

Conclusion :

L'hamartome folliculaire basaloïde est une entité unique et distincte du CBC, de présentation clinique variable, mais d'aspect histopathologique remarquablement constant. Il s'agit d'une tumeur non agressive qui peut dans sa forme multiple être associée à des signes extracutanés.

Un cas d'hamartome comédonien : Aspect atypique.

A. Abbour¹ – F.Z. Elfatouaki¹ – F. Hali¹ – H. D. Skalli¹ – S. Chiheb¹

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

Introduction :

L'hamartome comédonien (HC) est une affection cutanée rare, de diagnostic essentiellement clinique. Le plus souvent isolé, il peut s'associer à des manifestations extracutanées (cataracte, anomalies squelettiques, anomalies du système nerveux central) constituant alors le syndrome de l'hamartome comédonien.

Nous rapportons un nouveau cas traité avec succès.

Observation :

Enfant de 7 ans, sans notion de consanguinité ni de cas similaire dans la famille, consultait pour une lésion cribriforme jugale gauche apparue il y a 8 mois et augmentant progressivement de taille. L'examen clinique objectivait une lésion circonscrite annulaire et cribriforme formée par un amas de papules kératosiques de 1 à 4 mm de diamètre, cette lésion était entourée d'un halo achromique et siégeait exclusivement au niveau jugale gauche. L'examen dermoscopique objectivait de multiples zones circulaires homogènes brunes, bien définies et sans structure, entourant des bouchons cornés. L'examen histopathologique a révélé des structures folliculaires dilatées et invaginées remplies de kératine lamellaire, confortant le diagnostic clinique d'hamartome comédonien. Le reste des explorations n'avait pas retrouvé d'atteinte osseuse, neurologique ou ophtalmologique.

Un traitement topique à base de trétinoïne à 0,025% a été instauré avec une très bonne évolution. Le recul est de 6 mois.

Discussion :

L'originalité de notre observation réside dans la rareté de cette entité, la disposition atypique et la bonne évolution sous rétinoïde topique.

Habituellement, l'hamartome comédonien se présente sous la forme d'ostia folliculaires dilatés groupés avec une distribution Blaschko linéaire essentiellement au niveau du visage, du tronc et des organes génitaux externes. Notre patiente présentait une forme clinique typique de localisation faciale mais à disposition annulaire peu commune.

Compte tenu de sa nature bénigne, l'HC ne nécessite pas de traitement agressif sauf pour des raisons esthétiques. Bien que l'utilisation des rétinoïdes topiques ait une efficacité limitée, notre

patient a eu un traitement conservateur à base de trétinoïne topique avec une bonne amélioration des lésions. Par ailleurs, la résection chirurgicale complète reste le traitement de choix dans la majorité des cas.

Conclusion :

Bien que la transformation maligne de l' hamartome comédonien soit exceptionnelle, elle a été rapportée par association avec d'autres tumeurs épithéliales bénignes telles que l'hydroadénome papillifère et les kératoacanthomes, ce qui impose un suivi régulier de ces patients.

Histiocytose langerhansienne multisystémique

C. Bouhamdi, H. Baybay, S. Elhaitamy, K. Elfid, Z. Douhi, M. Soughi, S. Elloudi, FZ. Mernissi

Service de dermatologie, CHU Hassan II, FES

Introduction

L'histiocytose langerhansienne est une maladie pédiatrique rare du groupe des histiocytoses dont la pathogénie est inconnue. Elle va d'une forme pauci lésionnelle à une forme multiviscérale. Nous rapportons le cas d'un enfant avec atteinte multi systémique, agressive et réfractaire.

Rapport de Cas

Il s'agit d'un enfant de 2 ans, consultant pour des lésions cutanées disséminées, s'aggravant progressivement, évoluant dans un contexte de fièvre élevée. L'examen dermatologique a objectivé au niveau du scalp des érosions multiples surmontées de croûtes jaunâtres adhérentes, évoquant une dermatite séborrhéique sévère, et au niveau du tronc multiples macules purpuriques pétéchiales et pigmentées, avec un aspect en maillot sans manches. L'examen général a révélé une hépatosplénomégalie. Un bilan a objectivé une pancytopenie et une élévation des marqueurs inflammatoires. Une biopsie ostéomédullaire a révélé une hypoplasie médullaire modérée avec présence de macrophages. La patiente est porteuse de la mutation BRAF V600E. Le diagnostic d'une histiocytose langerhansienne a été évoqué. L'atteinte multisystémique a été confirmée par une TDM TAP révélant une hépatosplénomégalie homogène, des micronodules pulmonaires parenchymateux bilatéraux, un épaissement régulier et symétrique du rectum et de la chaîne recto sigmoïdienne, et une lyse osseuse du rocher gauche s'étendant à l'os mastoïde. Une chimiothérapie systémique a été instaurée. En dépit de ce traitement, l'évolution clinique a été marquée par des poussées récurrentes des lésions cutanées et une progression lente de l'atteinte multisystémique.

Discussion

L'histiocytose langerhansienne multisystémique est grave pouvant être mortelle par défaillance viscérale multiple. Elle est caractérisée par une prolifération clonale de cellules histiocytaires anormales (cellules de Langerhans), avec un potentiel d'infiltration dans les différents organes. Les signes cutanés sont caractéristiques et souvent inauguraux, comme chez notre patiente. Ils comprennent une éruption du cuir chevelu faite de squames et de croûtes jaunâtres dermatite séborrhéique like, une éruption cutanée du tronc, bras, plis axillaires et inguinaux, en maillot, faites de macules purpuriques douloureuses et prurigineuses, un durcissement des ongles avec décoloration et onycholyse. L'atteinte muqueuse est faite d'ulcérations des lèvres, langue et

joues, et d'une inflammation des gencives évoluant vers une perte des dents. Outre, les autres signes diffèrent en fonction de l'organe atteint, hématologiques, respiratoires, digestifs, neurologiques, oculaires, endocriniens, et osseux. Le diagnostic est confirmé par une biopsie des lésions suspectes. Le bilan biologique objective l'atteinte hématologique et l'inflammation systémique responsable de la fièvre. L'imagerie (TDM, IRM) cartographie l'étendue des lésions. La chimiothérapie intensive, ne garantit pas la guérison. La forme de notre patiente, agressive et réfractaire, en est témoin. Porteuse de la mutation BRAF V600E, elle est candidate aux inhibiteurs de la voie MAPK, traitement plus ciblé.

Conclusion

Notre cas souligne l'importance de la reconnaissance des signes dermatologiques dans la détection et le suivi de l'histiocytose multisystémique. Une prise en charge multidisciplinaire et précoce et un suivi rigoureux sont cruciaux pour améliorer le pronostic des patients atteints.

« Histiocytose langerhansienne systémique révélée par une atteinte génitale : rapport de cas et revue de la littérature »

Ouissal Hormi¹; Imane Ouadi¹; Lamis El Yamani¹; Nassiba Zerrouki^{1,2} ; Nada Zizi^{1,2}

1-Département de dermatologie, vénéréologie 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'histiocytose à cellules de Langerhans systémique (HL) est une maladie rare caractérisée par une accumulation et une prolifération anormale des cellules de Langerhans, type de cellule dendritique impliquée dans la réponse immunitaire.

Bien que sa cause exacte reste inconnue, la majorité des chercheurs pensent qu'elle découle d'une dysfonction immunologique, les lésions montrent des niveaux plus élevés de cytokines par rapport aux tissus normaux environnants.

Cette condition peut affecter divers organes, y compris la peau, les os et les organes internes. Lorsqu'elle implique la région génitale, cela peut être un signe initial d'implication systémique, nécessitant une évaluation et un traitement médicaux approfondis.

Nous rapportons le cas d'une femme présentant une histiocytose langerhansienne systémique révélée par des lésions génitales.

Observation :

C'est une patiente âgée de 41 ans, suivie depuis 3 ans pour un carcinome mammaire droit canalaire infiltrant de grade 2 SBR, pour lequel elle a subi une tumorectomie avec curage axillaire ipsilatéral, suivie de 4 cycles de chimiothérapie (taxanes et cyclophosphamides) et 19 séances de radiothérapie adjuvante. Elle est actuellement sous hormonothérapie (tamoxifène) et reçoit des injections de Zoladex tous les 3 mois pour une castration chimique.

La patiente s'est présentée en consultation de dermatologie pour des plaques érythémateuses et érosives des plis inguinaux et des grandes lèvres, évoluant depuis 2 ans.

L'examen dermatologique a révélé de larges placards érosifs, rouges vifs, suintants, recouverts d'un enduit blanchâtre nauséabond. Ces lésions étaient situées sur les grandes et petites lèvres, la région périnéale, les plis inguinaux bilatéraux et le pli inter-fessier. De plus, elle présentait une

lésion érythémateuse et érosive bien définie au niveau de l'ombilic et quelques papules érythémateuses et suintantes au niveau du conduit auditif externe.

Une atteinte du cuir chevelu a également été notée, caractérisée par la présence de plaques érythémateuses recouvertes de multiples écailles périfolliculaires blanches, des écailles interfolliculaires jaunâtres adhérentes enveloppant les tiges capillaires, sans plaques alopeciques. Par ailleurs, la patiente rapportait une polydipsie sans polyurie et aucun autre symptôme associé.

Elle a été traitée plusieurs fois avec des agents antifongiques et antibactériens sans aucune amélioration notable.

Une biopsie vulvaire avec étude anatomopathologique et immunohistochimique a révélé une histiocytose à cellules de Langerhans, montrant une expression intense et diffuse des anticorps anti-PS100 et anti-CD1a, ainsi qu'une expression hétérogène des anticorps anti-CD68, anti-CD163 et anti-CD45 LCA. Elle a également subi une évaluation approfondie pour rechercher une éventuelle implication neurologique, pulmonaire, digestive, osseuse et hématologique.

Le scanner a révélé un épaississement nodulaire de l'infundibulum pituitaire, intensément rehaussé après injection du produit de contraste, mesurant 12 mm d'épaisseur maximale. L'IRM hypothalamo-hypophysaire a révélé un épaississement significatif de la tige pituitaire avec des contours irréguliers, montrant une isointensité sur les images pondérées en T1 et T2 et un rehaussement hétérogène après injection de Gadolinium, compatible avec une localisation hypophysaire. Nous avons réalisé un bilan hormonal revenant sans anomalies.

Nous avons également complété par la recherche d'une mutation BRAF revenant négative.

Elle a été mise sous traitement topique à base de dermocorticoïdes pour les lésions cutanées, avec une amélioration partielle. Ensuite, elle a été référée au service de médecine interne où un traitement à base de vinblastine et de prednisolone a été discuté.

Discussion :

L'histiocytose à cellules de Langerhans (HL) est une condition rare et mondialement répandue, se manifestant généralement de manière sporadique et caractérisée par l'accumulation de cellules de Langerhans CD1a+/Langerine+. Elle peut affecter des patients de tous âges, des nouveau-nés aux personnes âgées. (1)

Autrefois connue sous le nom d'histiocytose X, l'HL regroupe un ensemble de maladies cellulaires hyperplasiques d'origine inconnue. En 1987, la Société des Histiocytoses a officiellement renommé cette condition en histiocytose à cellules de Langerhans. Elle est maintenant classée en trois types : disséminée aiguë, multifocale chronique et focale chronique. (2).

L'étiologie exacte reste insaisissable, Les facteurs génétiques jouent un rôle clé, notamment les mutations dans les gènes BRAF (notamment BRAF V600E) et MAP2K1. Des dysfonctionnements immunitaires et la présence de cytokines pro-inflammatoires sont également impliqués. Bien que des facteurs environnementaux et des infections virales soient suspectés, leur rôle exact n'est pas encore prouvé. (3)

L'histiocytose langerhansienne cutanée présente des symptômes cliniques divers, entraînant souvent des diagnostics erronés fréquents. Les cas avec une atteinte cutanée isolée ont généralement un pronostic favorable, le traitement topique entraînant une régression dans environ 60 % des cas. Le diagnostic repose sur les manifestations cliniques, l'histopathologie des lésions et la microscopie électronique. L'évaluation pathologique implique des impressions cytologiques, une biopsie et une analyse immunohistochimique. La mutation la plus fréquemment récurrente est la mutation BRAFV600E. (4)

Elle est fréquemment associée à d'autres maladies néoplasiques, en particulier les néoplasmes myéloprolifératifs, comme documenté dans des rapports de cas isolés. (5) Une analyse rétrospective de 270 patients adultes a révélé une incidence plus élevée d'HL concomitante et de tumeurs solides. Les défis dans le développement de thérapies efficaces découlent de lacunes dans la compréhension de sa pathogénie. Les patients sont catégorisés en fonction de l'étendue de la maladie et de la gravité de la dysfonction organique. Ceux avec une maladie localisée à un seul système nécessitent souvent seulement un traitement local ou une simple surveillance, tandis que ceux avec une implication plus étendue nécessitent généralement une thérapie systémique. (6) (7)

Les options de traitement comprennent la chirurgie, la radiothérapie, les dermocorticoïdes, le thalidomide, la chimiothérapie systémique (Vinblastine, Imercaptopurine, et la cladribine et les thérapies combinées (Les inhibiteurs de BRAF, les inhibiteurs de MEK et les inhibiteurs du checkpoint immunitaire). Les avancées en chimiothérapie ont notablement amélioré le pronostic de l'HL. La sélection du traitement dépend de divers facteurs, y compris la classification de la maladie (focale ou systémique), l'étendue de la dysfonction organique et l'âge du patient. (8) (9)

Le pronostic de l'HL est étroitement lié à l'âge de début, au nombre d'organes affectés et au degré d'altération fonctionnelle. Les patients avec une implication d'un seul organe ont généralement un pronostic plus favorable par rapport à ceux avec une implication multi-organes, qui est associée à un taux de létalité plus élevé. (10)

Conclusion :

Ce cas souligne les diverses manifestations cliniques de l'Histiocytose langerhansienne et la nécessité d'une approche multidisciplinaire pour assurer une prise en charge complète.

Références :

1. Néel, A., Artifoni, M, Donadieu, J, Lorillon, G, Hamidou, M., & Tazi, A. (2015). Histiocytose langerhansienne de l'adulte. *La Revue de Médecine Interne*, 36(10), 658-667.
2. Madrigal-Martínez-Pereda C, Guerrero-Rodríguez V, Guisado-Moya B, Meniz-García C. Langerhans cell histiocytosis: literature review and descriptive analysis of oral manifestations. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009 ;14 :222–228.
3. Badalian-Very G, Vergilio JA, Degar BA, MacConaill LE, Brandner B, Calicchio ML, et al. Recurrent BRAF mutations in Langerhans cell histiocytosis. *Blood* (2010) 116 :1919–23
4. Kobayashi, M., & Tojo, A. (2018). Langerhans cell histiocytosis in adults: advances in pathophysiology and treatment. *Cancer science*, 109(12), 3707-3713.
5. Bagnasco, Francesca, et al. "Langerhans cell histiocytosis and associated malignancies: a retrospective analysis of 270 patients." *European Journal of Cancer* 172 (2022) : 138-145.
6. Allen CE, Merad M, McClain KL. Langerhanscell histiocytosis. *N Engl J Med*. 2018 ;379(9): 856-868.
7. Ma J, Laird JH, Chau KW, Chelius MR, Lok BH, Yahalom J. Langerhans cell histiocytosis in adults is associated with a high prevalence of hematologic and solid malignancies. *Cancer Med*. 2019 ;8(1):58-66
8. Lian, C., Lu, Y., & Shen, S. (2016). Langerhans cell histiocytosis in adults: a case report and review of the literature. *Oncotarget*, 7(14), 18678.
9. Sconocchia, Tommaso, et al. "Langerhans cell histiocytosis: current advances in molecular pathogenesis." *Frontiers in Immunology* 14 (2023): 1275085.
10. Rodriguez-Galindo, C., & Allen, C. E. (2020). Langerhans cell histiocytosis. *Blood, The Journal of the American Society of Hematology*, 135(16), 1319-1331.

Un kyste épidermoïde mimant un carcinome épidermoïde : à propos d'un cas

I.BEJJA, Z.Douhi, K.Moufid, M.Soughi, S.Elloudi, H.Baybay, FZ.Mernissi

Service de dermatologie, CHU HASSAN II Fès, Maroc

Introduction :

Les kystes épidermoïdes sont des lésions bénignes courantes, généralement rencontrées dans des zones riches en follicules pileux. Cependant, lorsque ces kystes apparaissent dans des régions anatomiquement atypiques, comme les zones photo-exposées des mains, ils peuvent mimer des tumeurs malignes telles que les carcinomes épidermoïdes ou les kératoacanthomes.

Nous en rapportons un cas.

Observation :

Patiente de 73ans, consultait pour une lésion en relief du dos de la main droite asymptomatique évoluant depuis 5 mois augmentant progressivement de volume. L'examen trouvait une tumeur érythémateuse de forme arrondie bien limitée à base infiltrée faisant 3cm de grand diamètre à centre ulcéré recouvert de croûtes mellicéro-hémorragiques avec à la démoscopie un fond érythémateux, des structures blanches et des vaisseaux en point et glomérulaires sans aspect lupoidique à la vitropression. On notait aussi la présence au niveau de toutes les zones photo-exposées de plaques érythémateuses rugueuses en rapport avec des kératoses actiniques érythémateuses. On avait évoqué les diagnostics suivants : un carcinome épidermoïde et un kératoacanthome. Une biopsie cutanée a été faite objectivant un carcinome épidermoïde bien différencié et infiltrant. L'échographie des aires ganglionnaires a été faite n'objectivant pas d'adénopathies suspectes. L'exérèse a été faite et l'étude anatomopathologique de la pièce d'exérèse a montré une formation kystique bordée par un épithélium malpighien comportant une couche granuleuse bien visible. Cette dernière repose sur une paroi fine fibreuse ponctuée de rares éléments inflammatoires. La lumière du kyste contient des lamelles de kératine sans vu de signes en faveur d'une malignité associés à une réaction à corps étranger compatible avec le diagnostic de kyste épidermoïde. Une relecture de la pièce d'exérèse a été faite confirmant le même résultat de kyste épidermoïde. L'évolution fut marquée par un bon contrôle clinique sans récurrence après un recul de 14mois.

Discussion :

Les kystes épidermoïdes sont des kystes cutanés fréquents de diagnostic souvent clinique. Une présentation inhabituelle, notamment dans des localisations anatomiques où ils ne sont pas considérés, peut rendre le diagnostic difficile

Divers facteurs interviennent dans la formation des kystes épidermiques. Tout traumatisme ou infection causant des dommages au follicule pileux peut entraîner le blocage du canal de cette glande sébacée. Cela conduit à l'accumulation de sébum et de la kératine dans son sac.

Le kyste épidermoïde peut mimer une tumeur maligne comme c'est le cas de notre patiente, notamment lorsqu'il siège sur des régions atypiques ou des zones dépourvues de poils ou sujettes à des traumatismes, ou lorsqu'il présente des caractéristiques suspectant le diagnostic de malignité comme la base infiltrante ou l'ulcération d'où l'intérêt de l'étude histologique de la pièce d'exérèse qui permet de redresser le diagnostic comme c'est le cas de notre patiente.

Conclusion :

Ce cas met en lumière la nécessité de considérer le kyste épidermoïde dans le diagnostic différentiel des lésions cutanées infiltrantes et ulcérées, même en localisation inhabituelle. La présentation clinique peut prêter à confusion avec des tumeurs malignes, renforçant l'importance d'une confirmation histopathologique rigoureuse après excision. L'évolution favorable de la patiente sans récurrence après 14 mois témoigne du bon pronostic de ces lésions bénignes après exérèse complète.

Références :

1. Veenstra JJ, Choudhry S, Krajenta RJ, Eide MJ. "Squamous cell carcinoma originating from cutaneous cysts: The Henry Ford Experience and review of the literature." *Journal of Dermatological Treatment*. 2016;27(1):95-98. doi: 10.3109/09546634.2015.1034075 (Henry Ford Health Scholarly Commons)
2. Mijit M, Wang C, Li S. "Squamous cell carcinoma arising in an epidermal cyst." *American Journal of Case Reports*. 2018;19:1634-1638. doi: 10.12659/AJCR.912828(American Journal of Case Reports)
3. Lu S, Zhang X, Wang H. "Transformation of epidermoid cyst into squamous cell carcinoma: Case report and review of the literature." *PathologyOutlines*. 2020.
4. Ranabhat, S., Tiwari, M., Maharjan, S. Teratoid Cyst of the Postauricular Region: The First Ever Case Report. *Case Reports in Pathology*, 2017:9235925. DOI: 10.1155/2017/9235925.
5. Epidermal Cyst. *Pathology Outlines*. (2023). URL: <https://www.pathologyoutlines.com>.

Kyste trichilemmal : défis clinique ; à propos de 2 cas

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

Service de dermatologie, centre hospitalier Hassan II FES

Introduction :

Le kyste trichilemmal(KT), également connu sous le nom de kyste pileaire, est une tumeur annexielle bénigne, localisée principalement au niveau du cuir chevelu. Le KT simple est presque exclusivement sous cutané, et progresse lentement. Nous rapportons 2 observations avec des présentations déroutantes rendant le diagnostic clinique difficile.

Observations :

Cas 1 : une jeune de 24ans, sans antécédant pathologiques notable, qui a présenté un nodule du sein gauche augmentant progressivement de taille évoluant depuis 10ans, motivant sa consultation en gynécologie. Une echo-mammographie a été faite montrant un nodule du sein avec calcifications classé ACR4. Une biopsie écho-guidée a été faite qui a montré une formation kystique bordée par un épithélium malpighien régulier sans couche granuleuse. La lumière comporte une substance éosinophile amorphe correspondant à une kératinisation abrupte de type trichilemmale. Il s'y associe des remaniements calciques, en faveur d'un KT calcifié. La patiente a été adressée dans notre formation, l'examen dermatologique a trouvé un nodule sous cutané de consistance ferme faisant 2.3cm de grand axe bien limité, indolore à la palpation, siégeant au niveau du quadrant supéro-interne du sein gauche(figure1). Une ablation complète du kyste avec sa coque a été faite avec une histologie de la pièce d'exérèse qui a confirmé le diagnostic. La patiente n'a pas présenté de récurrence. Le recul est à ce jour de 1an.

Cas 2 : Une patiente âgée de 70ans, hypertendu sous traitement, qui s'est présentée pour un nodule du visage évoluant depuis 8ans avec augmentation rapide de taille depuis 2mois. L'examen dermatologique a trouvé un nodule érythémateux de consistance ferme faisant 1.5cm de grand axe siégeant au niveau du canthus interne de l'œil gauche. La dermoscopie a montré un fond érythémateux, des structures blanc-jaunâtres, et une vascularisation arborescente, permettant d'évoquer le diagnostic de tumeur annexielle sébacée(figure2). Une exérèse complète a été faite avec à l'examen histologique la présence d'une formation kystique bordée par un épithélium malpighien régulier sans couche granuleuse. La lumière comporte une substance éosinophile amorphe correspondant à une kératinisation abrupte de type trichilemmale permettant de retenir le diagnostic final de KT.

Discussion :

Le KT est une tumeur annexielle provenant du segment trichilemmal isthmique de la gaine épithéliale externe du follicule pileux. Il survient principalement chez les femmes âgées avec une localisation habituellement au niveau du cuir chevelu, où les follicules pileux sont abondants. L'évolution est généralement lente, d'une dizaine d'année, ce qui concorde avec nos 2 cas. Par conséquent, Notre première patiente présentait 2 caractères atypique d'une part l'âge de début très jeune, et le siège au niveau du sein. Une pigmentation bleu homogène en dermoscopie a été rapporté dans un seul rapport de cas. Notre 2ème patiente présentait une présentation clinique et un aspect dermoscopique similaire à celle retrouvée dans les tumeurs annexielles sébacées et peuvent être différencier les unes des autres par l'examen histologique. Ce dernier montre un épithélium malpighien pluristratifié sans couche granuleuse avec un contenu fait de kératine compacte de type trichilemmale sans foyers de proliférations. Du fait de son caractère bénin, le traitement repose sur une ablation du kyste avec sa coque.

Conclusion :

Ainsi, ces 2 cas rapportés soulignent la possibilité d'une présentation exophytique du KT, la présence de calcifications radiologique chez une jeune peut être dû à un kyste trichilemmal calcifié, et le diagnostic définitif qui ne peut être établi qu'à l'aide de l'histopathologie.

Le granulome élastophagique annulaire : une dermatome granulomateuse très rare

Z.Mernissi , M.Aboudourib ,L.Bendaoud , O.Hocar, S.Amal

Service de Dermatologie-Vénérologie CHU Mohammed VI ,Marrakech-Maroc

Introduction :

Le granulome élastophagique annulaire à cellules géantes est une dermatose granulomateuse rare . Elle est caractérisée histologiquement par la phagocytose des fibres élastiques par des cellules multinucléées. Nous rapportons cette entité chez un homme ayant bien évolué après un traitement par antipaludéens de synthèse.

Observation :

Un homme âgé de 53ans, sans antécédents pathologiques particuliers ni notion de prise médicamenteuse, a consulté pour des lésions annulaires prurigineuses à bordures surélevées et à centre atrophique évoluant depuis 6mois . Ces lésions siégeaient au niveau des avant-bras et des membres inférieurs .L'examen dermoscopique a montré des points folliculaires jaunes orangés sur un fond erythemato-blanchâtre. L'examen histologique d'une biopsie de la bordure érythémateuse était caractéristique d'un granulome élastolytique annulaire à cellules géantes.

Un traitement topique par dermocorticoïde s'était avéré inefficace. Ensuite, un traitement par antipaludéens de synthèse (hydroxychloroquine 400 mg/j) était entrepris, suivi d'une régression des lésions.

Discussion:

Le granulome annulaire élastophagique à cellules géantes est une dermatose rare dont une trentaine de cas ont été rapportés dans la littérature anglosaxonne. L'aspect clinique est très évocateur avec des lésions érythémato-papuleuses isolées ou groupées en anneaux à bordures surélevées et à centre plus clair d'évolution atrophique. Les lésions prédominent souvent sur les zones photo-exposées. L'aspect histologique est caractéristique, avec une image de granulome élastophagique à cellules géantes qui donne son nom à cette affection. Cet aspect permet de le différencier d'autres maladies granulomateuses. L'étiologie est toujours inconnue et le traitement est empirique. L'évolution spontanée vers la guérison est possible et aucun traitement n'a obtenu des résultats constants. Les antipaludéens de synthèse semblent obtenir des résultats favorables même si dans certains cas ils n'ont permis qu'une rémission partielle. Parmi les autres traitements qui peuvent être utilisés, on peut citer : l'excision chirurgicale dans les formes localisées et isolées, la clofazimine avec possible récurrence des lésions à la baisse de la posologie, la ciclosporine, le méthotrexate sans succès, le tranilast avec une bonne efficacité. Les corticoïdes en injections intralésionnelles ou par voie générale ont également été utilisés. Dans notre cas, les corticoïdes locaux très puissants ont été inefficaces et les antipaludéens de synthèse ont permis une régression des lésions annulaires.

Conclusion:

Le granulome élastophagique annulaire à cellules géantes est une dermatose inflammatoire rare d'étiopathogénie inconnue. Son aspect histologique est pathognomonique et son traitement reste mal codifié.

Plasmocytomes cutanés chez une femme suivie pour myélome multiple

M.A. Ennaciri, S. Baraz, R. Baba, S. Nejari, G. Basri, Y. Zemmez, M. Amraoui, R. Frikh, N. Hjira

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

Introduction : Les proliférations plasmocytaires sont caractérisées par l'expansion clonale de plasmocytes sécrétant des immunoglobulines monoclonales ou ses fragments dans le sang ou dans l'urine. L'atteinte cutanée est rare mais variée. Nous rapportons ici un cas de plasmocytomes cutanés sur myélome multiple

Observation : Une patiente de 62ans, ayant présenté un myélome multiple avec atteinte osseuse et rénale et ayant bénéficié d'une chimiothérapie à base de Melphalan et de Prednisone avec rémission, se présente en hôpital de jour en hématologie avec des papules nodules rouge-violacé indolores discrètement infiltrés à la palpation siègeant électivement au niveau des seins. La dermoscopie montre des aires roses avec vascularisation périphérique pouvant se prolonger vers le centre donnant à la lésion un aspect de toile d'araignée. Une biopsie est réalisée et montre une infiltration clonale par des plasmocytes. Le traitement du myélome multiple est réinstauré et les lésions disparaissent en l'espace de 03 semaines

Discussion : Les plasmocytomes des tissus mous extra-médullaires peuvent intéresser la peau par extension directe d'une lésion squelettique sous-jacente ou par extension métastatique par voie sanguine ou lymphatique. Ils se présentent comme des lésions rouges, violacées, non douloureuses, dermiques ou sous forme de nodules sous-cutanés ; et peuvent se présenter occasionnellement comme un rash érythémateux diffus.

Dans le contexte d'un diagnostic établi de myélome multiple, la survenue de plasmocytomes cutanés est souvent tardive chez des patients traités lourdement, avec extension tumorale importante ou leucémie à plasmocytes. Leur survenue est associée à un mauvais pronostic. La prise en charge thérapeutique repose sur la chimiothérapie et/ou la greffe autologue de cellules souches. Parmi les autres manifestations cutanées des proliférations plasmocytaires, on cite l'amylose AL, la cryoglobulinémie, le syndrome de Schnitzler et le scléromyxoedème

Conclusion : L'aspect dermoscopique des plasmocytomes cutanés n'a jamais été décrit préalablement dans la littérature et peut faciliter le diagnostic de cette affection souvent associée à un pronostic lourd ; cependant l'histologie garde sa place pour la certitude diagnostique.

Porome eccrine à évolution rapide chez une femme enceinte :

S.BARAZ, A.ENNACIRI, R.BABA, M.AMRAOUI, Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA
Service de dermatologie vénérologie, Hôpital Militaire d'instruction Med V RABAT

Introduction : Le porome eccrine est une tumeur bénigne rare des glandes sudoripares, généralement asymptomatique et à croissance lente. Cependant, les modifications hormonales et immunologiques liées à la grossesse peuvent influencer son développement. Nous présentons le cas d'une femme enceinte de 31 ans ayant développé un porome eccrine plantaire douloureux.

Observation : La patiente, enceinte à 28 semaines d'aménorrhée, consulte pour une masse douloureuse sur la plante du pied gauche, initialement sous forme de petite papule depuis 5 ans, ayant rapidement augmenté durant la grossesse. L'examen clinique révèle une lésion unique, bourgeonnante de 2 cm de diamètre, pédiculée, à surface kératosique légèrement érodée. Cette lésion est légèrement prurigineuse avec douleur et saignement au moindre traumatisme ce qui altérerait la qualité de vie de la patiente. Il n'y avait pas de signes systémiques associés, et aucun antécédent personnel ou familial de tumeurs cutanées n'a été rapporté. Une biopsie exérèse a confirmé un porome eccrine sans malignité. L'évolution était favorable sans récurrence avec un recul d'une année.

Discussion : Le porome eccrine est une tumeur rare des glandes sudoripares, dont la croissance peut être influencée par les modifications physiologiques de la grossesse, notamment hormonales et immunologiques. Le cas de cette patiente s'inscrit dans un contexte où l'activité accrue des glandes eccrines est fréquemment observée durant la grossesse. Cette augmentation pourrait contribuer à la prolifération des cellules tumorales. En outre, la hausse des niveaux d'angiotensine II pendant la grossesse pourrait aussi jouer un rôle, en stimulant la prolifération cellulaire via les récepteurs de type 1 de l'angiotensine, retrouvés dans certaines cellules tumorales. Bien que la transformation maligne des poromes eccrines en porocarcinomes reste rare, elle a été rapportée, notamment en période de grossesse. Ce risque potentiel, ainsi que la variabilité morphologique des poromes eccrines, renforce la nécessité de confirmer le diagnostic par des examens histopathologiques pour écarter d'autres diagnostics différentiels tels que le granulome pyogénique, le carcinome basocellulaire ou encore le mélanome achromique. Le suivi post-opératoire s'avère crucial pour surveiller l'éventuelle récurrence.

Conclusion : Le porome eccrine, bien que relativement rare, peut évoluer rapidement et devenir symptomatique pendant la grossesse. Le cas clinique rapporté illustre la nécessité d'un diagnostic et une prise en charge précoces. L'exérèse chirurgicale et un suivi à long terme sont recommandés pour prévenir les complications et optimiser la qualité de vie de la patiente ?

Un pseudolymphome mimant une leishmaniose cutanée

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

Service de dermatologie, centre hospitalier Hassan II FES

Introduction : Le pseudolymphome cutané à cellules B est une prolifération lymphoïde réactive, souvent déclenchée par divers stimuli antigéniques tels que des morsures d'arthropodes, des tatouages ou des réactions médicamenteuses. Bien que la majorité des cas soient idiopathiques, ces lésions cutanées peuvent facilement être confondues avec d'autres pathologies, notamment les infections comme la leishmaniose cutanée. Ce rapport présente le cas d'un patient de 24 ans présentant une lésion mimant une leishmaniose cutanée et dont le diagnostic définitif a été confirmé par l'histologie et l'immunohistochimie.

Observation : Un patient de 24 ans, sans antécédents médicaux significatifs, s'est présenté avec une lésion non douloureuse et non prurigineuse sur le flanc gauche, évoluant depuis neuf mois. L'examen dermatologique a révélé une plaque érythémateuse ovale, légèrement infiltrée, mesurant 2 cm de grand axe. La dermoscopie a mis en évidence un aspect en étoile éclatée, des cercles blancs, ainsi que des vaisseaux en point et linéaires courts. Étant donné le contexte endémique de la leishmaniose, ce diagnostic a été initialement envisagé. Cependant, deux frottis cutanés se sont révélés négatifs. Une biopsie cutanée a été réalisée, montrant un infiltrat inflammatoire dense composé de lymphocytes, de plasmocytes et de macrophages dans le derme papillaire. L'immunohistochimie a révélé des anticorps anti-CD3, anti-CD5, anti-CD8, anti-CD4, anti-CD7 et anti-CD2, marquant l'infiltrat sans caractéristiques phénotypiques spécifiques. Des nodules lymphoïdes B ont été identifiés par le CD20, tandis que le CD1a n'a pas montré de corps de leishmanies. Le diagnostic retenu a été celui de pseudolymphome de type B. Une sérologie borrelienne a été effectuée et est revenue négative. L'évolution a été marquée par une régression spontanée de la lésion après la biopsie, sans récurrence après 1 an.

Discussion : Le pseudolymphome cutané à cellules B se manifeste souvent par des lésions uniques ressemblant à des nodules ou plaques, et son diagnostic peut être difficile en raison de similitudes cliniques avec d'autres affections dermatologiques, telles que la leishmaniose. Dans ce cas, l'aspect dermoscopique et le contexte endémique ont conduit à une suspicion initiale de leishmaniose. Cependant, l'histologie a révélé un infiltrat lymphocytaire dense typique du pseudolymphome, soulignant l'importance de la biopsie et de l'immunohistochimie pour un diagnostic précis. Histologiquement, le pseudolymphome se caractérise par un infiltrat nodulaire, bien limité, avec des centres germinatifs, et l'immunohistochimie permet de différencier cette condition des lymphomes en confirmant le caractère polytypique des lymphocytes B. Concernant le traitement, les options incluent des corticostéroïdes topiques ou intralésionnels, ainsi que d'autres modalités comme l'excision chirurgicale ou la cryothérapie. L'abstention thérapeutique est également une approche valable, compte tenu de la possibilité de régression spontanée, comme observé chez notre patient.

Conclusion : La fréquence de telles lésions dans la peau témoigne certainement de la place particulière de la peau dans l'organisme, en tant que barrière avec le milieu extérieur, soumise aux agressions, et capable de générer un tissu lymphoïde « tertiaire ».

Trichoépithéliomes multiples non familiaux du visage: à propos d'un cas
LS Echarif, M Aboudourib , L Bendaoud , O Hocar ,S Amal
Service de Dermatologie –vénérologie, CHU Mohammed VI de Marrakech
Laboratoire Biosciences et santé , FMPM université Cadi Ayyad ,Marrakech

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. Le préjudice esthétique peut être important pour les patients. Nous rapportant le cas de trichoépithéliomes multiple et diffus chez un patient de 21 ans.

Observation :

Patient âgé de 21 ans, sans antécédents pathologiques particuliers notamment pas de terrain de consanguinité, qui s'est présenté pour des lésions cutanées au niveau du visage et du cuir chevelu évoluant depuis l'âge de 13 ans, sans aucun cas similaire dans la famille.

L'examen dermatologique trouvait des papules translucides, aplaties et globuleuses, roses et chaires, indolores de tailles différentes confluentes par endroits siégeant sur peau saine à la face (nez, sillons naso-géniens, front), pavillon, la partie supérieure du tronc et au niveau du scalp. La dermoscopie objectivait des zones de couleur blanc ivoire, reflétant un processus fibrotique sous-jacent, ainsi que des kystes et des télangiectasies arborescentes proéminentes dans la zone centrale et la périphérie. Il n'y avait pas de structures en feuille d'érable ni de nids ovoïdes. Le reste de l'examen somatique était sans particularité.

Une biopsie cutanée a été réalisée objectivant une prolifération tumorale annexielle, de topographie dermique, symétrique, bien limitée, agencée en petits nodules et lobules faits de cellules épithéliales basaloïdes . Ces cellules sont munies de noyaux ronds ou ovoïdes discrètement augmentés de volume par places et hyperchromes. Leur cytoplasme est moyennement abondant basophile. Ces nodules sont. Le stroma est cellulaire, hyalinisé par endroits sans signes de malignités

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'est pas encore faite. Un traitement combiné par laser CO₂ et sirolimus topique dosé à 1 % à raison de 2 fois par jour a été proposé.

Discussion :

Le trichoépithéliome est une tumeur bénigne du follicule pilo-sébacé se manifestant généralement par une lésion solitaire non héréditaire, ou par des lésions multiples souvent héréditaires. Il n'y a pas de prédilection perceptible pour le sexe ou l'appartenance ethnique. Avec une prévalence inconnue, la tumeur apparaît principalement dans la petite enfance ou à la puberté. Ils sont la cause d'une gêne esthétique importante.

La présentation clinique classique est celle de formations papuleuses translucides, aplaties ou globuleuses, de 2 à 5 mm, roses ou blanches, siégeant au visage, les sillons nasogéniens, le nez, la lèvre supérieure, le front et les paupières, occasionnellement, sur le cuir chevelu, le cou ou le haut du tronc. Le patient est par ailleurs asymptomatique. La dermoscopie est une technique de diagnostic non invasive permettant un diagnostic plus précis.

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.

Les options thérapeutiques sont limitées et reposent en grande partie sur des procédures invasives telles que l'excision chirurgicale, l'électrochirurgie, l'ablation par radiofréquence, la dermabrasion, la cryothérapie et la thérapie au laser. La radiothérapie, bien que non invasive, est associée à un risque accru de développement d'un cancer cutané. Les traitements par voies topiques utilisés sont le sirolimus topique 1%, l'imiquimod 5% et la trétinoïne 1%.

Conclusion :

Il n'existe pas de traitement universellement accepté pour les trichoépithéliomes multiples. La multiplicité des lésions augmente leur potentialité de transformation en véritable carcinome basocellulaire, d'où l'intérêt d'un traitement précoce et une surveillance rapprochée.

Hyperkératose simple du mamelon révélant la maladie de Paget

Introduction : La maladie de Paget du sein est une affection rare touchant le complexe mamelon-aréole, souvent associée à un carcinome sous-jacent. Elle se manifeste typiquement par une lésion rouge et ulcérateuse du mamelon ou une lésion érythémateuse et croûteuse, parfois accompagnée de formations nodulaires, d'infiltration et d'inversion du mamelon.

Dans cet article, nous présentons un cas impliquant une lésion hyperkératosique du mamelon diagnostiquée comme une maladie de Paget après examen.

Cas Clinique : Une femme de 40 ans, sans antécédents médicaux significatifs, a consulté pour une lésion hyperkératosique du mamelon évoluant depuis dix ans. L'examen clinique a révélé une plaque hyperkératosique unilatérale mesurant environ 1 cm de diamètre, non douloureuse, non prurigineuse, et adhérente aux couches profondes, localisée sur le mamelon. Le reste de l'examen mammaire était sans particularités. La dermoscopie a montré des amas de kératines sans vascularisation sous-jacente. Une biopsie cutanée par punch a été réalisée, suivie d'une analyse histologique et immunohistochimique, révélant une maladie de Paget avec une coloration positive pour la cytokeratine 7. Une évaluation radiologique complémentaire, comprenant une mammographie et une IRM mammaire, a été demandée, sans anomalies dans les résultats. La patiente a été orientée vers les chirurgiens pour une prise en charge ultérieure.

Discussion : La maladie de Paget touche principalement les femmes ménopausées et souvent associée à une tumeur maligne sous-jacente. Elle se caractérise par une prolifération intraépidermique de cellules épithéliales non liées aux kératinocytes de l'épiderme. Ces cellules sont volumineuses, arrondies, avec des noyaux vésiculaires, dispersées ou regroupées en petits amas à tous les niveaux de l'épiderme. La maladie de Paget affecte principalement le mamelon et, plus rarement, d'autres zones apocrines extramammaires (anogénitale, axillaire).

Cliniquement, des altérations de la sensibilité du complexe mamelon-aréole, telles que des démangeaisons et des sensations de brûlure, sont observées. Des réactions eczématiformes du complexe mamelon-aréole sont courantes. Les stades avancés de la maladie de Paget du sein se caractérisent par l'ulcération et la destruction de ce complexe. Une biopsie cutanée profonde avec un examen histopathologique et immunohistochimique est nécessaire pour poser le diagnostic et la différencier des autres types de tumeurs.

La prise en charge est multidisciplinaire déterminant la stratégie de traitement optimale. Les options thérapeutiques sont généralement chirurgicales et incluent la chirurgie conservatrice du sein ou la mastectomie. Une biopsie du ganglion sentinelle est réalisée chez toutes les patientes

opérées. Une chimiothérapie adjuvante, une radiothérapie ou une hormonothérapie peuvent être utilisées pour traiter une maladie invasive concomitante ou un carcinome canalaire in situ.

Le pronostic dépend du stade de développement et semble similaire à celui des autres types de cancer du sein : le taux de survie globale à 10 ans des patientes atteintes de la maladie de Paget est de 90 % en l'absence de masse palpable et de moins de 40 % en cas de masse palpable.

Conclusion : Bien que rare, la maladie de Paget du sein doit être envisagée en présence de toute modification chronique du complexe mamelon-aréole sans autre cause évidente, nécessitant un examen approfondi, y compris une mammographie.

Éruption réticulée des extrémités : penser à la mucinose érythémateuse réticulée

Dr ESSOLAYMANY H, Pr DOUHI Z, Pr SOUGHI M, Pr ELLOUDI S, Pr BAYBAY, Pr MERNISSI F

Service de dermatologie CHU HASSAN II DE FÈS, Maroc

Introduction : La mucinose érythémateuse réticulée est une affection rare classée parmi les mucinoses cutanées primaires, dont l'étiologie précise n'est pas claire. Si la plupart des cas rapportés sont sporadiques, quelques cas familiaux ont été signalés. Nous rapportons le cas d'une femme de 30 ans présentant une mucinose érythémateuse réticulée exclusivement au niveau des extrémités.

Observation : Femme de 30 ans, sans antécédents, qui présente une éruption érythémateuse non prurigineuse des membres supérieurs et inférieurs évoluant depuis 5 mois. Elle rapporte l'exacerbation des lésions avec la chaleur, une photosensibilité, sans autre signe systémique. L'examen clinique trouve des plaques érythémateuses légèrement infiltrées à disposition réticulée, siégeant au niveau des membres supérieurs et inférieurs, sans atteinte du reste du corps ni des muqueuses. La dermoscopie montre des vaisseaux en points à distribution périfolliculaire sur un fond rosé. L'histologie a révélé un infiltrat périvasculaire et parfois périfolliculaire de cellules mononuclées, sans modification de l'épiderme. La coloration Bleu alcian-PAS a montré les dépôts de mucine parmi les faisceaux de collagène dermiques, confirmant le diagnostic. Les examens biologiques réalisés étaient sans anomalies, notamment les anticorps antinucléaires qui sont revenus négatifs. En raison du refus de la patiente à prendre un traitement par antipaludéens de synthèse, nous l'avons mis sous dermocorticoïdes avec une rémission complète en 3 mois.

Discussion : La mucinose érythémateuse réticulée est une pathologie rare, qui affecte principalement les femmes jeunes. Elle se manifeste cliniquement par des macules, papules ou des plaques érythémateuses formant un motif réticulé au niveau de la région médio-thoracique et médio-dorsale. Les lésions sont asymptomatiques ou légèrement prurigineuses. Cette affection est bénigne, mais peut persister pendant plusieurs années en absence de traitement. En dehors des localisations typiques, des sites moins communs tels que le visage, les extrémités, l'abdomen ou les cicatrices chirurgicales ont été rapportés. Cependant, ces occurrences étaient toujours accompagnées de lésions simultanées sur la région médio-thoracique. Les perturbations hormonales et l'exposition solaire sont les principaux facteurs aggravants. La mucinose érythémateuse réticulée n'est en général pas associée à une maladie systémique, ni à des anomalies biologiques, toutefois, des associations à des cas de lupus discoïde, dysthyroïdie, diabète, cancer du sein ont été rapportées. Les antipaludéens de synthèse restent le traitement de choix.

Conclusion : La mucinose érythémateuse réticulée est une affection dermatologique à prédominance féminine, qui pose essentiellement un problème de diagnostic différentiel avec les différentes

dermatoses réticulées. Le diagnostic de cette pathologie peu courante permet un traitement approprié et surtout de rassurer les patients par rapport à son caractère bénin et inoffensif.

Un Spiradénome eccrine faisant le diagnostic différentiel avec un kyste épidermoïde : À PROPOS D'UN CAS

Meryeme BOUTAAROURT, Ouiame EL JOUARI, Salim GALLOUJ

Service de dermatologie-vénérologie, CHU Mohamed VI Tanger

Faculté de Médecine et de Pharmacie Tanger

Université Abdelmalek Essaadi

INTRODUCTION :

Le spiradénome eccrine est une tumeur annexielle bénigne rare développée aux dépens de l'épithélium des glandes eccrines cutanées, décrite pour la première fois par Kersting et Helwig en 1956. Il peut survenir à tout âge, mais touche particulièrement les jeunes adultes sans prédilection de sexe.

Il se manifeste sous forme d'un nodule dermique solitaire, arrondi, ferme et parfois douloureux, à croissance lente, qui s'étend progressivement au fil du temps. Il est souvent localisé sur la région céphalique du corps notamment sur le tronc, mais il peut être situé sur les extrémités supérieures et inférieures, en particulier la face dorsale.

Le diagnostic est évoqué cliniquement mais vu que ses caractéristiques cliniques ne sont pas spécifiques, il nécessite une exérèse avec analyse histologique pour être confirmé.

Etant donné que c'est une tumeur annexielle rare, nous en rapportons un cas survenu chez un sujet âgé et qui faisait un diagnostic différentiel avec le kyste épidermoïde.

OBSERVATION :

Il s'agit d'un patient âgé de 61 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui présente depuis 6 ans une lésion cutanée sur le dos, indolore et non prurigineuse, augmentant progressivement de taille au fil des années et évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général.

L'examen clinique objectivait un nodule sous-cutané, de consistance ferme, mobile par rapport au plan profond et fixe par rapport au plan superficiel, mesurant 3 cm de grand axe, faisant évoquer un kyste épidermoïde. Une exérèse complète de la lésion incluant la coque périphérique a été réalisée pour examen anatomopathologique.

L'étude histologique a révélé une prolifération tumorale bénigne non connectée à l'épiderme, disposée en nappes diffuses et en petites structures glandulaires et composée de cellules basaloïdes de petite taille présentant de discrètes atypies cytonucléaires, avec la présence de

dépôts hyalins éosinophiles sous forme de gouttelettes et de bandes, ainsi qu'un discret infiltrat inflammatoire lymphocytaire dispersé. Le stroma est grêle, abritant une prolifération vasculaire diffuse avec des cellules endothéliales turgescentes.

Un complément immunohistochimique a été fait montrant un marquage cytoplasmique diffus de forte intensité des anticorps anti-AE1/AE3.

La clinique ainsi que l'histologie couplée à l'immunohistochimie ont conclu au diagnostic de spiradénome eccrine.



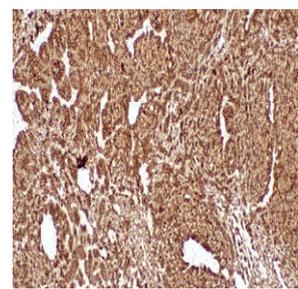
Aspect clinique de la lésion



En per-opératoire



Exérèse de la lésion



Marquage cytoplasmique fort et diffus des cellules tumorales par l'anticorps anti-cytokératine

DISCUSSION :

Le spiradénome eccrine est une tumeur bénigne rare développée aux dépens de la glande sudoripare et issue d'une différenciation eccrine. Cliniquement, la lésion se présente le plus souvent sous forme de tumeur solitaire (dans 97 % des cas), de taille supérieure à 1 cm (peut atteindre un diamètre de 5 cm)¹, bien définie, de couleur chair ou rose à bleuâtre, de consistance ferme, à caractère parfois douloureux survenant de manière paroxystique (ce qui n'est pas le cas chez notre patient), pouvant siéger sur n'importe quelle partie du corps avec une prédilection pour le tronc, néanmoins 20% des cas surviennent sur les extrémités².

Malgré sa bénignité dans l'immense majorité des cas, une transformation maligne du spiradénome eccrine est possible, elle est rapportée dans 50 cas dans la littérature⁴, avec une agressivité non négligeable, un risque de métastases assez important (environ 50 %²). Sa malignité doit être suspectée en cas d'apparition de douleurs qui n'existaient pas auparavant, d'accentuation de la sensibilité, de changement de couleur, de croissance rapide, de saignement ou d'ulcération d'une lésion restée stable depuis longtemps¹, ce qui fait du diagnostic précoce une préoccupation majeure.

Bien que l'étiologie exacte de ce type de lésions soit inconnue, on sait actuellement que la pathogénèse est liée à la différenciation de la partie sécrétoire des glandes sudoripares eccrines³ et que la douleur est liée à de petits axones démyélinisés qui pénètrent dans le manteau stromal hyalin.

Sur le plan histologique ; le spiradénome eccrine présente un ou plusieurs lobules intradermiques basophiles enveloppés dans une capsule fibreuse sans connexion à l'épiderme. Sous grossissement, des cellules basaloïdes comprenant deux morphologies distinctes sont visibles ; de petites cellules foncées avec des noyaux hyperchromatiques compacts en périphérie et de grandes cellules plus claires avec plus de cytoplasme et des noyaux ovoïdes au centre¹.

L'excision chirurgicale reste la méthode thérapeutique de référence, avec de faibles taux de récurrences documentés². Cependant, dans les cas d'ablation chirurgicale incomplète, un risque élevé de récurrence locale a été signalé.

CONCLUSION :

Le spiradénome eccrine est une entité tumorale rare dont la principale caractéristique clinique est la présence de douleur qui survient généralement de manière paroxystique. Un diagnostic précis est crucial en raison de la possibilité d'évolution vers une tumeur maligne potentiellement mortelle, ce qui est un phénomène rare et se produit le plus souvent dans la variante multiple. L'excision chirurgicale précoce et complète est un outil diagnostique mais aussi une option thérapeutique curative.

En plus de sa rareté, la survenue chez un sujet âgé et avec un caractère indolore fait toute la particularité de notre publication.

RÉFÉRENCES :

1. <http://www.surgicalcosmetic.org.br/details/387/en-US/eccrine-spiradenoma--a-case-report>
2. <https://medcraveonline.com/MOJOR/eccrine-spiradenoma-as-a-differential-diagnosis-in-chronic-soft-tissue-lesions-of-the-foot.html>
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5500730/>
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4803810/>

Pseudolymphome cutané secondaire à la vaccination : une difficulté clinique et de prise en charge

H. KHERBACH ; B. EL IDRISSE ; S. MHAIMER ; S. EL MSAYRYB ; C. EZZAKI ; R. CHAKIRI

Département de Dermatologie et Vénérologie, CHU Souss-Massa, Agadir, Maroc

Introduction :

Le pseudolymphome cutané est défini comme une prolifération lymphocytaire dont l'évolution est bénigne. Il constitue une complication très rare de la vaccination.

Observation :

Cas 1 :

Il s'agit d'une patiente âgée de 45 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui s'est présentée à notre consultation pour de multiples plaques et nodules érythémato-violacées prurigineuses au niveau du visage, du bras gauche et du dos évoluant depuis 28ans apparaissant 1 mois après sa 2^{ème} injection de vaccin anti-tétanique. Suite à deux biopsies cutanées réalisées en 2013 et 2021, revenant en faveur de pseudo-lymphome, la patiente été mise sous hydroxychloroquine, injection de méthotrexate, injection sous cutanée de corticoïdes et sous dermocorticoïdes mais sans amélioration. Chez nous, la patiente a bénéficié d'un examen dermoscopique qui a montré un fond érythémateux, des stries et des squames blanchâtres, une vascularisation polymorphe faite de vaisseaux en points, de vaisseaux télangiectasiques et de

vaisseaux linéaires. La patiente a également bénéficié d'une autre biopsie cutanée et l'étude anatomo-pathologique a montré un aspect morphologique d'infiltrats lymphocytaires nodulaires du derme moyen et profond à prédominance de petites cellules non épidermotropes qui a été en faveur d'un pseudo-lymphome cutané. La patiente a été mise sous thalidomide mais a présenté 4 jours après la prise, un angioedème du visage, qui a contre-indiqué toute réintroduction ultérieure.

Cas 2 :

Il s'agit d'une patiente âgée de 44ans suivie pour dépression et anxiété. Qui a présenté, suite à sa vaccination contre la grippe en 2001, des plaques et nodules prurigineux érythémateux-violacés sur son visage et son dos accompagnés de polyarthralgies inflammatoires. Les diagnostics envisagés suite à plusieurs biopsies cutanées étaient un pseudo-lymphome cutané, un lupus tumidus ou une panniculite lupique. Divers traitements dont l'hydroxychloroquine, le méthotrexate et le thalidomide ont été testés sans succès. L'histopathologie a finalement confirmé un pseudolymphome cutané caractérisé par une majorité d'infiltrats de lymphocytes B et a ensuite été mise sous rituximab mais sans amélioration.

Discussion :

Le développement d'un pseudo-lymphome cutané après la vaccination est rare. L'hydroxyde d'aluminium est un adjuvant utilisé dans de nombreux vaccins (hépatite A, hépatite B, tétanos, DTPolio). Ces vaccins peuvent générer parfois des réactions d'hypersensibilité retardée. Des nodules peuvent apparaître dès la première dose injectée ou lors d'une injection de rappel, peuvent être asymptomatiques mais peuvent également s'accompagner de prurit. Ils sont généralement spontanément résolutifs en quelques semaines et beaucoup plus rarement ces nodules persistent longtemps, c'est le cas de nos patientes. Par ailleurs la non réponse de nos patientes à l'ensemble des propositions thérapeutiques, y compris l'hydroxychloroquine, qui a prouvé son efficacité dans diverses affections cutanées, laisse supposer une possible résistance ou l'existence d'une pathologie plus complexe. Ceci suggère que le pseudo-lymphome cutané induit par le vaccin pourrait nécessiter une stratégie thérapeutique différente de celles utilisées pour d'autres pseudolymphomes.

Conclusion :

Les pseudolymphomes cutanés sont des proliférations lymphoïdes bénignes pouvant relever de plusieurs étiologies parmi lesquelles les piqûres d'insectes, les traumatismes, les tatouages et certains médicaments sont les plus connus. La vaccination étant une cause rare de survenue de cette pathologie, nécessite des recherches approfondies afin de mieux comprendre le mécanisme

précis de ces pseudolymphomes post-vaccinale dans le but de développer des traitements adéquats et efficaces

Syringocystadénome papillifère un cas de type nodulaire solitaire

S.Nejjarii¹, M.El Jazoulyi¹,I.Chikhaouii¹,G.Basri¹,K.Slamti¹,S.Chiheb¹⁻²

1- Hôpital universitaire internationale Cheikh khalifa 2- CHU Ibnou Rochd

Introduction : Les tumeurs annexielles cutanées sont des tumeurs primitives à la fois rares et hétérogènes. Elles sont le plus souvent bénignes et rarement malignes. Elles sont dominées du point de vu morphologique par leur polymorphisme lésionnel. Le diagnostic repose essentiellement sur l'étude anatomopathologique vu que l'aspect clinique n'est pas spécifique et parfois trompeur. Nous rapportons le cas d'un syringocystadénome papillifère diagnostiqué initialement comme un kyste trichillemmal.

Cas clinique : Une femme âgée de 67 ans, sans antécédents , se présentait pour un nodule pédonculé en forme de dôme du cuir chevelu de couleur chair rosée mesurant 15 mm, associé à des douleurs en regard de la lésion évoluant depuis 1 an et demi. Les diagnostics d'un kyste trichillemmal et d'un hydrocystome étaient évoqués. Une échographie fut réalisée sans particularités. L'examen histopathologique montrait un tissu conjonctivo-fibreux, siège d'une formation kystique, comblée par endroits de papilles. Ces dernières étaient bordées d'une double assise, faite de cellules cylindriques hautes et de cellules myoépithéliales régulières. Plus en profondeur on notait la présence de sinus et de glandes régulières également bordées d'une double couche cellulaire régulière. Actuellement, en post opératoire, la patiente ne présente aucun signe de récidence locale.

Discussion : Le syringocystadénome papillifère est une tumeur cutanée annexielle survenant pendant l'enfance ou l'adolescence. Il se présente généralement sous la forme d'une papule ou d'une plaque lisse sur le front, 75 % des cas sont rapportés dans la région de la tête et du cou, survenant de novo ou associés à un naevus sébacé. L'examen histopathologique des échantillons de tissus excisés est essentiel pour établir un diagnostic précis, pour exclure une transformation maligne et pour différencier les autres diagnostics possibles. Bien que la confirmation est histologique, la dermoscopie nous permet d'orienter le diagnostic en retrouvant des structures papillaires exophytiques, une dépression centrale, des érosions et des vaisseaux en épingle à cheveux ou polymorphes. Des associations avec d'autres tumeurs aussi bien bénignes comme le cystadénome apocrine que malignes comme le carcinome basocellulaire et verruqueux ont été rapporté dans la littérature. La particularité de notre cas réside dans la rareté du syringocystadénome papillifère, sa localisation, la présence de douleur et sa survenue chez une femme adulte de 67 ans.

Conclusion : Le syringocystadénome papillifère, bien que bien décrit, est une tumeur relativement rare et le cuir chevelu est une localisation peu commune. Les tumeurs solitaires dans des localisations inhabituelles génèrent de nombreux diagnostics différentiels et doivent être envoyées pour un examen histopathologique.

PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES TUMEURS CUTANÉES BÉNIGNES AU CHU SOUSS MASSA

S.MHAIMER; I.LAKHAL; S.AIT OUSSOUSS; S.BELLASRI; I.ZOUINE;
F.ELALAOUI ELABIDI; H.ELHALLA; B.ELIDRISSI; H.KHERBACH; M.AOUZAL;
S.ELMSAYRYB; N.AITABDELALI; Z.MORTAJI; N.KAYOUH; C.EZZAKI;
C.HAKKAOUI; R. CHAKIRI

DEPARTMENT DE DERMATOLOGIE VENEROLOGIE. CHU SOUSS MASSA

Introduction

Les tumeurs cutanées bénignes représentent une large part des consultations en dermatologie. Cette étude vise à décrire le profil épidémiologique et clinique des tumeurs cutanées bénignes dans notre région, en analysant les caractéristiques démographiques des patients ainsi que les types et localisations des tumeurs les plus fréquemment rencontrées.

Matériels et Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service de dermatologie de notre CHU. Les données ont été recueillies à partir des registres de consultation en incluant tout patient diagnostiqué avec une tumeur cutanée bénigne sur une période de 3 ans allant du mai 2021 à aout 2024.

Résultats

Données Épidémiologiques

L'étude a inclus un total de 206 patients, avec des extrêmes d'âges allant de 1 à 89 ans, pour une moyenne de 34,8 ans. La majorité des patients étaient de sexe féminin, représentant 65,48 % de l'ensemble des cas.

Données Cliniques

Types de Tumeurs:

Les tumeurs cutanées bénignes les plus fréquentes étaient d'origine épidermique, observées chez 67 patients (32,5 %). Elles étaient suivies par les tumeurs dérivées du follicule pileux (51 cas, 24,8 %), les tumeurs vasculaires (34 cas, 16,5 %), les tumeurs fibreuses (31 cas, 15 %), les tumeurs d'origine sébacée (17 cas, 8,1 %), les tumeurs sudorales (4 cas, 2 %) et enfin, les tumeurs nerveuses (3 cas, 1,5 %).

Principales Tumeurs :

- **Tumeurs épidermiques :**
 - Verrues : 44 cas (21,4 %), principalement sous forme vulgaire (58 %) et plane (23 %).
 - Kératoses séborrhéique (KS) : 18 cas (8,7 %).
 - Condylomes : 2 cas (1 %).
 - Hamartomes épidermiques : 2 cas (1 %).
- **Tumeurs pilo-folliculaires :**
 - Kystes trichilemmaux : 28 cas (13,6 %).

- Kystes épidermoïdes : 17 cas (8,3 %), surtout localisés au visage chez les jeunes.
- Pilomatricomes : 3 cas (1,5 %).
- **Tumeurs vasculaires :**
 - Hémangiomes : 13 cas (6,3 %), principalement chez les jeunes enfants, souvent localisés au visage.
 - Botriomycomes : 12 cas (5,8 %), principalement sur les mains, avec une durée d'évolution inférieure à un an.
 - Angiolipomes : 2 cas (1 %).
 - Angiomes rubis : 4 cas (1,9 %).
 - Tumeurs glomiques : 2 cas (1 %).
- **Tumeurs fibreuses :**
 - Molluscum pendulum : 25 cas (12,1 %), observé surtout chez les adultes, notamment dans la région du cou et périorbitaire.
 - Histiocytofibromes : 6 cas (2,9 %).
- **Tumeurs sébacées :**
 - Grains de milium : 11 cas (5,3 %).
 - Hyperplasies sébacées : 5 cas (2,4 %).
 - Naevus de Jadassohn : 2 cas (1 %).
 - Sébocystomatose : 1 cas (0,5 %).
- **Tumeurs sudorales :**
 - Syringomes : 4 cas (1,9 %).
- **Tumeurs nerveuses :**
 - Neurofibromes : 3 cas (1,5 %).

Localisation des Tumeurs : La majorité des tumeurs étaient localisées sur le visage (64 cas, 32,5 %), suivies des extrémités (56 cas, 28,4 %), avec 29 cas (14,7 %) affectant les membres inférieurs et 27 cas (13,7 %) les membres supérieurs. Le cuir chevelu était concerné dans 26 cas (12,6 %), tandis que le tronc présentait 21 cas (10,2 %).

Durée d'Évolution : La durée d'évolution des tumeurs variait considérablement. Certaines tumeurs ont été identifiées en moins d'un an, tandis que d'autres avaient une durée d'évolution imprécise.

Symptômes : Bien que la majorité des tumeurs cutanées bénignes soient asymptomatiques, le motif principal de consultation était leur aspect inesthétique. Toutefois, 31 patients (15,7%) ont rapporté des douleurs, et 11 patients (5,5 %) se plaignaient de prurit.

Discussion

Les tumeurs cutanées bénignes forment un groupe hétérogène, englobant à la fois des tumeurs épithéliales et des tumeurs du tissu conjonctif. Notre étude confirme cette diversité, avec une

prédominance des tumeurs d'origine épidermique et pilo-folliculaire, ainsi qu'une représentation significative des tumeurs vasculaires et fibreuses.

Les résultats de notre étude sont cohérents avec ceux de travaux antérieurs. Par exemple, une étude réalisée à Sfax sur une période de 10 ans a révélé que les dermatofibromes étaient les tumeurs les plus fréquentes, touchant 50 % des patients. D'autres tumeurs telles que les léiomyomes, les tumeurs glomiques, et les angioliipomes ont également été observées dans des proportions significatives. De même, une étude menée au CHU de Marrakech sur 8 ans a recensé 121 tumeurs conjonctives cutanées, avec une prédominance des tumeurs vasculaires (35,5 %) et fibreuses (35 %), localisées principalement au niveau des membres inférieurs. Ces résultats montrent une similitude avec notre étude, où les tumeurs vasculaires et fibreuses sont également courantes, bien que notre échantillon présente une distribution plus marquée des tumeurs d'origine épidermique.

L'âge moyen des patients dans notre étude (34,8 ans) est similaire à celui rapporté à Marrakech (36 ans), et le fait que la majorité des tumeurs bénignes soient localisées dans des zones visibles, comme le visage, explique en partie la fréquence des consultations dermatologiques. Ces tumeurs, bien que bénignes, sont souvent perçues comme inesthétiques, ce qui pousse les patients à consulter, même en l'absence de symptômes graves.

Conclusion

Cette étude a mis en évidence la diversité des tumeurs cutanées bénignes dans notre population, avec une prédominance des tumeurs épidermiques et fibreuses. L'étude souligne l'importance d'une prise en charge dermatologique adaptée pour ces lésions bénignes, en particulier en raison de leur impact potentiel sur la qualité de vie des patients. Les perspectives proposées offrent des pistes pour approfondir les connaissances et améliorer la prise en charge des tumeurs cutanées bénignes dans cette région.

Tumeur de langue chez une femme enceinte : Granulome pyogénique de la langue.

F. Boukamza ; O. Eljouari ; S. Gallouj

Université Abdelmalek Saïdi , Centre hospitalier universitaire de Tanger ; service dermatologie

Introduction :

Le granulome pyogénique ou botriomycome est une tumeur inflammatoire bénigne de la peau et des muqueuses. Il survient à la suite d'une irritation chronique, d'un traumatisme ou d'une modification hormonale durant la grossesse. Dans la cavité buccale, il intéresse le plus souvent la muqueuse gingivale, plus rarement la muqueuse linguale, labiale, palatine ou jugale.

Un cas de granulome pyogénique lingual chez une femme enceinte est rapporté.

Observation :

Une jeune femme de 26 ans, enceinte de 9 mois, a consulté dans le Service de Dermatologie , pour un saignement spontané d'une lésion au niveau buccal , associé à une gêne à la déglutition évoluant depuis deux mois . L'examen endobuccal a révélé une tumeur bourgeonnante d'environ 1,5 × 1 cm, pédiculée, molle, indolore, rouge violacé, siégeant au niveau de la pointe de la langue

, qui faisait évoquer un granulome pyogénique . En raison de la gêne à la déglutition et des saignements spontanés répétés, l'exérèse de la tumeur a été programmée .

Après traction de la tumeur avec un fil de suture , l'exérèse a été réalisée au bistouri électrique avec cautérisation de la base d'implantation. La pièce opératoire mesurait 15×1×0,8 cm. L'examen microscopique a montré un bourgeon charnu recouvert par une muqueuse malpighienne ulcérée , aspect caractéristique d'un granulome pyogénique.

Discussion:

Le granulome pyogénique siège rarement sur la langue . La localisation gingivale représente plus de 75 % des cas rapportés. La pathologie peut être retrouvée à tous les âges mais elle est plus fréquente lors des deuxième et troisième décennies . Sa prévalence chez la femme enceinte varie entre 5 et 8 % . Il est le plus souvent observé après le premier trimestre de la grossesse, en rapport avec les modifications hormonales . Le niveau élevé des hormones sexuelles (œstrogènes et progestérone) stimule l'expression des facteurs angiogéniques dans les tissus inflammatoires. Ces facteurs qui ont un rôle important dans la morphogénèse vasculaire, sont retrouvés en quantité importante dans les granulomes pyogéniques pendant la grossesse et en faible quantité après l'accouchement . Dans le diagnostic différentiel, il faut évoquer le granulome périphérique à cellules géantes, le sarcome de Kaposi, le carcinome épidermoïde, l'hémangiopéricytome, l'angiosarcome . La plupart des granulomes pyogéniques survenant pendant la grossesse régresseraient après l'accouchement . Certains auteurs préconisent d'intervenir après l'accouchement pour éviter tout risque d'accouchement prématuré . Dans ce cas, l'âge de la grossesse, la gêne liée à la déglutition et les saignements spontanés ont amené à poser l'indication d'une exérèse immédiate. Plusieurs autres traitements peuvent être envisagés : exérèse au laser CO₂, cryochirurgie à l'azote, injection intralésionnelle de corticostéroïdes ou d'agents sclérosants

Conclusion :

Le botrimycome de langue est une tumeur bénigne rare. Les modifications hormonales chez la femme enceinte jouent un rôle important dans la genèse de cette tumeur.

Le naevus bleu cellulaire atypique : un dilemme diagnostique

Introduction : Le nævus bleu cellulaire atypique est une lésion rare observée chez l'adulte, dont les caractéristiques anatomocliniques sont intermédiaires entre celles du nævus bleu cellulaire typique et du nævus bleu malin. Nous rapportons le cas d'un patient atteint de cette entité.

Observation : Un homme de 65 ans, sans antécédents particuliers, se présente pour une lésion cutanée du pied droit, évoluant depuis plusieurs années et ayant brutalement augmenté de taille et d'aspect depuis 4 mois. L'examen clinique a objectivé une lésion nodulaire en forme de dôme ferme, située en regard de la malléole externe, d'aspect ulcéré, pigmentée de couleur bleu-marron avec des teintes jaunâtres par endroits, reposant sur une base pigmentée bleu grisâtre. La dermoscopie a mis en évidence une coloration polychromatique bleu-marron, un voile blanchâtre et des structures vasculaires, ainsi qu'un fond érythémateux. Une exérèse a été faite et l'examen histologique a montré une lésion mélanocytaire dermo- hypodermique très pigmentée de 10mm d'épaisseur., cellulaire avec un contingent dermique mal limité et une expansion hypodermique arrondie en « battant de cloche » refoulant l'hypoderme, en faveur d'un naevus bleu cellulaire atypique ou d'un naevus bleu malin. Un complément immunohistochimique a montré une expression intense des marqueurs mélanocytaires HMB45 et MelaA par les cellules proliférantes avec un faible index prolifératif (Ki67 :2%) et l'étude moléculaire n'a pas mis en évidence d'amplification de HER-2. A ce stade le diagnostic retenu était celui d'un naevus cellulaire atypique, un bilan d'extension a été réalisé qui n'a objectivé aucune atteinte à distance, et aucune récurrence n'a été notée au bout de 6 mois.

Discussion : Notre cas souligne la difficulté de la prise en charge de cette entité encore mal comprise, dont les caractéristiques anatomopathologiques ne sont pas bien établies. La présence de mitoses, d'ulcérations, d'infiltrations, d'atypies cytologiques ou de nécroses dans les naevus bleus cellulaires atypiques est possible, compliquant leur différenciation des mélanomes. Leur croissance est inhabituelle et considérée à haut risque de malignité, ce qui nécessite une résection complète avec des marges saines et un suivi régulier. Par ailleurs, des cas de survenue de métastases ganglionnaires bénignes sur naevus bleu cellulaires ont été décrits dans littérature justifiant la nécessité d'un bilan d'extension.

Conclusion : Il est crucial de reconnaître cette entité frontière, car son évolution et son pronostic sont imprévisibles. Une exérèse chirurgicale systématique ainsi qu'une surveillance clinique à long terme sont recommandées.

Plaies et cicatrisation

Ulcère de Martorell

L. Benahmed¹, Y. Almheirat¹, N.Tahri¹, k.Belharti¹, N. Zerrouki^{1,2}, S. Dikhaye^{1,2}, N. Zizi^{1,2}

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 Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction :

L'ulcère de Martorell, ou angiodermite nécrotique, est une complication dermatologique rare survenant chez les patients atteints de diabète de type 2. Cette affection est causée par une atteinte de la microcirculation sanguine, s'inscrivant dans les complications microvasculaires du diabète. Le but de ce travail est de décrire le cas d'une patiente qui a présenté un ulcère de Martorell.

Cas clinique :

Nous rapportons le cas d'une femme de 57 ans, avec un antécédent de diabète de type 2 très mal équilibré depuis 14 ans. Initialement traitée par antidiabétiques oraux, elle est actuellement sous insuline et n'est pas hypertendue. Elle présentait des lésions ulcéro-nécrotiques douloureuses des jambes, et bilatérales, évoluant quatre mois avant son admission.

À l'examen dermatologique, nous avons noté des ulcérations superficielles bien limitées, grossièrement arrondies, de 2 à 5 cm de diamètre, certaines recouvertes de plaques nécrotiques, d'autres de fibrine non détachable, reposant sur une peau érythémateuse et inflammatoire. Il y avait une perte de sensibilité en regard des plaques nécrotiques occupant les deux tiers inférieurs des jambes et la face dorsale des pieds.

À la dermoscopie, il y avait des plages érythémateuses et violacées homogènes avec des croûtes noirâtres et une bordure inflammatoire, sans vascularisation atypique. L'examen vasculaire n'a révélé aucune atteinte artérielle, ni veineuse. L'Échodoppler veineux superficiel et profond a montré une absence de thrombose veineuse profonde et de varices, mais une infiltration des parties molles du tiers inférieur des jambes bilatérales. L'angioscanner artériel a révélé l'absence de sténose artérielle significative proximale ou distale et quelques petites plaques athéromateuses non significatives. Le siège et le profil évolutif ont orienté vers une

angiodermite due à une atteinte microvasculaire. Une biopsie cutanée a permis d'éliminer les diagnostics différentiels et de confirmer l'angiodermite, avec un aspect morphologique caractéristique et l'absence d'ulcération, de vascularite, de calciphylaxie ou de lésion suspecte de malignité.

Sur le plan du diabète, la patiente était hors des objectifs thérapeutiques avec une HbA1c à 14%, nécessitant un ajustement thérapeutique et un suivi avec les diabétologues. Durant son hospitalisation, une néphropathie avec protéinurie positive et une rétinopathie diabétique ont été diagnostiquées, nécessitant un suivi. Sur le plan thérapeutique, la patiente était sous soins locaux avec adaptation thérapeutique de son diabète, et on a noté au cours du suivi une très nette amélioration avec début de cicatrisation progressif.

Discussion :

L'ulcère de Martorell, bien que rare, doit être considéré chez les patients diabétiques présentant des ulcères douloureux des jambes, surtout lorsqu'ils sont bilatéraux et nécrotiques [1]. Le diagnostic repose principalement sur des critères cliniques [2]. La prise en charge de ces ulcères nécessite une approche multidisciplinaire impliquant le traitement de la douleur, des soins locaux adaptés, une optimisation du contrôle glycémique et un suivi régulier pour prévenir et gérer les complications associées, telles que la néphropathie et la rétinopathie diabétique [3].

La peur de l'amputation est fréquente chez ces patients en raison de la lenteur de la cicatrisation et de la gravité des lésions. Il est crucial d'informer les patients et de les rassurer sur le fait que, malgré la lenteur du processus de cicatrisation, une prise en charge appropriée peut prévenir les amputations [4]. Les études futures devraient se concentrer sur les stratégies de prévention des ulcères de Martorell chez les patients diabétiques et sur l'optimisation des protocoles de traitement pour améliorer les résultats cliniques et la qualité de vie des patients.

Conclusion :

L'angiodermite nécrotique chez les patients diabétiques de type 2 multi-complicés doit être suspectée devant toute lésion ulcéreuse nécrotique douloureuse de la partie distale de la jambe. Une prise en charge rapide et appropriée est essentielle pour améliorer la cicatrisation et prévenir les complications sévères.

[1] A. Alavi, D. Mayer, J. Hafner, et R. G. Sibbald, « Martorell Hypertensive Ischemic Leg Ulcer: An Underdiagnosed Entity: © », *Advances in Skin & Wound Care*, vol. 25, n° 12, p. 563, déc. 2012, doi: 10.1097/01.ASW.0000423442.08531.fb.

[2] D. Pastor et L. Toutous Trelu, « Angiodermite nécrotique : un ulcère à connaître », *Revue Médicale Suisse*, vol. 16, n° 688, p. 636-639, 2020, doi: 10.53738/REVMED.2020.16.688.0636.

[3] D. Kottler, « Angiodermite nécrotique », *Annales de Dermatologie et de Vénérologie - FMC*, vol. 4, n° 2, p. 83-89, févr. 2024, doi: 10.1016/j.fander.2023.10.006.

[4] « Angiodermite nécrotique - Thérapeutique Dermatologique ». Consulté le: 25 juillet 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.therapeutique-dermatologique.org/spip.php?article1009>

Apparition Spontanée d'une Cicatrice Chéloïdienne : Étude d'un Cas Historique

N.Chebbawi, F.ELFatoïki, H.Rachadi,F.Hali, , S.Chiheb

Service de dermatologie et vénérologie CHU Casablanca

Introduction :

Les cicatrices hypertrophiques et chéloïdes sont des affections cutanées courantes résultant d'une cicatrisation anormale des plaies. Elles peuvent provoquer des démangeaisons, des douleurs, et avoir un impact physique et psychologique négatif sur la vie des patients. Différentes approches sont utilisées pour améliorer ces cicatrices, notamment les corticostéroïdes intra-lésionnels, la chirurgie, et, plus récemment, la thérapie au laser. Nous rapportons ici le cas d'une cicatrice chéloïdienne d'apparition spontanée, présentant une évolution historique au fil des années, chez un patient de 50 ans.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 50 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui s'est présenté à la consultation pour une cicatrice chéloïdienne d'apparition spontanée, sans lésion préexistante ou notion de cicatrice chronique, avec une évolution extensive sur une durée de 30 ans. À l'examen, on retrouve une excroissance hyperpigmentée bilatérale, épaisse et surélevée par rapport à la surface cutanée environnante, rétractile, prenant la totalité des deux régions scapulaires et s'étendant au grand pectoral gauche, à la région deltoïdienne et bicipitale, atteignant la ligne delto-pectorale. La lésion présente un aspect linéaire hypertrophique, hyperpigmenté et rétractile. Les surfaces varient entre lisses et irrégulières, avec une hauteur variable. Les contours sont mal définis et la consistance est ferme. Une biopsie cutanée a été réalisée, confirmant le diagnostic de chéloïde.

Discussion :

Une cicatrice chéloïde est une croissance bénigne de tissu fibreux dense résultant d'une cicatrisation anormale, s'étendant au-delà de la lésion d'origine. Son nom vient du grec « chele », signifiant « pince de crabe », en raison de ses extensions latérales. Les chéloïdes peuvent être douloureuses et prurigineuses, apparaissant souvent sur la poitrine, les épaules, le dos et les lobes d'oreilles, avec un risque accru chez les personnes à peau foncée. Bien que leur formation soit généralement liée à des traumatismes cutanés, comme des piercings ou des interventions chirurgicales, des cas spontanés restent rares et peuvent parfois être associés à des syndromes génétiques.

Histologiquement, les chéloïdes se caractérisent par une accumulation anormale de collagène. Le traitement inclut des options telles que les injections de stéroïdes, l'excision chirurgicale, ainsi que d'autres techniques comme la cryothérapie et la radiothérapie. Dans certains cas, un suivi par un chirurgien plasticien est recommandé pour un traitement adapté.

Conclusion :

Ce cas de cicatrice chéloïdienne, avec son histoire clinique et son apparition spontanée, met en lumière la complexité des processus de cicatrisation et des facteurs individuels en jeu. Il souligne l'importance d'une approche multidisciplinaire pour le diagnostic et la prise en charge, ainsi que la nécessité d'une sensibilisation aux options de traitement.

Une drôle de lésion péri-anale

Guechchati M, Douhi Z, Boughaleb S, Soughi M, Elloudi S, Baybay H, Mernissi FZ

Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc

INTRODUCTION

Les chéloïdes sont des excroissances prolifératives de tissu fibreux dense dues à une réponse anormale à la cicatrisation d'une lésion cutanée, et s'étendent au-delà des limites de la plaie. La pathogénie des chéloïdes n'est pas bien comprise. Les individus ayant des antécédents familiaux positifs ainsi que ceux de certains groupes ethniques tels que les populations noires, hispaniques et asiatiques peuvent présenter une prédisposition génétique. (3) Nous présentons un patient présentant une chéloïde diagnostiquée sur examen anatomopathologique, évoluant depuis 10 ans.

OBSERVATION

Nous rapportons le cas d'un patient de 41 ans, suivi pour hypertension portale en décompensation sous protocole de ligature. Consulte pour une lésion péri anale indolore évoluant depuis 10 ans. Le patient ne se rappelait pas de la nature de la lésion préexistante s'il s'agissait d'hémorroïdes ou de fistule anale. A l'examen dermatologique ; on retrouvait une tumeur érythémateuse de 2cm, polylobée ferme a surface lisse, à base sessile avec un aspect angiomateux dans sa partie supérieur surmontée d'un orifice de trajet fistuleux au niveau de la marge anale. La dermoscopie objectivait une vascularisation en point et des structures blanchâtres. Plusieurs diagnostics étaient évoqués notamment un porome ou procarcinome, lymphome, ou manifestation cutanée de MICI. Les examens anatomopathologiques précédents étaient revenus non concluants. Une biopsie plus profonde réalisée au sein de notre service était en faveur d'une cicatrice chéloïde. La décision était de mettre le patient sous infiltrations de corticoïdes, toujours en cours de traitement. Le malade n'ayant pas réalisé d'examen colonoscopique à la recherche de MICI.

DISCUSSION

La cicatrice chéloïde résulte d'une prolifération fibreuse du derme due à une accumulation de collagène après une plaie cutanée. Elle affecte rarement les paupières, les zones génitales, les paumes des mains et les plantes des pieds. (1)

Les chéloïdes des organes génitaux et du pénis sont rares malgré la fréquence des interventions chirurgicales dans cette région. L'hypothèse d'une diminution de la tension cutanée peut contribuer à la rareté des chéloïdes dans ce site. D'autre part, bien que les chéloïdes soient susceptibles de se produire principalement là où la concentration de mélanocytes est la plus élevée, elles sont extrêmement rares sur les organes génitaux. (4)

Les fistules anodermiques et périanales dans le cadre de la maladie de Crohn sont des extrêmes physiopathologiques cliniques avec des processus de cicatrisation différents qui ont un impact sur les modalités de traitement. (2)

En particulier, la fistule périanales s'est révélée être l'un des plus grands défis à relever pour optimiser la qualité de vie des patients. La cicatrisation de telles plaies nécessite des mécanismes de fibrose et de régénération efficaces et simultanés. Ces fistules offrent un modèle de déficience impliquant à la fois des composantes fibrotiques et régénératives. (2)

La région anale est particulièrement susceptible en raison des frottements fréquents, augmentant le risque d'irritation, d'infection, de récurrence et de difficulté de traitement.

CONCLUSION

La chéloïde au niveau de la marge anale reste une localisation inhabituelle et très rare, qui survient chez des patients post hémorroïdectomie, comme est le cas rapporté dans la littérature de formation de chéloïdes sur la ligne d'agrafes après hémorroïdectomie (3). Dans notre cas, cela pourrait être due à une cicatrisation anormale suite à une fistule anale ou des hémorroïdes externes passés inaperçus. L'hypertension portale en décompensation, affectant la vascularisation et la cicatrisation, est une cause plausible ; ce qui pourrait expliquer ce mode de cicatrisation chez notre patient.

REFERENCES:

- (1) Philandrianos C, Kerfant N, Jaloux C Jr, Martinet L, Bertrand B, Casanova D. Les cicatrices chéloïdes (première partie) : une pathologie de la cicatrisation cutanée [Keloid scars (part I): Clinical presentation, epidemiology, histology and pathogenesis]. *Ann Chir Plast Esthet.* 2016 Apr;61(2):128-35. French.
- (2) Llaneras J, Belza CC, Eisenstein S, Dobke MK. Non-Healing Perianal Fistulas: A Clinical Model of Tissue Senescence Impairing Both Tissue Fibrosis and Regenerative Potential. *Biomedicines.* 2023 Feb 13;11(2):537.
- (3) Chew MH, Chiow A, Tang CL. Keloid formation after stapled haemorrhoidectomy causing anal stenosis: a rare complication. *Tech Coloproctol.* 2008 Dec;12(4):351-2.
- (4) Mastrolorenzo A, Rapaccini AL, Tiradritti L, Zuccati G. A curious keloid of the penis. *Acta Derm Venereol.* 2003;83(5):384-5.

Ulcères de Jambe et Choix des Pansements pour Soins Locaux

L. Benahmed¹, N. Zerrouki^{1, 2}, N. Zizi^{1, 2}

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 Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction

Les ulcères de jambe (UJ) sont définis comme des pertes de substance cutanée chroniques sans tendance spontanée à la cicatrisation. Ils représentent un problème de santé publique majeur en raison de leur prévalence élevée, de leurs étiologies variées et de la complexité de leur prise en charge. L'évaluation et la sélection appropriées des pansements pour les soins locaux sont essentielles pour optimiser la cicatrisation, prévenir les complications et améliorer la qualité de vie des patients. Le but de notre travail est de déterminer le profil épidémiologique et étiologique des ulcères chroniques de jambe, ainsi que d'évaluer les différents types de pansements utilisés dans leur prise en charge.

Matériels et Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service de dermatologie du CHU Mohammed VI d'Oujda sur une période de 10 ans (2014–2024). Tous les patients hospitalisés pour la prise en

charge d'un UJ ont été inclus dans l'étude. Les données recueillies incluent l'âge, le sexe, les causes des ulcères, la durée d'évolution et les types de pansements utilisés dans les soins locaux.

Résultats

Nous avons recensé 29 cas d'ulcères de jambe. La moyenne d'âge des patients était de 46 ans. La répartition entre les sexes était presque égale, avec 15 femmes et 14 hommes, soit un sex-ratio de 0,93. Les étiologies des ulcères étaient variées, comprenant des ulcères veineux représentant 28 % des cas, des ulcères mixtes représentant 18 % et des ulcères artériels représentant 5 %. Les cas de pyoderma gangrenosum représentaient 14 % des ulcères, tandis que les ulcères d'origine infectieuse (leishmaniose et tuberculose) constituaient également 14 %. Nous avons identifié deux cas d'angiodermite nécrotique, un cas de lymphome cutané, un cas de brûlure thermique, et un cas chacun de calciphylaxie et de périartérite noueuse.

La durée moyenne d'évolution des ulcères était de 1 an et 8 mois. En termes de traitement, tous les patients ont reçu des soins locaux avec différents types de pansements. Les pansements vaselinés étaient les plus utilisés, représentant 46 % des cas, suivis par les pansements hydrocellulaires utilisés dans 22 % des cas. Les pansements hydrocolloïdes et absorbants étaient utilisés chacun dans 11 % des cas. Les tulles grasses et les pansements argentés étaient chacun utilisés dans 5 % des cas.

Discussion

Les ulcères de jambe représentent une pathologie hétérogène nécessitant une approche diagnostique et thérapeutique personnalisée. Dans notre étude, les ulcères veineux sont les plus fréquents, suivis des ulcères mixtes, du pyoderma gangrenosum et des ulcères d'origine infectieuse. Les soins locaux jouent un rôle crucial dans la cicatrisation des ulcères de jambe. Le choix du type de pansement est déterminé par plusieurs facteurs, notamment la nature de l'ulcère, le niveau d'exsudat et la présence d'infection. L'évaluation et la sélection appropriées des pansements sont essentielles pour optimiser la cicatrisation, prévenir les complications et améliorer la qualité de vie des patients. Les pansements vaselinés sont les plus couramment utilisés, probablement en raison de leur disponibilité et de leur efficacité dans les soins de base. Les pansements hydrocellulaires et hydrocolloïdes offrent des avantages supplémentaires en termes de gestion de l'exsudat et de promotion de la cicatrisation. L'utilisation de pansements argentés et absorbants, bien que moins fréquente, joue un rôle crucial dans la gestion des ulcères infectés ou très exsudatifs.

Ces résultats sont conformes aux données de la littérature, qui soulignent l'importance des soins locaux, avec l'utilisation de différents types de pansements adaptés à la nature et à l'exsudation de l'ulcère pour optimiser la cicatrisation des ulcères de jambe.

Conclusion

Les ulcères de jambe sont une condition chronique complexe nécessitant une approche de soins spécialisée. La diversité des types de pansements disponibles permet de personnaliser les soins en fonction des caractéristiques spécifiques de chaque ulcère. Une évaluation clinique rigoureuse et un choix judicieux des pansements sont cruciaux pour améliorer les résultats thérapeutiques et la qualité de vie des patients. Il est essentiel de continuer à rechercher et à développer des stratégies de traitement innovantes pour optimiser la gestion des ulcères de jambe.

Un cas de calciphylaxie méconnue avec évolution atypique

A. Zaim¹, M. Soughi¹, G. Gmira¹, Z. Douhi¹, S. Elloudi¹, H. Baybay¹, I. Fadlallah², FZ. Mernissi¹

¹Service de Dermatologie CHU HASSAN II, Fès, Maroc

²Service d'Anatomie pathologique CHU HASSAN II, Fès, Maroc

Introduction :

La calciphylaxie est une affection rare dont l'incidence semble en augmentation. Son diagnostic repose sur une approche clinico-histologique, caractérisée par une évolution souvent fatale. Nous rapportons le cas d'une patiente atteinte de calciphylaxie, présentant une évolution clinique atypique initialement confondue avec une cytotéatonécrose.

Observation :

Une patiente de 33 ans, obèse, diabétique sous insuline, présentant une insuffisance rénale chronique (IRC) terminale sous hémodialyse avec supplémentation en calcium et vitamine D depuis 2 ans, a consulté pour des lésions noirâtres para-ombilicales droites évoluant depuis 4 mois. L'examen dermatologique a mis en évidence, au niveau para-ombilical droit, un placard érythémato-pigmenté, hyperalgique, creusé au centre par deux ulcérations à surface nécrotico-hémorragique, mesurant 6 cm de grand axe pour la plus grande avec issue de pus à la pression, accompagné de multiples lésions scléro-atrophiques cicatricelles. Ces dernières correspondaient à des lésions similaires survenues il y a 2 ans, dont certaines avaient cicatrisé spontanément, tandis que la plus grande, localisée au niveau para-ombilical gauche, avait une cicatrisation post-chirurgicale et était en rapport avec une cytotéatonécrose à l'étude histologique. Une biopsie cutanée de la lésion actuelle a confirmé le diagnostic de calciphylaxie après coloration de Von Kossa. Le bilan phosphocalcique était normal. L'évolution était fatale avant l'instauration du traitement spécifique.

Discussion :

La calciphylaxie est une microangiopathie artériolaire thrombosante cutanée en rapport avec des dépôts calciques fins de la média associés à une hyperplasie de l'intima des artérioles dermiques et hypodermiques. Cette condition est principalement observée chez les patients atteints d'IRC, notamment ceux sous hémodialyse, où elle est également connue sous le nom d'artériopathie calcifiante urémique (ACU). Les facteurs de risque incluent le sexe féminin, l'obésité, la longue durée de l'IRC et de la dialyse, les troubles du métabolisme phosphocalcique, ainsi que les microtraumatismes associés aux injections d'insuline. Cliniquement, elle se manifeste par une panniculite nécrosante, ce qui peut parfois poser des défis dans le diagnostic différentiel avec d'autres affections telles que la cytotéatonécrose. Cependant, la localisation typique aux zones adipeuses et aux sites de traumatismes doit alerter les cliniciens à considérer le diagnostic de calciphylaxie et guider ainsi l'analyse anatomopathologique. La biopsie cutanée doit être réservée aux cas douteux et confirme le diagnostic en montrant des dépôts calciques en noir dans la paroi capillaire à la coloration de Von Kossa. Bien que le produit phosphocalcique soit généralement élevé dans l'ACU, sa normalité n'exclut pas le diagnostic. Le pronostic est sombre, avec une survie à 6 mois de 50%. La cicatrisation spontanée des lésions est inhabituelle, contribuant ainsi à l'errance et au retard diagnostiques, comme cela a été le cas pour notre patiente. Le traitement repose sur une

approche médicochirurgicale multidisciplinaire, incluant l'administration intraveineuse de thiosulfate de sodium à la dose de 25 g x 3/semaine jusqu'à deux mois après la cicatrisation des lésions cutanées.

Conclusion :

Ce cas met en lumière la possibilité exceptionnelle de cicatrisation spontanée des lésions de calciphylaxie, soulignant ainsi l'intérêt d'une vigilance particulière des cliniciens devant toute lésion cutanée douloureuse chez les patients souffrant d'IRC terminale.

Références :

1. Perceau G. L'artériopathie calcifiante urémique et non urémique : urgence diagnostique et thérapeutique. *Ann Dermatol Venereol.* 2015;142(8-9):506-12.
2. Ndongo M, Nankeu N, Nkok J, Messet H, Tiako F, Diallo MM, et al. Calcific Uremic Arteriopathy or Calciphylaxis in a Hemodialysis Patient : Case Study and Review of the Literature. 2022;303-10.



Figure 1 : Placard érythémato-pigmenté para-ombilical droit creusé par 02 ulcérations à surface nécrotico-hémorragique avec issu de pus à la pression.



Figure 2 : Cicatrices scléro-atrophiques des anciennes lésions similaires.

Cuir chevelu

TRICHOSCOPIE EN DEFI : déchiffrement d'une plaque alopecique comedonienne du scalp

Ouissal Essadeq, Narjess Er-rachdy, Karima Senouci, Meriem Meziane Service de dermatologie-vénéréologie, Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina, Université Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction

L'alopecie par pression est un type rare d'alopecie, qui peut être cicatricielle ou non cicatricielle. Elle survient généralement à la suite d'une immobilisation prolongée de la tête, notamment pendant une hospitalisation en réanimation ou une intervention chirurgicale, entraînant une ischémie locale. La trichoscopie peut jouer un rôle clé dans son diagnostic.

Observation

Nous rapportons le cas d'une patiente de 31 ans, suivie pour une encéphalopathie épileptique depuis l'enfance. Elle a séjourné en réanimation pendant deux mois pour un état de mal épileptique, et a reçu divers traitements, dont l'oxcarbazépine et le lévétiracétam. À son arrivée en consultation, elle présentait des plaques alopeciques confluentes au niveau pariétal et du vertex, avec un signe de traction négatif. La dermoscopie a révélé de multiples comédons-like, des vaisseaux, des cheveux en exclamation, des cheveux coudés, et des cheveux miniaturisés. La capillaroscopie n'a pas montré de plage avasculaire. Devant ces signes cliniques, deux diagnostics ont été évoqués : l'alopecie par pression et un lupus induit. Le diagnostic d'alopecie par pression a finalement été confirmé par une biopsie cutanée couplée à une immunofluorescence directe.

Discussion

L'alopecie par pression est un phénomène rare, souvent sous-diagnostiqué, qui survient à la suite d'une ischémie provoquée par une immobilisation prolongée. Dans ce cas, la pression exercée sur le cuir chevelu pendant le séjour en réanimation a probablement déclenché le processus alopecique. La trichoscopie a révélé des caractéristiques typiques permettant de différencier cette forme d'alopecie des autres types, telles que la présence de comédons-like et de cheveux miniaturisés. Ce cas souligne l'importance de la trichoscopie dans le diagnostic précoce de l'alopecie par pression.

Conclusion

L'alopecie par pression est une complication rare mais notable chez les patients hospitalisés de longue durée. La reconnaissance précoce, facilitée par la trichoscopie et la biopsie, permet d'optimiser la prise en charge. Un suivi attentif et la prévention par la gestion des positions prolongées peuvent limiter son impact.

Trois cas de pelade universelle post vaccin anti SARS-CoV-2 : Coïncidence ou conséquence

Introduction

Les vaccins ont été impliqués dans la survenue de maladies auto-immunes (MAI) chez les individus génétiquement prédisposés. Les données concernant le développement de novo de la pelade après la vaccination contre la COVID19 sont limitées. Nous rapportons ici trois cas de pelade universelle (PU) présumément induits par le vaccin anti SARS-CoV-2.

Observations

Cas1 : Un homme de 26 ans , diabétique de type 1, s'est présenté pour une dépilation totale du corps, évoluant depuis 2 ans soit 2 mois après avoir reçu la 1^{ère} dose du vaccin AstraZeneca

Cas 2 : Un homme de 31 ans a consulté devant une dépilation totale du corps ayant débuté 1 mois après la 1^{ère} dose du vaccin Sinopharm.

Cas3 : Une femme de 26 ans s'est présenté pour une PU évoluant depuis 2 ans, soit 6 semaines après la 1^{ère} dose du vaccin AstraZeneca.

L'examen clinique a objectivé une alopecie décalvante totale du cuir chevelu ainsi qu'une dépilation des cils , sourcils, poils axillaires, inguinaux et pubiens. On notait chez le 2^{ème} patient une atteinte unguéale à type de leuconychie ponctuée et des dépressions en dés à coudre. On retrouvait à la trichoscopie quelques points noirs et poils cassés chez le 1^{er} malade et des points jaunes chez la 3^{ème} patiente. Les cas ont été déclarés au centre national de pharmacovigilance. Le bilan biologique était normal. Une corticothérapie orale en minipulse a été instaurée. L'évolution à 6 mois a été marquée par une bonne repousse chez la 3^{ème} patiente. Quant aux 2 premiers malades, aucune repousse n'a été constatée.

Discussion

La pelade est une affection auto-immune à médiation lymphocytaire T, caractérisée par une alopecie non cicatricielle, due à une réponse inflammatoire ciblant le follicule pileux. La PU est la forme la plus sévère, caractérisée par une chute des poils de toutes les zones pileuses du corps. Le mécanisme de la pelade induite par la vaccination est dû au mimétisme moléculaire et à la production d'auto anticorps. De plus, tout comme l'infection COVID 19 elle-même, le vaccin peut prédisposer au développement de la pelade par l'induction d'un orage cytokinique , pouvant contribuer à entraver la tolérance immunitaire et, donc, à l'auto-immunité.

Dans la littérature, l'intervalle chronologique semble varier: allant de 2 semaines à 4 mois après la 1^{ère} dose. La majorité des cas signalés avait un antécédent de dysthyroïdie ou de pelade en rémission. L'âge varie entre 16 et 62 ans avec une légère prédominance féminine. En outre, la pelade en plaque est plus fréquemment décrite que la PU. Le traitement de la PU représente un réel défi.

Ainsi, la similitude de nos cas avec ceux rapportés dans la littérature, l'intervalle chronologique et l'absence d'antécédents de MAI sont très suggestifs.

Conclusion

Bien qu'il y ait une plausibilité biologique, le lien de causalité ne peut être parfaitement établi c'est pourquoi des études supplémentaires sont nécessaires pour confirmer cette relation de cause à effet.

L'alopécie cicatricielle du cuir chevelu : mode de révélation d'une sarcoïdose systémique

Introduction

La sarcoïdose peut être à l'origine d'une alopécie cicatricielle secondaire. Appelée la grande stimulatrice, ses manifestations cutanées sont polymorphes. L'atteinte du cuir chevelu (CC) reste exceptionnelle. Nous rapportons un cas d'alopécie cicatricielle du CC révélant une sarcoïdose systémique chez une patiente marocaine.

Observation

Une patiente âgée de 50 ans, ayant un antécédent d'un goitre multi nodulaire, consulte pour une plaque alopecique chronique du CC, non prurigineuse et indolore, évoluant depuis 2006, sans autre signe fonctionnel associé notamment respiratoire. L'examen clinique retrouvait une plaque alopecique érythémateuse pariéto temporale gauche, crouteuse par endroits, mesurant 6*7cm. Le signe de traction était négatif. La trichoscopie a révélé des aires jaune orangé, de multiples vaisseaux arborescents, des aires blanchâtres d'allure cicatricielle et des squames péripilaires blanches. Les diagnostics de sarcoïdose et lupus discoïde chronique (LDC) ont été évoqués. L'histologie a révélé des granulomes épithélioïdes gigantocellulaires sans nécrose caséuse. L'immunofluorescence directe était négative. Un bilan de systématisation a révélé une localisation pulmonaire de la maladie. La patiente a été mise sous minipulse de corticothérapie orale associé à l'hydroxychloroquine et un dermocorticoïde de classe très forte localement. L'évolution a été marquée par une régression de l'aspect orangé en trichoscopie mais aucune repousse n'a été constatée.

Discussion

La sarcoïdose est une affection granulomateuse multisystémique et idiopathique. L'atteinte du CC s'explique par l'infiltration des follicules pileux (FP) par les granulomes.

L'atteinte du CC débute par des nodules et/ou plaques érythémato squameuses indurées associées ou non à une atrophie cutanée. Le diagnostic différentiel se pose essentiellement avec le LDC ou le LPP.

Le diagnostic est difficile en l'absence d'atteintes cutanées ou extracutanées associées.

La trichoscopie est un outil diagnostique prédictif du résultat histologique. En effet, les aires jaune orangées correspondant aux granulomes, les vaisseaux arborescents qui sont des vasodilatations capillaires dans le derme papillaire, les aires blanchâtres reflètent la destruction irréversible des FP par les granulomes et les poils dystrophiques qui auraient une corrélation avec l'activité de la maladie. L'atteinte du CC est souvent associée à une atteinte viscérale en particulier pulmonaire.

Le diagnostic de certitude est histologique.

Il n'existe pas de consensus concernant le traitement de la sarcoïdose du CC, car elle s'avère souvent réfractaire à diverses thérapies. Le diagnostic souvent tardif explique en partie les échecs constatés, comme l'illustre notre observation.

Conclusion

La sarcoïdose du CC est une manifestation cutanée que tout clinicien doit connaître, sans oublier qu'elle est souvent associée à une atteinte systémique, imposant ainsi un bilan de systématisation.

Alopécie frontale fibrosante : un cas pédiatrique

L.E.MARHRAOUI, F.EL FATOIKI, H.RACHADI, F.HALI, S.CHIHEB

Service de dermatologie et vénérologie

CHU Ibn Rochd de Casablanca, Maroc

Introduction :

L'alopécie frontale fibrosante (AFF) est une variante du lichen plan pileaire décrite le plus souvent chez les femmes après la ménopause.

Sa physiopathologie reste inconnue et aucun traitement n'a fait la preuve formelle de son efficacité jusqu'à présent.

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 13 ans qui présente une alopécie frontale fibrosante.

Observation :

Patiente âgée de 13 ans sans antécédents pathologiques particuliers, qui avait consulté pour un recul de la lisière frontale du cuir chevelu d'évolution lente, symétrique et progressive depuis 5 mois.

L'examen clinique a révélé un recul de la lisière fronto-temporale bilatérale et symétrique, centré par une plaque alopecique frontale avec un aspect en pseudo frange, sans dépilation de la queue des sourcils ni micropapule au niveau du visage.

La dermoscopie a mis en évidence une hyperkératose péri-pilaire, un érythème péri-pilaire et une disparition des orifices pileaires par endroit.

Le reste de l'examen clinique avait retrouvé un lichen scléro-atrophique vulvaire.

La biopsie cutanée a montré une fibrose discrètement inflammatoire péri-pilaire sans signe d'apoptose faisant discuter une alopécie frontale fibrosante.

La patiente a bénéficié des injections intra lésionnel de corticoïdes et du minoxidil topique au niveau du cuir chevelu et de dermocorticoïde avec tacrolimus ainsi qu'une LED thérapie pour le lichen vulvaire; avec une stabilisation de la maladie et une repousse partielle des zones alopeciques.

Discussion :

L'alopécie frontale fibrosante est une affection qui n'est pas exclusivement post-ménopausique, des cas pédiatrique ont été décrits dans la littérature.

La dermoscopie est primordiale pour poser le diagnostic, guider la biopsie, évaluer l'efficacité du traitement et établir le pronostic.

L'évolution est malgré cela imprévisible et le traitement reste un challenge en l'absence de consensus thérapeutique.

Alopécie frontale fibrosante et cyclines: Etude prospective de 50 patients

*Z.Loubaris¹; R.Moumna¹; A. Mountassir², M. Obtel² N. Ismaili¹; L.Benzekri¹;
K.Senouci¹;M.Meziane¹*

¹Dermatologie, Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina, Rabat, Maroc;

²Laboratoire de biostatistiques, recherche clinique et épidémiologie, Département de santé publique

Introduction :

L'alopécie frontale fibrosante est une alopécie cicatricielle lymphocytaire primaire caractérisée par une récession progressive de la ligne fronto-temporale/occipitale des cheveux associée ou non à une perte des sourcils et qui entraîne un retentissement important sur la qualité de vie. Il n'existe pas de traitement de référence. Les cyclines offrent une perspective encourageante grâce à leur efficacité, et leur coût avantageux. L'objectif de notre étude est d'évaluer la réponse thérapeutique des cyclines dans le traitement de l'AFF, analyser les facteurs anamnestiques, cliniques et dermoscopiques qui influencent la qualité de réponse au traitement et enfin, déterminer les facteurs pronostics

Matériel et méthode :

Étude observationnelle descriptive et analytique étalée sur une période de 4 ans ; les dermoscopes utilisés sont les Dermlite DL4 ou DL5. Data analyse: Excel, Jamovi 2.3. On a évalué la sévérité par le Frontal Fibrosing Alopecia Severity Index (FFASI)

Les Critères d'inclusion: Patients atteints d'AFF diagnostiqué cliniquement, confirmé ou pas par histopathologie, Patients mis sous cycline pendant au moins 6 mois

Les Critères d'exclusion : Données insuffisantes ; Contre-indication aux cyclines; Patients mal observants

Nous avons divisé les résultats de notre étude en 3 groupes. Les patientes ont été classées dans le groupe "améliorées" lorsqu'elles ont présenté une disparition des symptômes cliniques (prurit, trichodynie) et un arrêt du recul de la lisière frontale, ainsi que la disparition des signes d'activité dermoscopiques. Le groupe "stabilisé" regroupe les patientes dont l'évolution de la maladie s'est arrêtée. Enfin, celles classées dans le groupe "aggravées" ont montré une progression du recul de la lisière frontale, une exacerbation du prurit ou de la trichodynie, et la persistance des signes d'activité dermoscopiques.

Résultats :

Les données anamnestiques ont révélé que sur 50 cas d'AFF recensés, toutes les patientes étaient de sexe féminin, avec un âge médian de 52 ans. L'âge moyen de début de la maladie était de 46 ans, et la durée moyenne d'évolution était de 6 ans. Parmi elles, 60 % étaient ménopausées. Le phototype majoritaire observé était le phototype 4. Concernant les

comorbidités, 46 % des patientes présentaient un lichen pigmentogène, 24 % souffraient de rosacée, et 16 % avaient des antécédents familiaux d'AFF. En ce qui concerne les formes cliniques, 70 % de nos patientes présentent une AFF de type linéaire, 12 % en forme de pseudo-cocarde, 10 % en pseudo-frange, 4 % en zigzag, 2 % sous forme ophiasique, et 2 % présentent une AFF patron AAG.

L'examen clinique a révélé la présence de prurit chez 82 % des patientes et de trichodynie chez 2 %. Le signe de traction était négatif. Le premier symptôme observé chez 70 % des cas était l'absence de poils duveteux, tandis que 56 % montraient une accentuation des pli périauriculaires. De plus, 28 % des patientes présentaient des papules faciales. Le signe du cheveu solitaire était objectivé chez 68 % des patientes, et une dépression des veines frontales était visible chez 24 % d'entre elles. Pour évaluer la sévérité de l'AFF, nous avons utilisé le score Frontal Fibrosing Alopecia Severity Index, qui a révélé : un grade 1 chez 10 % des patientes, un grade 2 chez 42 %, un grade 3 chez 32 %, et un grade 4 chez 16 %. L'examen dermoscopique a révélé la présence de l'érythème et de l'hyperkératose périfolliculaire chez 98% des patientes, le trajet du poil sous la peau chez 72% d'entre elles, alopecie cicatricielle dans 95% des cas, 20% des patientes ont montré la présence de pili torti et 6% des cheveux en @. L'atteinte des sourcils a été objectivé chez 70% des patientes dont 32% d'entre elles présentaient une alopecie totale, d'autres une atteinte distale bilatérale et une atteinte diffuse. L'examen dermoscopique a révélé la présence de poils multidirectionnels chez 56%, l'érythème et l'hyperkératose périfolliculaire dans 36 et 28% des cas ; et des points rouges chez 16 d'entre elles

Discussion :

Concernant les modalités de traitement, toutes nos patientes ont été mises sous dermocorticoïdes de classe très forte associés à du minoxidil topique à 2 % sur la lisière. Une supplémentation en vitamine D a été prescrite chez 35 % des patientes, et en fer chez 57 %. La doxycycline a été utilisée comme molécule principale, avec une posologie de 100 mg/j en deux prises. La durée moyenne du traitement était de 7 mois et demi. La majorité des patientes ont reçu des cyclines seules, tandis que 34 % ont bénéficié d'une association de cyclines avec un minipulse de corticoïdes, 8 % avec des inhibiteurs de la 5-alpha réductase, et 2 % avec des APS.

Le taux de patientes classées en grade 1 a diminué de 4 %, tandis que celui des patientes en grade 4 a augmenté, suggérant une progression de la pathologie chez ces dernières. En revanche, une légère augmentation voire une stagnation a été observée chez les patientes classées en grades 2 et 3. L'évaluation de la réponse thérapeutique par dermoscopie a montré, au niveau de la lisière frontale, une diminution significative des taux d'érythème, d'hyperkératose, des gaines coulissantes, du trajet du poil sous la peau. Au niveau des sourcils, la dermoscopie a révélé une augmentation de la dépilation totale et des poils multidirectionnels, une diminution de l'érythème, de l'hyperkératose et des points rouges. (P=0.01)

En ce qui concerne l'évaluation de la réponse au traitement selon les formes cliniques, 54 % des cas d'AFF linéaire ont montré une amélioration, tandis que 40,5 % sont restés stables. En revanche, 66 % des cas d'AFF en zigzag ont connu une aggravation. (p=0.05)

Concernant l'évolution selon les associations thérapeutiques, les corrélations observées ont été significatives. Parmi les patientes traitées uniquement avec des cyclines, 45 % ont montré une amélioration (p=0.02). 70 % des patientes ayant reçu une combinaison de cyclines et de

minipulses ont observé une amélioration ($p=0.012$). En revanche, toutes les patientes traitées avec une combinaison de cyclines et d'APS ont connu une aggravation ($p=0.04$), tandis que celles sous association cyclines et inhibiteurs de la 5-alpha réductase ont présenté une stabilisation et une amélioration sous Finastéride ($p=0.04$)

Dans notre contexte où le lichen pigmentogène est prédominant et présent chez 46% de nos patientes, et malgré la photosensibilité causée par les cyclines, 57 % ont observé une amélioration. De plus, 39 % ont vu leur condition se stabiliser, tandis que seulement 4 % ont connu une aggravation. ($P=0.05$)

Conclusion

Selon notre étude, les Facteurs prédictifs d'une bonne réponse thérapeutique sont l'âge < 45 ans, AFF en pseudo frange, AFF Linéaire. Lorsque l'AFF est associée au lichen pigmentogène, les cyclines représentent une option thérapeutique intéressante. Les facteurs prédictifs d'un échec thérapeutique sont l'âge > 45 ans, Aff en Zigzag ; atteinte des sourcils, et la présence de papules faciales

Alopécie frontale fibrosante et photoprotection

Z.Loubaris ; A.Fliti; N. Ismaili ; L. Benzekri ; K. Senouci; M. Meziane

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

Introduction

L'alopécie fibrosante frontale est une alopécie cicatricielle d'origine inconnue. L'incidence des FFA semble augmenter avec le temps, ce qui fait suggérer un éventuel déclencheur environnemental. Une étude prospective et descriptive a été réalisée pendant 12 mois au CHU Ibn Sina de Rabat, Maroc, dans le but de rechercher une corrélation entre l'AFF et l'utilisation des crèmes solaires

Matériel et méthodes

L'objectif était d'analyser la fréquence et le délai d'utilisation des crèmes solaire chez des patients atteints d'alopécie frontale fibrosante au sein de notre population. Il s'agit d'une étude observationnelle prospective monocentrique conduite chez 38 patients de la consultation capillaire pendant une période de 12 mois. Étaient inclus tous les patients consentants présentant une alopécie frontale fibrosante dont le diagnostic était clinique et trichoscopique, histologique dans des cas atypiques.

Résultats

Un total de 38 patientes avec un diagnostic confirmé de FFA a été inclus avec 25 sujets témoins. L'âge médian était de 53 ans. 60,5 % étaient ménopausées. 68,4 % avaient le phototype IV, 28,9 % avaient le phototype V et 2,6 % avaient le phototype III. 76,3 % avaient un type FFA linéaire, 15,7 % avaient un type diffus et 7,8 % avaient un type pseudo-frange. 65,7% avaient une atteinte des sourcils.

Discussion

Notre étude a démontré que les patients atteints d’AFF utilisaient plus souvent des écrans solaires que les sujets témoins. 84,2% des malades utilisaient la photoprotection plusieurs années avant le début de la maladie. Le rythme d’utilisation était d’une application en moyenne par jour, les patients appliquaient les écrans solaires même au niveau de la lisière frontale. Le type de photoprotection utilisé était varié

Conclusion

Plusieurs études ont suggéré que l'application de crème solaire sur le cuir chevelu peut exacerber l'inflammation déjà présente dans l'alopecie frontale fibrosante. Les ingrédients actifs présents dans les crèmes solaires, tels que les filtres chimiques ou minéraux, peuvent être irritants pour la peau sensible de la région frontale et entraîner une réaction inflammatoire accrue.

L’apport de LED chez une teigne de l’adulte

G.Gmira, H.Baybay, A.Zaim, Z.Douhi, M.Soughi, S.Elloudi, FZ. Mernissi
Service de Dermatologie CHU HASSAN II, Fès, Maroc

Introduction

La teigne est une infection fréquente chez l’enfant, l’atteinte chez l’adulte est exceptionnelle et peut se présenter par un tableau clinique atypique qui peut fausser le diagnostic et retarder un traitement bien conduit.

Observation :

Patiente de 83 ans suivie pour psoriasis en rémission, consulte pour des lésions crouteuses douloureuses du scalp avec une perte progressive des cheveux évoluant depuis 2 mois, pour lesquelles elle a été traitée initialement, par un oncopaticien, comme dermatite séborrhéique sans amélioration. L’examen dermatologique trouvait un placard alopecique érythémateux infiltré douloureux surmontée de pustules folliculaires, et de croûtes mélicériques et le signe de traction était positif. La dermoscopie notait la présence d’un fond érythémateux, de squames jaunâtres, de quelques poils en virgules, des poils cassés, ainsi que des pustules.

On avait évoqué une teigne en premier et les diagnostics de folliculite décalvante, et cellulite disséquante étaient également évoquées.

Le prélèvement mycologique a objectivé un *Trichophyton violaceum*, et la patiente a été mise sous Ketoconazole sachet, Griséofulvine par voie orale et locale et des séances de Diode électroluminescente (12 séances au totale) avec bonne évolution.

Discussion :

La teigne est une infection dermatophytique courante du cuir chevelu chez les enfants. C’est une infection rare chez l’adulte et touche généralement les femmes ménopausées et les patientes immunodéprimées. Sa rareté conduit à un diagnostic à tort et un retard de prise en charge. Le diagnostic comprend la culture, l'examen dermoscopique et l'examen à la lampe de Wood.

Le traitement nécessite l'utilisation d'agents antifongiques oraux avec des traitements topiques adjuvants pour prévenir la propagation de l'infection.

La Diode électroluminescente a été utilisée dans la teigne pour ses propriétés anti-inflammatoire grâce à la lumière rouge et a une composante antibactérienne en cas de surinfection par la lumière bleue.

Conclusion :

Malgré la rareté de la maladie chez l'adulte, la teigne doit être incluse dans le diagnostic différentiel des lésions inflammatoires du cuir chevelu chez les adultes , même chez les individus immunocompétents.

Une dermoscopie et un examen et une culture fongique doivent être effectués afin de fournir un traitement précoce et précis et de minimiser les complications et les séquelles de la maladie.

References:

1: 023 Nov 20;11(11):e8205. doi: 10.1002/ccr3.8205.eCollection 2023 Nov.Tinea capitis caused by *Trichophyton violaceum* in an immunocompetent elderly patient: A case report and review of literature

2: Nenoff P, Krüger C, Paasch U, Ginter-Hanselmayer G. Mycology - an update Part 3: Dermatomycoses: topical and systemic therapy. J Dtsch Dermatol Ges. 2015 May;13(5):387-410; quiz 411. doi: 10.1111/ddg.12689. PMID: 25918080.

Nodule aseptique du cuir chevelu chez un enfant

L.E.MARHRAOUI, F.EL FATOIKI, H.RACHADI, H.SKALI, F.HALI, S.CHIHEB

Service de dermatologie et vénérologie

CHU Ibn Rochd de Casablanca, Maroc

Introduction :

Le nodule aseptique du cuir chevelu, également appelé pseudo- kyste du cuir chevelu, est une entité rare décrite chez l'adulte jeune, exceptionnelle chez l'enfant.

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 10 ans qui présentant un nodule aseptique du cuir chevelu.

Observation :

Patient âgé de 10 ans sans antécédents pathologiques particuliers, qui avait présenté depuis 5 mois une tuméfaction indolore augmentant progressivement de taille avec une perte de cheveux en regard, traité comme une teigne par griséofulvine sans amélioration.

L'examen clinique a retrouvé un nodule pariétal alopecique, de consistance molle, non érythémateux, faisant 1,5 cm de grand axe surmonté de squame par endroit; le reste du cuir chevelu était sain.

Le prélèvement mycologique des squames cutanées était négatif, et l'échographie montrait une formation bien limitée hypoéchogène et hétérogène sous cutanée en faveur d'une formation kystique.

L'aspiration à l'aiguille a ramené un liquide de coloration jaune citrin et l'étude microbiologique était stérile.

Le diagnostic du nodule aseptique du cuir chevelu a été retenu.

Discussion :

Le nodule aseptique du cuir chevelu est une entité rare méconnu par les dermatologues et souvent confondue avec une forme débutante de la folliculite disséquante du cuir chevelu.

Elle correspond à une lésion alopeciante, inflammatoire non microbienne. Le traitement de référence est la doxycycline, chez notre patient l'abstention thérapeutique a été préconisée, étant donné que la taille de la lésion était petite et que la guérison spontanée est possible.

Pelade et mini-pulses de corticoïdes : Une série de 40 cas.

Moumna Rasha*, Ammar Najoua*, Hamada Syrine*, Ismaili Nadia*, Benzekri Laila*, Senouci Karima*, Meziane Mariame*

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

Introduction :

La pelade est une maladie inflammatoire auto-immune du follicule pileux qui représente un défi thérapeutique majeur en pratique dermatologique quotidienne. Les mini-pulses de corticoïdes constituent une option thérapeutique prometteuse dans la prise en charge de la pelade de l'enfant et de l'adulte.

Matériels et méthodes :

Nous avons mené une étude observationnelle descriptive et analytique, rétrospective sur une période trois ans, incluant les patients âgés de plus de 5 ans, suivis en consultation pour une pelade modérée à sévère et qui ont été traités par mini-pulses oraux de corticoïdes pendant au moins 3 mois. La réponse clinique au traitement a été évaluée à travers plusieurs scores : SALT, score global de repousse, DLQI et un score de satisfaction des patients. Nous avons ensuite analysé les différents facteurs anamnestiques, cliniques et dermoscopiques prédictifs d'une bonne ou d'une mauvaise réponse au traitement. Enfin, nous avons comparé les différentes molécules de corticoïdes utilisées de par leur efficacité et leur innocuité. Dans cette optique, nous avons réparti les patients en 3 groupes :

- Groupe 1 : Bétaméthasone (2 mg pour les enfants, 4 mg pour les adultes, n=29)
- Groupe 2 : Dexaméthasone (2,5 mg pour les enfants, 5 mg pour les adultes, n=7)
- Groupe 3 : Prednisone (20 mg pour les enfants, 40 mg pour les adultes, n=4)

Tous les patients ont pris leur traitement deux jours par semaine, en association avec du Minoxidil topique à 2 % et une supplémentation en zinc.

L'analyse statistique de notre étude a été réalisée via le logiciel Jamovi, version 2.3.

Résultats :

Nous avons colligé 40 patients. Le sexe ratio était de 0,9 et la moyenne d'âge de 16,4 ans, avec 57,5 % d'enfants. 60 % des pelades étaient en plaques, 25 % universelles, 10 % ophiasiques et 5 % totales. Après une durée moyenne de 8,5 mois, 57,5 % des cas ont présenté une repousse bonne à excellente (amélioration du SALT > 50 %). Cette amélioration était appuyée par la baisse du DLQI moyen de 56 %, ainsi que par la dermoscopie, qui a objectivé une prédominance de signes trichoscopiques de repousse à la fin du traitement. Cependant, 2 patients soit 5% des cas ont présenté une récurrence de leur pelade à l'arrêt du traitement, et 15% des cas ont expérimenté des effets secondaires qui étaient toutefois bénins et transitoires.

L'analyse statistique a révélé une association significative entre la réponse favorable au traitement et les pelades survenant dans un contexte de vaccination Covid. Quant aux facteurs prédictifs d'un échec thérapeutique dans notre étude, il s'agit principalement des pelades rapidement progressives et des pelades universelles. Enfin, la comparaison des trois groupes de traitement n'a montré aucune différence statistique significative en termes d'efficacité ou de tolérance.

Discussion :

Les recommandations actuelles pour le traitement de la pelade chez l'enfant préconisent l'usage des dermocorticoïdes, tandis que chez l'adulte, l'immunothérapie de contact et les inhibiteurs de JAK sont privilégiés. Bien que l'administration continue des corticoïdes oraux ne soit pas recommandée en raison des effets secondaires et des taux élevés de rechute, il n'existe pas à ce jour de guidelines concernant l'utilisation des corticoïdes en mini-pulses. Toutefois, plusieurs études ont évalué l'efficacité des mini-pulses dans la pelade, seuls ou associés à d'autres traitements, et ont rapporté des résultats comparables aux nôtres, avec des taux de réponse allant de 51,8 % à 82,2 %, ainsi que des taux de rechute très faibles.

Conclusion :

Les mini-pulses de corticoïdes constituent une option thérapeutique efficace et bien tolérée pour les pelades modérées à sévères, en particulier dans les pays à faibles revenus où d'autres traitements, comme l'immunothérapie de contact ou les inhibiteurs de JAK, sont moins accessibles. Une sélection rigoureuse des patients est néanmoins nécessaire pour garantir l'observance thérapeutique et éviter les risques d'automédication prolongée.

Pseudo pelade révélant une trichotillomanie chez un enfant

H. Hassan, A. Moussa, M. El Amraoui, M. Khalidi, R. Frikh, N. Hjira
Service de dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat

Introduction : La pelade est un motif fréquent de consultation chez l'adulte mais également chez l'enfant. La pelade se manifeste par une plaque alopecique bien limitée de taille variable. La trichotillomanie se caractérise par une ou plusieurs plaques alopeciques de contours bizarres, à limites mal définies, et en général situées sur le côté dominant du patient. A travers ce travail nous rapportons le cas d'un enfant suivie pour une pelade révélant une trichotillomanie.

Observation : Il s'agit d'une fille âgée de 10 ans sans antécédent particulier, présentant des chutes des cheveux, exploré en pédiatrie et ensuite adressée en dermatologie. A l'interrogation, elle présente depuis 6 mois une chute des cheveux, avec apparition depuis 4 mois des petites plaques alopeciques. A l'examen, on retrouve des cheveux de longueurs variables, et des petites plaques alopeciques sans érythème ni squame. L'enfant a été mise sous dermocorticoïde topique pour prise en charge d'une pelade. 2 mois plus tard, la fille a été revue en consultation pour non amélioration sous traitement par dermocorticoïde. A l'examen, nous avons remarquée que l'enfant arrachait inconsciemment ses cheveux dans la salle de consultation. Le diagnostic de Trichotillomanie a été retenu et un entretien parental a été fait avec soutien psychologique de la petite fille.

Discussion : La Trichotillomanie est une forme mineure d'automutilation par comportement d'obsession-compulsion. Les trois quarts des patients sont de sexe féminin, s'observe chez les jeunes enfants avec une augmentation des cas lors de la puberté. Les patients tiraillent leurs cheveux jusqu'à leur fracture ou leur épilation, ou ils les enroulent autour d'un doigt et les arrachent d'un coup sec et les parents remarquent rarement ce comportement. La trichotillomanie se caractérise par une ou plusieurs plaques alopeciques mal limitées avec présence de cheveux de taille variable. Les plaques alopeciques ne sont pas complètement dénudées, mais recouvertes de cheveux cassés. La réponse thérapeutique est obtenue avec les traitements combinés comprenant médicaments, psychothérapie et modification du

comportement, plutôt que la psychothérapie seule. Les parents et le médecin doivent être empathiques et apporter leur soutien, plutôt que de juger et punir.

Conclusion : La Trichotillomanie est un des diagnostics différentiels de la pelade. Le diagnostic est clinique. Il ne s'agit souvent que d'un tic bénin à but d'autostimulation ou une réaction à un stress émotionnel apparent. Une psychopathologie sévère n'y est associée que dans 0,1 à 0,5 % des cas. Des explorations psychologiques sont donc en général plus nuisibles que bénéfiques.

Quand la greffe de cheveux tourne mal : un cas de nécrose du cuir chevelu

K. El Fid, H. Baybay, C. Bouhamdi, Z. Douhi, M. Soughi, S. Elloudi, FZ. Mernissi

Service de dermatologie. CHU Hassan II, Fès

Introduction :

La micro-greffe capillaire est une intervention chirurgicale proposée au cours des alopecies androgénétiques (AAG), elle consiste à prélever des cheveux de la zone occipitale non androgéno-dépendante pour les transplanter avec leurs racines dans les zones androgéno-dépendantes. Cette intervention peut entraîner certaines complications.

Nous présentons un cas de nécrose du cuir chevelu survenant après la greffe, une complication rarement rapportée.

Rapport de cas :

Patient de 49 ans, tabagique chronique depuis 20 ans à raison de 1 paquet/J, qui se présente avec perte de substance au niveau du cuir chevelu, installée 2 jours après une greffe de cheveux réalisée chez un chirurgien plastique. Le patient a consulté dans notre formation tardivement soit 1 mois après le geste. L'examen a objectivé une ulcération bien limitée au niveau du vertex à surface purulente et fond fibrineux mesurant 3cm de grand axe avec une peau périlésionnelle érythémato-pigmentée siège de quelques greffons.

Pour accompagner la cicatrisation et conserver le plus possible de greffons, notre conduite a été de gérer en premier la surinfection par l'acide fusidique local, la détersion de la fibrine par un pansement hydro-détersif et une crème cuivre zinc sur la peau péri-lésionnelle. En parallèle le patient a bénéficié de séances de diode électroluminescente (LED) à raison de 3 séances par semaine.

L'évolution a été marquée par une cicatrisation complète au bout de 2 semaines, avec la survie de quelques greffons situés dans la zone lésée.

Discussion :

La nécrose du cuir chevelu dans la zone receveuse est considérée comme une complication potentielle de la greffe de cheveux, qui peut être expliquée par certains facteurs. Notamment un traumatisme vasculaire lors de l'implantation des greffons, l'utilisation d'une concentration élevée d'adrénaline et des facteurs liés au terrain tel qu'un diabète incontrôlé, un tabagisme excessif comme notre patient, et d'autres facteurs compromettant la circulation.

Une surveillance rapprochée et un accompagnement cicatriciel sont primordiaux dans la gestion de cette complication. L'ajout de la LED dans notre cas a aidé à conserver quelques greffons en favorisant la microcirculation au niveau des follicules pileux et donc l'apport en oxygène, en stimulant le métabolisme cellulaire et l'absorption des nutriments par les follicules.

La prise en charge retardée de la nécrose peut entraîner son extension en superficie et en profondeur, ce qui non seulement retarde la cicatrisation de la plaie, mais également entraîne une perte totale des greffons.

Conclusion :

Un examen attentif de la zone donneuse et de la zone receveuse, ainsi que l'historique détaillé du patient, peuvent réduire les complications après la greffe de cheveux. Et le dermatologue peut aider à la cicatrisation avec la LED.

Un cas de Cutis verticis gyrata localisé secondaire a un neavus intradermique cerebriforme

C.FIKRI, M. ABOUDOURIB, L. BENDAOU, O. HOCAR, S. AMAL

Service de dermatologie, Laboratoire Biosciences et santé, CHU Mohammed VI-Marrakech-Maroc, Faculté de médecine et de pharmacie-université Cadi Ayyad

Introduction:

le cutis verticis gyrata (CVG), ou pachydermie vorticellée du cuir chevelu, est une affection rare et évolutive de la peau du scalp et/ou du visage. deux forms sont decrites, le CVG primitive et secondaires. Nous decrivons un cas de CVG secondaire a un neavus congenital intradermique cerebriforme.

Observation:

Un jeune de 20 ans, ayant comme ATCD la notion d'un nevus congenital fronto-parietal non exploré, presente depuis 1 mois l'apparition d'une tumefaction localisée sur le neavus, prurigineuse, augmentant rapidement de taille, avec un aspect plicaturé et accentuation rapide des plis. Sans autres signes extra cutanés associés. La biopsie cutanée profonde a objectivé un neavus intradermique cerebriforme congenital, sans signe de malignité. L'équipe de chirurgie plastique a proposé une expansion cutanée par prothèse suivie d'exérese complete, malheureusement le patient a refusé la procedure, actuellement sous surveillance.

Discussion:

Le CVG du cuir chevelu est une affection rare dont trois formes étiopathogéniques se distinguent: secondaire (la plus fréquente), primitive non essentielle et primitive essentielle. Le caractère en commun entre ces trois formes est l'atteinte du scalp à type d'hypertrophie et d'hypertrophie cutanée à l'origine de plis dans les deux axes, transversal et longitudinal.

La physiopathologie des CVG demeure incertaine. Bien que les associations neuropsychiques à un CVG soient bien étudiées auparavant, leur lien pathologique demeure inconnu. le CVG secondaire à des pathologies chroniques métaboliques, inflammatoires [2], respiratoires, cardiaques, endocriniennes, hépatobiliaires et formes paranéoplasiques [3], sur nevus intradermique cerebriforme, ou encore iatrogène suite à un traitement par Minoxidil. Un traitement médical par isotrétinoïne a été proposé mais s'est avéré de faible efficacité [3]. La

chirurgie est le traitement morphologique de choix de cette affection, mais ne prévient pas de la poursuite évolutive de la maladie.

Conclusion:

Un CVG localisée peut être le mode de présentation d'une tumeur bénigne ou maligne. Une biopsie doit donc être systématiquement proposée en l'absence de contexte étiologique évident.

Un lupus mimant une teigne du cuir chevelu

Nassma Ait Abdelali, Hanane El Halla, Fatima Zahra El Alaoui, Ikram Zouine, Radia Chakiri.

Département de Dermatologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie d'Agadir, Université Ibn Zohr, Agadir, Maroc.

Introduction :

Le lupus érythémateux systémique est une maladie auto-immune avec une grande variabilité dans ses manifestations cliniques. Bien que les lésions cutanées classiques de cette affection comprennent le rash en ailes de papillon, les lésions discoïdes et la photosensibilité, il existe des présentations atypiques, y compris des lésions du cuir chevelu qui peuvent imiter d'autres affections cutanées.

Observation :

Un homme de 26 ans, sans antécédents pathologiques, était hospitalisé au service d'hématologie pour la prise en charge d'un syndrome hémorragique. Le patient présentait des plaques alopéciques au niveau du cuir chevelu, des lésions prurigineuses au niveau du dos et des lésions purpuriques au niveau des membres supérieurs depuis 15 jours.

L'examen clinique objectivait, au niveau du cuir chevelu, de multiples plaques alopéciques érythémato-squameuses non cicatricielles de moins de 1 cm, diffuses; le signe de traction était positif. À la dermoscopie, on notait la présence de plages rouges avec des cheveux cassés, des points noirs, des points blancs, des squames blanchâtres, une pigmentation bleu-gris, des cheveux en code-barre et une gaine coulissante. La lumière de Wood objectivait une fluorescence verte. Une teigne a été suspectée, mais l'examen mycologique était négatif.

En parallèle, le patient présentait des lésions brunâtres maculo-papuleuses squameuses au niveau du dos et des membres supérieurs, avec des macules purpuriques au niveau des mains. Le reste de l'examen somatique a objectivé des polyarthralgies inflammatoires et une polyadénopathie.

Une biopsie cutanée a été réalisée, au niveau des lésions purpuriques, objectivant une vascularite leucocytoclasique sur lupus. Le bilan biologique a révélé une anémie hémolytique auto-immune, une leucopénie et une thrombopénie. La vitesse de sédimentation était accélérée et les anticorps anti-nucléaires étaient positifs. Devant ces critères, l'origine lupique a été retenue chez ce patient.

Le patient a été mis sous Hydroxychloroquine 400 mg/jour en 2 prises et une corticothérapie 0,75 mg/kg/j pendant 1 mois puis dégression progressive. L'évolution a été marquée par une disparition des lésions au bout de 9 mois.

Discussion :

Le lupus érythémateux systémique est une maladie auto-immune multifactorielle chronique, pouvant toucher de nombreux organes. Les manifestations de cette maladie sont extrêmement variées. Les atteintes du cuir chevelu constituent un phénomène habituel dans le lupus systémique survenant au premier plan durant la phase active. Le lupus érythémateux systémique peut présenter des similitudes cliniques et dermoscopiques avec la teigne du cuir chevelu, rendant le diagnostic différentiel crucial. La trichoscopie des teignes est généralement représentée par des cheveux en virgule, des cheveux en tire-bouchon, des cheveux en code-barre, des cheveux en zig-zag et une gaine coulissante. En revanche, la trichoscopie du lupus se caractérise par des mégapoints, des télangiectasies, des points rouges folliculaires, des plages rouges, une pigmentation bleu-gris et un érythème péri-pilaire. Certaines séries ont également noté la présence de point blanc et d'une gaine coulissante au cours du lupus, ce qui rejoint le cas de notre patient.

Conclusion :

Les atteintes du cuir chevelu dans le lupus érythémateux systémique peuvent imiter les teignes, nécessitant une trichoscopie précise pour un diagnostic différentiel. Notre cas met en évidence l'importance des signes dermoscopiques spécifiques.

La trichoscopie : une aide diagnostic dans les lésions du cuir chevelu au cours des pemphigus

Z.Mernissi , M.Aboudourib ,L.Bendaoud , O.Hocar, S.Amal

Service de Dermatologie-Vénérologie CHU Mohammed VI ,Marrakech-Maroc

Introduction : Le pemphigus est une maladie bulleuse auto-immune intra épidermique qui peut affecter la peau et /ou les muqueuses. La trichoscopie est un outil non invasif qui peut aider au diagnostic clinique, surtout si le patient ne présente que des lésions du cuir chevelu. Nous avons mené cette étude pour étudier les caractéristiques trichoscopiques des lésions du pemphigus du cuir chevelu.

Matériel et méthodes : Au total, 22 patients avec un diagnostic confirmé de pemphigus ont été inclus dans cette étude sur une période de 6 mois. Seize patients ont été diagnostiqués comme pemphigus vulgaire (PV) et 6 comme pemphigus foliacé (PF). Une trichoscopie des lésions du cuir chevelu a été réalisée et trois dermatologues ont examiné séparément les images trichoscopiques de chaque patient. Les résultats ont été revérifiés simultanément par les examinateurs. Les données ont été saisies et analysées par le logiciel spss, le test t student a été utilisé pour déterminer la différence statistique entre les variables. Les résultats étaient significatifs si P est inférieur à 0,05.

Résultats: L'âge moyen des patients était de 50 ans et 80 % des cas étaient des hommes. Au cours du pemphigus vulgaire et du pemphigus foliacé, les lésions du cuir chevelu se manifestent par des érosions et des plaques croûteuses ou squameuses avec un test de traction positif. Parfois ces lésions peuvent conduire à une alopecie. Les caractéristiques trichoscopiques les plus fréquemment observées étaient la présence de squames (85%), de patrons vasculaires (77%) et des zones rouges hémorragiques (60%). Les zones rouges hémorragiques, les croûtes jaunes hémorragiques et les vaisseaux polymorphes étaient plus fréquemment observés dans les cas de PV. En revanche, dans le groupe PF, les observations les plus fréquentes étaient les squames blanches et le patron vasculaire en point.

Discussion : Le pemphigus est une dermatose bulleuse auto-immune qui peut affecter la peau et les muqueuses. Le diagnostic est établi par l'étude histopathologique et l'immunofluorescence directe. La trichoscopie peut également aider au diagnostic clinique, surtout si le patient ne présente que des lésions du cuir chevelu. Dans les PV, la présence de zones rouges hémorragiques constitue le signe dermoscopique le plus fréquemment retrouvé suivies par les croûtes jaunes hémorragiques et les vaisseaux polymorphes. Dans les PF, les squames blanchâtres et les vaisseaux en point sont les signes dermoscopiques les plus fréquents. Des études uni et multivariées ont montré que la présence des croûtes hémorragiques jaunes et des vaisseaux polymorphes dans la trichoscopie permet de différencier les PV des PF.

Conclusion: La trichoscopie peut aider au diagnostic clinique des lésions du cuir chevelu pemphigus, mais doit être suivie d'autres modalités telles que la biopsie et l'immunofluorescence directe pour un diagnostic définitif.

Trichoscopie de l'alopecie chimio induite chez les enfants : Étude préliminaire de 60 cas pédiatriques

Introduction

L'alopecie chimio-induite est un effet secondaire fréquent et dévastateur des traitements anticancéreux, avec un impact psychologique majeur, notamment chez les enfants. Bien que réversible, elle perturbe profondément les patients et leurs familles. Cependant, peu d'études ont analysé les caractéristiques trichoscopiques de cette alopecie, notamment en population pédiatrique. Cette étude est la première à se concentrer sur la trichoscopie de l'alopecie chimio-induite chez les enfants.

Matériel et méthodes

Nous avons mené une étude transversale descriptive et analytique, portant sur 60 patients pédiatriques (âgés de 1 à 18 ans) traités pour diverses néoplasies au Service d'hématologie et d'oncologie pédiatrique de l'hôpital d'enfant de Rabat, sur une période de 6 mois (mars à août 2024). Les patients inclus présentaient une alopecie chimio-induite, et l'examen trichoscopique a été réalisé à l'aide de dermatoscopes Dermlite DL4 ou DL5. L'analyse statistique a été effectuée avec les logiciels Excel et Jamovi 2.2, et un seuil de signification de $p < 0,05$ a été retenu.

Résultats

Trois phases de l'alopecie ont été décrites : la phase apoptotique (2 semaines à 2 mois après le début de la chimiothérapie), la phase de repousse précoce (1 à 3 mois après l'arrêt), et la phase de repousse tardive (> 6 mois après l'arrêt). Les signes trichoscopiques caractéristiques de la phase apoptotique incluent les points noirs (95%), les poils cadavériques (85%), les poils en point d'exclamation (65%) et le signe de Pohl Pinkus (35%), tous statistiquement significatifs. Dans la phase de repousse précoce, les poils duveteux (100%) et les poils en queue de cochon (95%) étaient prédominants. Enfin, dans la phase tardive, des poils hypopigmentés (95%) ont été observés, indiquant une reprise dysfonctionnelle de l'activité des mélanocytes.

Discussion

L'alopecie chimio-induite est principalement due à un effluvium anagène, où la chimiothérapie détruit les cellules en division rapide du follicule pileux. Les signes trichoscopiques observés

dans cette étude reflètent les altérations de ces structures à différentes phases du traitement. En phase apoptotique, les points noirs et poils cadavériques indiquent des dommages aux kératinocytes et une dispersion de la mélanine, tandis que les poils en point d'exclamation montrent une interruption brusque de la prolifération folliculaire. Le signe de Pohl Pinkus, caractérisé par des constrictions le long de la tige pileuse, illustre une alternance de périodes de prolifération et d'arrêt de l'activité kératinocytaire, expliqué par la nature cyclique de la polychimiothérapie.

En phase de repousse précoce, la présence de poils duveteux, circulaires et en queue de cochon suggère une reprise de la prolifération folliculaire, mais de manière désorganisée et fragile. Ce phénomène est dû à une récupération partielle des cellules du bulbe folliculaire, tandis que la pigmentation capillaire reste altérée en raison du retard de réactivation des mélanocytes folliculaires, endommagés mais non détruits par l'agression chimique.

Enfin, la phase de repousse tardive est marquée par l'apparition de poils hypopigmentés, reflet d'une reprise dysfonctionnelle de l'activité mélanocytaire. Ce stress oxydatif, provoqué par la chimiothérapie, altère la fonction des mélanocytes, exposant le follicule à un environnement riche en radicaux libres. Cette altération complexe de la fonction cellulaire montre que la restauration complète des follicules, en particulier en termes de pigmentation, peut être imprévisible et prolongée.

En l'absence d'études spécifiques sur la trichoscopie dans l'alopecie chimio-induite chez les enfants, notre étude constitue une première étape importante dans la caractérisation de ces signes trichoscopiques. Bien que nos résultats rejoignent certaines observations faites chez l'adulte, notamment la présence de points noirs et de poils en point d'exclamation, les enfants présentent des particularités, notamment une moindre fréquence des points jaunes, probablement due à une production de sébum moins importante. Cette différence physiologique pourrait moduler les manifestations trichoscopiques, rendant nécessaire une étude approfondie pour adapter les critères diagnostiques et pronostiques à la population pédiatrique.

Conclusion

L'alopecie chimio-induite constitue un effet secondaire quasi constant des traitements anticancéreux, et cette étude a permis de décrire les signes trichoscopiques à chaque phase du traitement. Des études longitudinales avec des cohortes plus larges sont nécessaires pour mieux caractériser cette alopecie en population pédiatrique et prédire la reprise capillaire.

Trichoscopie de la folliculite décalvante : étude prospective de 20 cas

Z.Loubaris K.Khachani; M. Meziane

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

Introduction

La folliculite décalvante est une pathologie rare et chronique qui affecte les follicules pileux du cuir chevelu, caractérisée par des symptômes tels que des plaques avec des pustules folliculaires et des croûtes. Son origine exacte reste encore peu claire, bien que des recherches suggèrent un rôle du microbiote folliculaire dans son développement. C'est une maladie qui a tendance à prédominer chez les hommes, et elle est observée plus fréquemment chez les personnes ayant un phototype foncé. L'histopathologie de la folliculite décalvante montre souvent la présence

d'un infiltrat neutrophile, ce qui peut aider au diagnostic. Nous montrons l'apport de la trichoscopie dans le diagnostic de la folliculite décalvante à travers une étude prospective de 20 cas

Matériel et méthodes

Une étude analytique prospective de 2020 à Avril 2024, a inclus des patients présentant des lésions d'alopecies cicatricielles du cuir chevelu. Ils ont bénéficié d'un examen par le dermoscope Dermlite DL4*, et d'un examen histologique.

Résultats

Nous avons inclus 20 patients, 55% de sexe masculin, 45% de sexe féminin, d'âge moyen 36 ans ayant une évolution moyenne de 5 ans, 50% des patients étaient de phototype 4. Les signes trichoscopiques étaient : érythème périlolaire rouge framboisé (95%) raréfaction des orifices folliculaires (95 %), gaine coulissante (88,9 %), cheveux en touffes (94,7 %), hyperkératose périfolliculaire (95%), pustule (60 %), point blanc (30 %), point rouge (10 %).

Discussion :

L'efficacité diagnostique de la trichoscopie dans l'identification des alopecies cicatricielles est indéniable. Les conclusions de notre étude concordent étroitement avec les données de la littérature. Dans l'étude menée par Francisco et al., les observations ont révélé les caractéristiques suivantes : présence de cheveux en touffes dans 95,3 % des cas, érythème périfolliculaire dans 86 % des cas, hyperkératose folliculaire dans 69,8 % des cas, et des points blancs dans 15 % des cas. Des signes trichoscopiques comme l'érythème périlolaire, les gaines coulissantes et les pustules sont significativement associés à la folliculite décalvante.

Conclusion :

L'utilité de la trichoscopie dans le diagnostic de la folliculite décalvante est indiscutable, en particulier avec des indicateurs spécifiques tels que l'érythème périfolliculaire, les gaines coulissantes et les pustules. La présence fréquente de cheveux en touffes renforce ce diagnostic.

Trichoscopie du lupus discoïde : à propos de 11 cas.

H.Talbi¹ , N.Zarrouki^{1,2}, 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, Oujda Maroc.

Introduction :

Le cuir chevelu est atteint dans 60 % des cas de lupus érythémateux discoïde (LED), et son atteinte peut être isolée dans environ 10 % de cas. Ces lésions discoïdes peuvent être présentes également chez les patients atteints de lupus systémique.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée au service de Dermatologie du CHU Mohammed VI d'Oujda sur une période de 10 ans allant de décembre 2014 à juillet 2024, incluant les patients atteints de lupus pris en charge dans notre service.

Résultats :

Notre étude a colligé 29 patients lupiques hospitalisés pendant la période étudiée, avec 10 patients atteints de lupus systémique et 19 avaient un lupus cutané chronique. On a noté une nette prédominance féminine avec un sex-ratio Femme/Homme de 2,6. L'âge moyen de nos patients était de 46 ans avec des extrêmes d'âge allant de 28 à 63ans.

L'atteinte du cuir chevelu était présente chez 11 patients atteints de LED, soit 38% des cas. Avec des plaques alopeciques chez 54,5% des patients, atrophiques hypochromiques avec une périphérie hyperpigmentée chez 27,3% des patients, et érythémato-squameuses chez 27,3%. Des lésions papuleuses érythémateuses finement squameuses ou violines confluentes en plaques non alopeciques étaient présentes dans 45,5% des cas.

Pour la topographie des lésions, la localisation la plus fréquente était au niveau pariétal 54,5%, occipital 27,3%, frontal 27,3%, temporal (18,2%) et au niveau du vertex (9,1%).

La trichoscopie a objectivé un fond érythémateux dans 72,8% des cas et un fond blanc nacré dans 18,2% des cas.

Des bouchons folliculaires ont été objectivé dans 27,3% des cas, une hyperkératose péri-folliculaire dans 18,2% des cas, avec la présence de quelques poils cassés courts et d'autres duveteux, et la disparition des orifices folliculaires dans 2 cas (18,2%).

Une vascularisation polymorphe (linéaire, pointillés, serpigneuse, glomérulée) dans 3 cas et des télangiectasies était présentes dans 3 cas.

Discussion :

Les lésions précoces du lupus discoïde du cuir chevelu consistent en des papules érythémateuses ou violacées squameuses qui s'étendent pour former des plaques rondes ou de forme irrégulière avec une atrophie variable, un bouchage folliculaire, des télangiectasies et des zones marbrées d'hyper et d'hypopigmentation, particulièrement conspues sur une peau foncée, tandis que les lésions avancées sont cicatricielles. L'alopecie permanente résultant de la destruction inflammatoire des follicules survient chez 34 % des patients. (1)

Les signes trichoscopiques décrits dans la littérature sont l'aspect cicatriciel avec l'absence de points blancs correspondant à la disparition des glandes eccrines, les méga-points, les télangiectasies arborescentes, les plaques rouges inflammatoires, la dyschromie. Un autre signe retrouvé, est le point rouge folliculaire (PRF) qui correspond à l'extravasation des hématies dans le follicule pileux et qui est décrit comme un signe pathognomonique du LED car il n'a jamais été retrouvé dans aucune autre alopecie cicatricielle mais il est le plus souvent noté dans les cas avec atteinte récente datant de moins de 6 mois. (2)(3)

Conclusion :

L'apport diagnostique de la trichoscopie dans les alopecies cicatricielles occupe une place prépondérante dans le diagnostic de lupus érythémateux discoïde permettant de différencier le LED des autres étiologies provoquant une alopecie cicatricielle.

Références :

1. Trüeb R. Involvement of scalp and nails in lupus erythematosus. *Lupus*. août 2010;19(9):1078-86.
2. Boumaiza S, Litaïem N, Gara S, Chaabani M, Rammeh S, Jones M, et al. Quand la trichoscopie éclaire la clinique : diagnostic des alopecies cicatricielles et du lupus érythémateux discoïde. *La Revue de Médecine Interne*. déc 2019;40:A173.
3. Bouakkaz A, Chibane A, Tibouk A, Kihal O, Djeridane A. Trichoscopie du lupus discoïde : étude de 10 cas. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie - FMC*. déc 2021;1(8):A304-5.

Ongle

Le profil épidémiologique et clinique du mélanome unguéal : une série de 6 cas.

H.Talbi¹, Y.Almheirat¹, N.Zarrouki^{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, Oujda Maroc.

Introduction :

Le mélanome est la tumeur maligne la plus fréquente de l'appareil unguéal. Le mélanome unguéal (MU) reste cependant rare et représente seulement 1 à 3 % des mélanomes. Cette localisation est beaucoup plus fréquente dans les populations noires ou orientales, et les données épidémiologiques au Maroc et au Maghreb sont méconnues. Le diagnostic est souvent tardif avec un pronostic sombre.

Le but de notre travail est d'établir un profil épidémioclinique des cas de MU diagnostiqués au service de dermatologie vénéréologie du CHU Mohammed VI d'Oujda.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique menée au service de Dermatologie du CHU Mohammed VI d'Oujda sur une période de 10 ans allant de décembre 2014 à août 2024, incluant les patients suivis pour MU. Les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'exploitation préétablie.

Résultats :

Nous avons recensé 30 cas de mélanome dont 6 étaient unguéaux (20%). Une prédominance masculine a été notée avec un sexe ratio H/F de 2, l'âge moyen des patients était de 65,83ans avec des extrêmes d'âge allant de 60 à 76ans. Tous les patients étaient de phototype IV. Le délai diagnostique moyen était de 6 ans avec des extrêmes allant de 6 mois à 18 ans.

Le siège principal était celui des ongles des gros orteils (66,67%). La notion de traumatisme a été rapportée chez 5 patients soit 83% des cas. L'aspect clinique majeur était la présence d'une mélanonychie irrégulière chez 3 patients (50%) suivi par la présence de lésions ulcéro-bourgeonnantes chez 2 patients. L'aspect dermoscopique le plus fréquent était la présence de plusieurs couleurs avec extension de la pigmentation vers le repli unguéal proximal et au niveau de l'hyponichium (signe de Hutchinson).

Le mélanome acro-lentigineux était le type histologique le plus fréquent présent chez 5 patients (83,33%). La plupart des tumeurs étaient épaisses avec Breslow supérieur à 4mm chez 3 patients, à 3 chez un patient et inférieur à 1mm chez deux patients, avec la présence d'ulcération chez 1 seul patient. L'index mitotique était élevé, supérieur à 5 mitoses/10 CFG chez la plupart des patients (66,66%). Trois tumeurs ont été classées stade IIB et 2 autres stade 1A et une seule a été classée stade 4 selon la classification de l'AJCC. L'amputation était le traitement préconisé sauf chez un seul patient à mélanome métastatique traité par chimiothérapie. Un curage ganglionnaire régional a été réalisé chez 2 patients. Deux patients de ceux qui ont bénéficié d'un traitement chirurgical avait une bonne évolution, et récidive après 1 an et 6 mois chez un patient, décédé à 2ans du diagnostic, deux autres patients ont été perdus de vue après 2ans de suivi sans récidive, avec un taux de survie de 50%.

Discussion :

Le mélanome unguéal (MU) est une entité rare, il représente 0,7 à 3,5 % des cas du mélanome. (1)

Dans le contexte marocain une incidence élevée du MU a été obtenue par une étude Casablancaise allant de 2009 à 2014, colligeant 37 cas de mélanome, dont 12 étaient unguéaux (34,2 %). Nos résultats sont supérieurs aux résultats de nombreuses études mais rejoignent ceux de Casablanca. (2)

Dans une étude menée au CHU Fès ayant inclue 16 patients suivi pour mélanome unguéal, les patients avaient un âge moyen de 64,5 ans au moment du diagnostic rejoignant les résultats de notre étude. (3)

Selon plusieurs études nationales et internationales, le mélanome unguéal tend à être légèrement plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. (4)(5) Cependant dans notre série on a noté une prédominance masculine.

Dans la série de Casablanca la moyenne de durée d'évolution était de 4 ans et demi avec des extrêmes allant de 18 mois à 8 ans et qui était de 6ans dans notre série, concluant que le diagnostic du MU est souvent tardif et responsable d'un pronostic sombre avec des options thérapeutiques limitées. (2)

Le MU est plus souvent situé sur les doigts que sur les orteils, avec une atteinte préférentielle des pouces. Au pied c'est le gros orteil qui est apparu comme le site le plus couramment affecté, avec des manifestations cliniques allant de bandes mélanonychiques irrégulières à une dystrophie de l'ongle.(6)

Le traumatisme a été suggéré comme un facteur de risque, principalement en raison de la localisation fréquente au niveau des zones supportant le poids du corps, retrouvé chez 5 patients de notre série soit 83% des cas qui sont supérieurs aux résultats de nombreuses études dans la littérature dont la fréquence varie de 25 % à 55 %. (7)(8)(9)

Mohrle et Hafner ont émis l'hypothèse d'un lien entre les antécédents de traumatisme et le mélanome en raison de la forte prépondérance du mélanome sous-unguéal sur le pouce ou le gros orteil, connus pour être plus exposés aux traumatismes, comme pour notre série. (10)

Starace et al ont rapporté les caractéristiques dermoscopiques de 23 patients en 2017 et qui sont : la présence de plusieurs couleurs, une dystrophie et destruction unguéal, avec un signe de Hutchinson positif. Ces signes étaient observés dans l'ensemble des mélanomes unguéaux de notre série. (11) Le mélanome acrolentigineux était le type histologique le plus rencontré, ce qui rejoint les résultats des études africaines. Cependant il est à noter que tous les mélanomes acraux ne sont pas du type lentigineux. (12)

Dans toutes les séries marocaines l'amputation était le traitement préconisé, associé ou non à une chimiothérapie et/ou un curage ganglionnaire. Et certains patients ont connu une récurrence de la maladie, indiquant la nature agressive de ce type de mélanome.

Conclusion :

Le mélanome unguéal (MU) est une entité rare, souvent sous-diagnostiquée, en particulier dans le contexte maghrébin. Le diagnostic tardif contribue à un pronostic souvent sombre et limite les options thérapeutiques. Il est donc essentiel de mettre en œuvre des mesures de prévention et de sensibilisation tant pour les médecins que pour la population afin de mieux réagir face à une bande mélanonychique suspecte, pour un diagnostic précoce.

Références :

1. Venkateswaran S, D'Angelo N. Cutaneous Malignant Melanoma: A Synthesis on Updated Guidelines for the Primary Care Perspective. HCA Healthcare Journal of Medicine.
2. Baghdad B, Marnissi F, Chiheb S. Mélanome unguéal : étude de 12 cas. Annales de Dermatologie et de Vénéréologie. déc 2016;143(12):S372.
3. Alaoui IK, Elloudi S, Elammari S, Douhi Z, Soughi M, Baybay H, et al. Melanoma of the nail: a Moroccan series. Cahiers Santé Médecine Thérapeutique. oct 2023;32(5):269-72.
4. Lakraichi, A. (2015). Le profil épidémiologique du mélanome cutané dans la région de Marrakech, à propos de 50 cas et revue de la littérature (Doctoral dissertation, Thèse de doctorat en médecine. Marrakech: université CADI AYYAD).
5. Bennouna-Biaz F, Ait-Ourhroui M, HABIB-DINE, Lakhdar H, El Guedari B, Souadka A. Le mélanome au Maroc. Les Nouvelles dermatologiques. 1998;17(2):56-9.
6. Moulonguet I, Zaraa I, Goettmann-Bonvallot S. Mélanome in situ de l'appareil unguéal. Annales de Dermatologie et de Vénéréologie - FMC. mars 2022;2(2):109-14.
7. Rigby HS, Briggs JC. Subungual melanoma: a clinico-pathological study of 24 cases. British Journal of Plastic Surgery. 1992;45(4):275-8.
8. Tan KB, Moncrieff M, Thompson JF, McCarthy SW, Shaw HM, Quinn MJ, et al. Subungual Melanoma: A Study of 124 Cases Highlighting Features of Early Lesions, Potential Pitfalls in Diagnosis, and Guidelines for Histologic Reporting. American Journal of Surgical Pathology. déc 2007;31(12):1902-12.
9. Patterson RH, Helwig EB. Subungual malignant melanoma: A clinical—pathologic study. Cancer. 1 nov 1980;46(9):2074-87.
10. Möhrle M, Häfner HM. Is Subungual Melanoma Related to Trauma? Dermatology. 2002;204(4):259-61.
11. Starace M, Dika E, Fanti PA, Patrizi A, Misciali C, Alessandrini A, et al. Nail apparatus melanoma: dermoscopic and histopathologic correlations on a series of 23 patients from a single centre. Acad Dermatol Venereol. janv 2018;32(1):164-73.
12. Alice Phan. Le mélanome acro-lentigineux : étude rétrospective épidémiologique, clinique et anatomopathologique, et recherche de facteurs pronostiques d'un sous-type rare de mélanome. Médecine humaine et pathologie. Université Claude Bernard - Lyon I, 2011.

Chloronychie non infectieuse après pose de faux ongles: à propos de 7 cas

RIME BABA, SALMA BARAZ, AMINE ENNACIRI, ILIAS ANOUAR, RACHID FRIKH,
NAOUFAL HJIRA

Service de Dermatologie Vénérologie de l'Hôpital Militaire Mohammed V - Rabat

Introduction: Nous accordons une attention particulière aux chloronychies non infectieuses qui sont courantes, nouvelles et sous-déclarées, mais qui peuvent facilement être mal diagnostiquées par le dermatologue. Nous faisons également le point sur les controverses entourant les procédures cosmétiques contemporaines des ongles, comme les manucures à l'acrylique, au gel ou encore la pose de faux ongles.

Matériel et méthodes: Nous avons inclus dans cette série les patientes ayant une chloronychie suite à l'application de faux ongles n'ayant pas de dermatose préexistante. Ont été exclus de cet échantillon les patientes ayant reçu d'autre procédure cosmétiques autre que la pose de faux ongles, ainsi que les patientes présentant une onychopathie antérieure.

Nos patientes sont des jeunes femmes âgées entre 19 et 28 ans, ayant toutes recouru à la pose à domicile de faux ongles utilisant des colles à base de Cyanoacrylate. La durée moyenne de port de faux ongles chez ces patientes était de 7 jours avec un minimum de 4 jours et un maximum de 10 jours. Ces patientes ont noté une coloration jaune-verdatre régulière sur 06 ongles en moyenne au moment du retrait des faux ongles. Par ailleurs, l'examen dermoscopique a objectivé une onychoschizie rapportée au retrait traumatique des faux ongles. Nous avons noté l'absence de hyperkératose sous-unguéale, de squames jaunes brunes et d'agglomérats jaunâtres qui sont des signes orientant vers l'infection à pseudomonas. Il n'y avait également pas de paronychie au niveau des ongles atteints ni de rehaussement à la lumière de wood.

Des prélèvements mycologiques et bactériologiques (sur 2 ongles) ont été réalisés, l'examen direct était négatif et la culture stérile. Une abstention thérapeutique a été préconisée, une diminution progressive de la chloronychie a été notée avec un blanchiment total au bout de 4 semaines en moyenne.

Discussion: La chloronychie ou le green nail syndrome est une onychopathie inhabituelle. Les données disponibles sur sa physiopathologie, son étiologie et son traitement sont basées sur des publications de cas limités. Les manifestations cliniques sont une décoloration de la tablette unguéale, une onycholyse et une paronychie, entre autres troubles qui peuvent changer selon l'agent causal. Les principales étiologies sont les infections bactériennes, notamment *Pseudomonas aeruginosa*, qui est le micro-organisme le plus fréquemment identifié. Certaines autres causes peuvent inclure des produits chimiques et des pathologies systémiques.

Le diagnostic repose sur l'examen clinique, la culture et récemment la pertinence de la dermoscopie a été soulignée. La présence de différentes nuances de jaune, marron, vert, et le noir peut être notée à l'examen dermoscopique. Ainsi que la présence de bandes brunes irrégulières et d'hyperkératose sous-unguéales. L'onychoscopie montre également un couleur vert vif qui vire au jaune en périphérie, ainsi qu'une pigmentation foncée due à la pyocyanine (produite par le germe causal) sous la plaque unguéale.

Il n'y a pas de cas dans la littérature de chloronychies non infectieuses secondaires à l'usage de produits chimiques.

Le traitement dépendra donc de l'étiologie et comprend des antibiotiques topiques, des mesures systémiques, antifongiques et générales.

Conclusion: Ce travail souligne l'intérêt de la dermoscopie dans l'élimination d'une infection à pseudomonas au cours des chloronychies. Nous mettons ainsi la lumière sur les onychopathies résultant des procédures cosmétiques en corrigeant l'idée reçue sur la chlornoychie qui n'est pas forcément infectieuse mais peut être induite par un agent chimique.

UN CAS D'ONYCHOGRYPHOSE CHEZ UNE DANSEUSE DE BALLET.

L.Mansour Billah¹, M. El Jazouly¹, A.Kelati¹, S.Chiheb^{1,2}

¹Dermatologie, Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa, Casablanca, Maroc

²Dermatologie, C.H.U Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction : L'onychogryphose est un trouble de croissance de la plaque unguéale qui se caractérise par un épaissement opaque, une élongation voire une déviation de sa courbure. Elle est plus fréquente chez les personnes âgées. Elle peut être responsable de douleur et représente un véritable préjudice esthétique.

Nous rapportons l'observation d'une onychogryphose des gros orteils chez une jeune fille de 18 ans, apparue après le port des pointes.

Observation : Une fille de 18 ans, danseuse de ballet, sans antécédents particuliers, s'est présentée en consultation pour une anomalie des ongles des deux gros orteils évoluant depuis trois ans.

L'interrogatoire notait que les ongles étaient devenus douloureux, rendant la marche et le port de chaussures difficiles. L'examen clinique retrouvait un épaissement important de la tablette unguéale, une hyperkératose macroscopique, une xanthonychie, une surface irrégulière, et une déviation de sa courbure. La dermoscopie retrouvait une hyperkératose jaunâtre d'aspect feuilletée, avec des plages hémorragiques. Les autres ongles étaient indemnes. L'examen physique ne révélait pas de signes d'insuffisance circulatoire des membres inférieurs, ni de déformation en hallux valgus ou de déviation latérale de l'ongle des gros orteils. Le prélèvement mycologique était négatif. Le diagnostic d'onychogryphose a été retenu et une avulsion des deux ongles avec chimio-cautérisation de la matrice au phénol ont été réalisées, sans récurrence avec un recul de 1 an.

Discussion :

L'onychogryphose est une forme extrême d'ongles irréguliers, déformés, épaissis, sur un lit unguéal hyperkératosique, hyperplasique et onycholytique. Elle peut être congénitale ou acquise et s'associer à des pathologies tel que l'ichtyose, le psoriasis, la syphilis, ou l'hyperuricémie. Elle peut également accompagner des troubles de la circulation périphérique, ou être secondaire à des lésions traumatiques. Dans notre cas, nous pensons que le port de pointes serrées inadaptées serait responsable de microtraumatismes répétés menant à terme à une onychogryphose. Le diagnostic de cette affection est essentiellement clinique. Elle peut être confondue avec l'onychomycose à un stade précoce. Il convient de noter que l'onychomycose et l'onychogryphose peuvent coexister. Le traitement est soit radical ou conservateur. Dans notre cas, l'avulsion de l'ongle avec matricectomie ont été préconisées en raison de la douleur et du préjudice esthétique.

Conclusion :

L'onychogryphose reste une affection mal-connue. Elle n'a jamais été décrite dans les manifestations dermatologiques rapportées chez les danseurs.

L'apport de l'onychoscopie dans le psoriasis unguéal une série de 185 cas

S.Nejjarii¹, F.Z.Agharbii¹, I.Chikhaouii¹, G.Basri¹, K.Slamti¹, S.Chiheb¹⁻²

1- Hôpital universitaire internationale Cheikh khalifa 2- CHU Ibnou Rochd

Introduction : Le psoriasis unguéal est une manifestation spécifique du psoriasis, caractérisée par des altérations unguéales pouvant varier considérablement d'un individu à l'autre. Notre étude, portant sur 185 patients démontre l'importance de l'onychoscopie en tant qu'outil complémentaire dans la prise en charge du psoriasis unguéal.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur une période de 3 ans de janvier 2021 à février 2024 portant sur 185 patients pris en charge au sein du service de dermatologie de notre structure, étaient inclus dans l'étude, les patients ayant consulté pour une suspicion d'un psoriasis unguéal, les patients ayant bénéficié d'une onychoscopie avec des signes dermoscopiques en faveur d'un psoriasis de l'ongle et les patients ayant bénéficié d'un examen histopathologique ayant confirmé le psoriasis de l'ongle. Les patients ayant un psoriasis sans atteinte unguéale et les patients refusant de participer à l'étude étaient exclus de notre étude.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 39 ans, avec une prédominance masculine (sex-ratio 1,46). La durée d'évolution variait de 0 à 1 an chez 84 patients, 51 patients avaient des antécédents familiaux de psoriasis, 33 patients présentaient de l'obésité, tandis que 23 patients avaient des antécédents tabagiques. Les ongles des mains étaient affectés chez 146 patients et 79 avaient moins de 5 ongles atteints. Une atteinte unguéale isolée était observée chez 51 patients. En ce qui concerne les atteintes associées, le psoriasis en plaque était présent chez 73 patients, le psoriasis du cuir chevelu chez 52 patients et 22 patients souffraient de douleurs articulaires. Ainsi que l'onychomycose était présente chez 47 patients. Les aspects dermoscopiques de l'atteinte matricielle étaient principalement caractérisés par des dépressions en "dé à coudre" chez 143 patients et une leuconychie chez 86 patients. Pour l'atteinte du lit de l'ongle, 123 patients présentaient une onycholyse, tandis que 79 patients présentaient de l'hyperkératose sous-unguéale.

Discussion : Conformément aux données de la littérature, le dé à coudre est l'observation dermoscopique la plus fréquente, suivie de l'onycholyse, la leuconychie, l'hyperkératose sous-unguéale, les hémorragies en éclats, l'effritement, la trachyonychie, la tâche saumonée, les lignes de Beau. Notre étude rejoint les données de la littérature.

Conclusion : Le psoriasis unguéal peut cliniquement être confondu avec une onychomycose ou un lichen unguéal. La dermoscopie en montrant des signes plus au moins spécifiques du psoriasis, peut aider à un diagnostic précoce et une prise en charge adapté.

Un cas de leuconychie totale associé à une infection par le virus d'immunodéficience humaine

S.Nejjari¹, M.El Jazoulyi¹,I.Chikhaoui¹,G.Basri¹,K.Slamti¹,S.Chiheb¹⁻²

1- Hôpital universitaire internationale Cheikh khalifa 2- CHU Ibnou Rochd

Introduction : Les manifestations cutanéomuqueuses associées ou spécifiques aux patients infectés par le VIH sont fréquentes. Cependant très peu de troubles des ongles ont été décrits dans ce contexte. La leuconychie associée à une infection par (VIH) peut être secondaire à une altération du lit de l'ongle ou une agression plus superficielle de la kératine unguéale causée par l'action d'un agent externe. Elle peut être totale, partielle, striée ou ponctuée. Nous rapportons le cas d'une leuconychie totale révélant une infection VIH.

Observation : Patiente âgée de 29 ans, était admise en pneumologie pour une dyspnée stade 3 évoluant dans un contexte d'altération de l'état général avec asthénie, anorexie et amaigrissement chiffré à 15 kg en 2mois. Un avis dermatologique fut demandé devant l'installation rapide d'une leuconychie. À l'interrogatoire, aucune prise médicamenteuse n'a été mise en évidence ni exposition à un agent chimique. L'examen des phanères retrouvait une leuconychie avec un aspect blanc laiteux des dix orteils, une leuconychie proximale du gros orteil gauche et totale associée à une pachyonychie des autres orteils. La dermoscopie objectivait une hyperkératose sous unguéale réalisant un « aspect en ruines », une onycholyse distale avec des spicules et des stries blanches longitudinales. Le reste de l'examen cutanéomuqueux était sans anomalies. Un prélèvement mycologique retrouvait un *Trichophyton Rubum*. Un bilan biologique incluant une sérologie VIH était positif avec un taux de CD4 à 350. Les explorations digestives et respiratoires ont révélé une candidose respiratoire et œsophagienne. La patiente a été mise sous traitement antifongique systémique et adressée au service de maladies infectieuses pour complément de prise en charge.

Discussion : La leuconychie se définit par un blanchiment de la plaque de l'ongle. Le mécanisme physiologique à l'origine de ce phénomène n'est pas entièrement clair. Elle est classée en leuconychie vraie, pseudo-leuconychie et leuconychie apparente. Dans la leuconychie vraie témoignant d'une atteinte de la tablette unguéale et de l'origine matricielle la coloration blanche ne disparaît pas à la pression de l'ongle. Il en est de même pour la pseudo-leuconychie, qui est due à des facteurs externes responsables de la desquamation de la plaque superficielle de l'ongle comme l'onychomycose. L'atteinte proximale mycosique est rare. Elle survient plus volontiers sur un terrain immunodéprimé de manière subaiguë et polydactylique comme c'est le cas de notre patiente. La leuconychie apparente, qui est une anomalie du lit de l'ongle, représente la forme la plus décrite. Au cours du syndrome de l'immunodéficience acquise, elle s'estompe à la pression et peut se manifester par les ongles de Terry et les ongles moitié-moitié. L'intérêt de notre observation réside dans l'importance d'évoquer une immunodépression devant la présentation clinique atypique d'une onychomycose chez un sujet jeune.

Conclusion : Les onychopathies chez les patients porteurs de VIH restent très fréquentes et leur prise en charge est difficile.

Atteinte unguéale chez les hémodialysés chroniques: aspects cliniques et dermoscopiques A propos de 30 cas

O. Markouk, M. Aboudourib, O. Laadim, L. Bendaoud, O. Hocar, S. Amal
Service de dermatologie, Hôpital Arrazi, CHU Mohammed VI, Marrakech

Laboratoire de recherche en biosciences, FMPM, Université Cadi Ayyad, Marrakech

Introduction

Les manifestations unguéales (MU) observées au cours de l'insuffisance rénale chronique terminale chez les patients sous hémodialyse sont variées. Le but de ce travail est de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et dermoscopiques de l'atteinte unguéale (AU) au cours de l'insuffisance rénale chronique terminale et de déterminer les facteurs associés à sa survenue.

Patients et méthodes

C'est une étude analytique descriptive réalisée sur une période de 5 mois (juin à octobre 2024), durant laquelle les patients vus au centre d'hémodialyse de l'hôpital Arrazi et Ibn tofail, ayant une insuffisance rénale chronique terminale, ont été examinés à la recherche de manifestations unguéales associées à leur maladie. Tous les changements de surface, de couleur et d'épaisseur unguéale étaient notés, ainsi que les manifestations dermoscopiques.

Les données ont été saisies et analysées par le logiciel spss le test de t student a été utilisé pour déterminer la différence statistique entre les variables. Les résultats étaient considérés comme significatifs si P inférieur à 0,05

Résultats

Nous avons inclus 30 patients (11 hommes et 19 femmes). L'âge moyen était de 60 ans. Chez 28 patients, au moins une atteinte unguéale était notée. L'atteinte des pieds était prépondérante. Les manifestations non spécifiques étaient à type, de pachyonychie (40 %), d'onycholyse (6 %), d'altérations de la surface unguéale (lignes de Beau, hyperstriations longitudinales (90%), hémorragie sous unguéale (45%) de mélanonychie chez un seul patient et onychomadèse chez un seul patient. Une onychomycose a été confirmée par un prélèvement mycologique chez 5 patients. L'hémoglobémie basse et l'hypoalbuminémie étaient des facteurs associés à la survenue de manifestations unguéales. On note que la plupart des malades sans onychopathie à l'examen clinique, présentaient à l'examen dermoscopique des lignes de beau, hémorragies en flammèche et une mélanonychie.

Aucune association statistique n'a été établie entre l'atteinte unguéale et l'étiologie de l'IRC.

Conclusion

Une attention particulière doit être portée aux facteurs associés aux manifestations unguéales au cours de l'insuffisance rénale chronique terminale car leur prise en charge adéquate pourrait réduire l'incidence de ces onychopathies.

Les caractéristiques cliniques et dermoscopiques de l'atteinte unguéale au cours du pemphigus : A propos de 20 cas

O. Markouk, M. Aboudourib W.Souhail, L. Bendaoud, , O. Hocar, S. Amal
Service de dermatologie, Hôpital Arrazi, CHU Mohammed VI, Marrakech
Laboratoire de recherche en biosciences, FMPM, Université Cadi Ayyad, Marrakech

Introduction : Le pemphigus est une maladie bulleuse auto-immune touchant la peau et les muqueuses. Il existe trois grands types anatomocliniques de pemphigus : vulgaire (clivage suprabasal), superficiel (clivage sous corné), paranéoplasique. L'atteinte unguéale au cours du pemphigus n'a été démontrée à ce jour. Le but de notre étude est de déterminer la prévalence de l'atteinte unguéale au cours du pemphigus, décrire ses manifestations cliniques et dermoscopiques et la corrélation entre cette atteinte et le type et la sévérité du pemphigus.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude analytique prospective menée au service de dermatologie au CHU Arrazi de Marrakech , vingt patients ont été inclus dans cette étude sur une période de 6 mois (juin –octobre 2024) et ont été regroupés en fonction de leur affection unguéale en deux groupes, groupe 1 : patients avec des ongles cliniquement affectés et groupe 2 : patients avec des ongles cliniquement normaux. Toutes les parties des ongles des doigts ont été examinées par dermoscopie. Les données ont été saisies et analysé par le logiciel spss le test de t student a été utilisé pour déterminer la différence statistique entre les variables. Les résultats étaient considérés comme significatifs si P inférieur a 0,05

Résultats : Nous avons inclus 20 patients (7 H et 13 F). L'âge moyen était de 50 ans. Le groupe 1 représentait 85% des cas. L'atteinte des pieds était prépondérante. Les manifestations cliniques étaient à type, d'altérations de la surface unguéale (lignes de Beau, hyperstriations longitudinales (90%)) trachyonychie (85%), hémorragie sous unguéale (80%) pachyonychie (75%) onychomadèse (60 %) d'onycholyse (30 %), bulles peri unguéales (10%), de rétronychie chez un seul patient et chloronychie chez deux patient. Une onychomycose a été confirmée par un prélèvement mycologique chez 3 patients. Des modifications dermoscopiques des ongles ont été observées chez 80 % des patients atteints de Pemphigus. Dans le groupe 1 : les signes dermoscopiques les plus fréquents étaient une onychomadèse, lignes de beau, chromonychie et hémorragie en flammèche. Tandis que dans le groupe 2 : 28 % avaient des lignes de Beau. Dans les deux groupes, la pachyonychie et les stries longitudinales étaient significativement plus élevées chez les personnes âgées de 50 ans et plus. Alors que, dans le groupe 1 uniquement, les lignes de Beau étaient plus élevées chez les personnes âgées de 50 ans et plus. Par ailleurs on a trouvé une corrélation statistiquement significatif entre l'atteinte unguéal du pemphigus et le score de sévérité du PDAI.

Conclusion : L'atteinte unguéale dans les maladies bulleuses auto-immunes peut être bien appréciée à l'aide du dermoscope même sur des ongles cliniquement non affectés. Les lignes de Beau étaient des signes dermoscopiques détectés sur des ongles cliniquement indemnes chez la plupart de nos malades.

SEVERE NAIL INVOLVEMENT IN PSORIATIC ARTHRITIS

S.Gueroum,H.Rachadi, F.ELFatoïki, F.Hali, S.Chiheb

Dermatology and Venerology Department, Ibn Rochd University Hospital, Casablanca,
Morocco

Introduction: Psoriasis is a chronic, systemic, inflammatory disorder, affecting 2–3% of the population worldwide, associated with several important comorbidities, including depression, psoriatic arthritis (PsA), and cardiometabolic syndrome. Psoriatic arthritis is the most common comorbidity associated with psoriasis, occurring in approximately 20% of patients. Nail involvement is more frequent among patients with psoriatic arthritis compared to patients with exclusive cutaneous involvement; it correlates with the duration and severity of cutaneous psoriasis and is also associated with an increased risk of developing psoriatic arthritis.

Although it is well described in the literature, herein we present the case of a 61-year-old male who presented to us with an irreducible bilateral knee flossum and diffuse nail involvement, to increase awareness of this severe entity.

Case presentation: We present the case of a 61-year-old man suffering from psoriasis for 26 years treated by topical steroids, with worsening symptoms over the last year; He was wheelchair-bound then bed-bound for the last 6 months, and he presented to our hospital with pain and swelling in the knees and ankles, extensive skin lesions with occasional pain and itching sensation. Examination revealed erythematous plaques all over the body, candle-grease sign, Auspitz sign, multiple nail pits in both hands with distal onycholysis, splinter hemorrhage, longitudinal ridges and oil-drop discoloration along with distal and proximal subungueal hyperkeratosis of all the toenails associated with axillary and inguinal swollen lymph nodes. On articular examination, pain was localized to both knees and ankles. Movements of both joints were totally restricted in both active as well as passive ranges of motion. Investigations showed an erythrocyte sedimentation rate of 78 mm/hour, C reactive protein of 56.9 mg/L, a negative rheumatoid factor, a normocytic normochromic anemia while the other blood counts were normal, as well as liver and kidney function tests. Radiographs of the knees and feet joint were notable for bilateral flexion deformity of the knees and bilateral deviation of the proximal phalanges with metatarsophalangeal joint narrowing. A diagnosis of active PsA with peripheric disease was made, and he was supposed to be started on Secukinumab but he had an undergoing lymphoma that was diagnosed during his hospitalisation.

Conclusion: Nail psoriasis is correlated with more severe disease, characterized by earlier onset and a higher risk of psoriatic arthritis which can result in significant functional impairment and reduced quality of life. Pitting of the nail plates is the most common form of nail involvement. Oil-drop pigmentation, also called salmon patch, is frequently seen in patients with psoriasis and psoriatic arthritis. The psoriatic fingernail onycholysis and hyperkeratosis hold greater relevance to PsA than pitting. Clinically, psoriatic patients with fingernail onycholysis and hyperkeratosis should be assessed for arthritis during follow-up in order to diagnose it earlier and to avoid its severe progression, which was the case for our patient.

Solénonychie des deux hallux chez un adolescent : Focus sur l'origine multifactorielle

A. Zaim, S. Elloudi, K. Moufid, Z. Douhi, M. Soughi, H. Baybay, FZ. Mernissi

Service de Dermatologie CHU HASSAN II, Fès, Maroc

Introduction :

La solénonychie est une dystrophie unguéale rare, typiquement observée aux pouces. Les microtraumatismes matriciels répétés sont généralement considérés comme le principal mécanisme étiopathogénique. Cependant, dans de nombreux cas, la cause demeure indéterminée. Nous rapportons le cas d'un adolescent présentant une solénonychie bilatérale des deux hallux, associée non seulement à des facteurs traumatiques, mais également à une atteinte mycosique et psoriasique.

Observation :

Un adolescent de 14 ans, suivi pour psoriasis cutané avec atteinte unguéale en rémission depuis 18 mois, s'est présenté en consultation de contrôle avec une atteinte unguéale asymptomatique des deux hallux faite d'une fissure médio-unguéale, symétrique, bordée de striations transversales, disposées en chevrons rappelant un aspect de sapin de Noël. Les autres ongles des doigts et des orteils étaient sans anomalies. L'interrogatoire a révélé une pratique régulière du football sans onychotillomanie, exposition à des produits chimiques ou antécédents familiaux de dystrophies unguéales. Un prélèvement mycologique des deux ongles a confirmé la présence de *Trichophyton rubrum*. Le diagnostic de solénonychie a été posé, attribuant principalement cette dystrophie aux microtraumatismes répétés liés à la pratique du football. Toutefois, l'implication concomitante d'une infection mycosique et du psoriasis dans cette atteinte matricielle a été considérée. Un traitement antifongique a été initié, bien que l'adolescent ait choisi de ne pas traiter la dystrophie en raison de considérations esthétiques.

Discussion :

La solénonychie, aussi désignée sous le nom de dystrophie canaliforme médiane de Heller ou dystrophie unguéale médiane, est une affection unguéale peu courante. Morphologiquement, elle se présente par une fissure longitudinale médiane avec des striations transversales se déployant en éventail donnant un aspect en sapin de Noël, généralement observée de manière symétrique aux pouces. L'aspect de macrolunule est fréquemment associé. Les étiologies sont diverses, dominées par les microtraumatismes matriciels répétés. D'autres conditions doivent être envisagées, telles que l'onychomycose, le lichen, le psoriasis, la maladie de Darier ainsi que les tumeurs glomiques, les kystes mucoïdes digitaux, la cryothérapie et les rétinoïdes oraux. Des cas familiaux et congénitaux sont également rapportés. La prise en charge de ce trouble reste complexe en raison de mécanismes pathogéniques sous-jacents mal compris. Les options thérapeutiques incluent les dermocorticoïdes, le tacrolimus et le tazarotène sous occlusion, bien que leur efficacité reste controversée.

Conclusion :

La solénonychie continue de susciter l'intérêt des dermatologues en raison de sa présentation morphologique distinctive et des défis associés à sa prise en charge. Ce cas est remarquable par son origine multifactorielle, impliquant une atteinte des hallux plutôt que des pouces, soulignant l'importance de considérer plusieurs facteurs étiologiques dans l'évaluation et le traitement de cette condition.

Références :

1. Msp MK, Bs NK, Newman S. Dystrophie unguéale médiane. 2021;193:201002.
2. Pinto CJ, Maldar SB, Wari PK. Median canaliform dystrophy of Heller presenting as a body-focused repetitive behaviour. 2023;1-



Figure 1 : Dystrophie unguéale médiane bilatérale et symétrique des hallux.

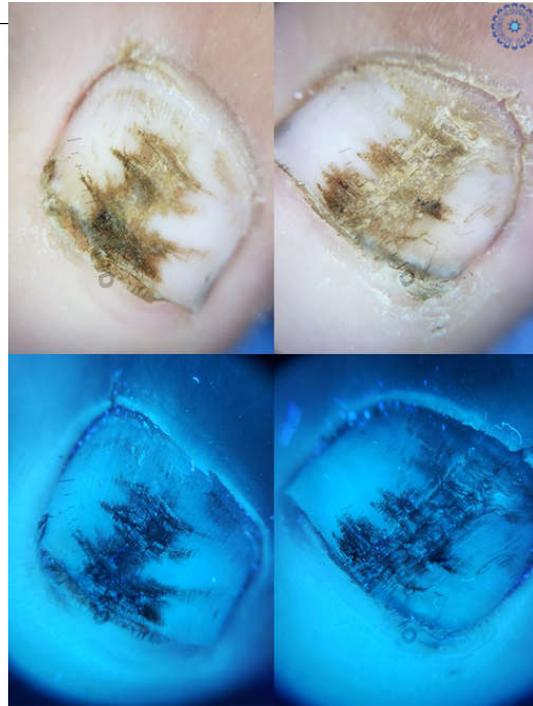


Figure 2 : Images dermoscopiques montrant l'aspect en sapin de Noël.

Toxicité unguéale des traitements anticancéreux

N.Er-rachdy¹, O.Essadeq¹, S.Hamada¹, N.Ismaili¹, L.Benzekri¹, K.Senouci¹, M.Meziane¹

¹*Service de dermatologie, Université Mohamed V de Rabat, Hôpital universitaire Ibn Sina, Maroc*

Introduction :

Le cancer est une cause fréquente de décès dans le monde, et leur incidence est toujours en augmentation au cours des dernières décennies. Les effets indésirables dues aux médicaments anticancéreux sont fréquents dans la pratique dermatologique.

A travers cette étude prospective, nous avons étudié ces résultats afin de mieux les comprendre et de permettre un diagnostic précoce.

Résultats :

Nous avons colligé 46 patients, 36 femmes (78%) et 10 hommes (22%), soit une nette prédominance féminine avec un sexe ratio H/F de 0,28. L'âge moyen était de 54 ans avec des extrêmes allant de 25 à 75 ans. Le délai moyen de survenue des symptômes après la prise médicamenteuse était de 1 mois.

La tumeur maligne la plus fréquemment observée était le cancer du sein, qui a été observé dans 50% des cas. Il était suivi par le poumon dans 8% des cas et le rectum dans 6% des cas. Les médicaments les plus fréquemment incriminés étaient les taxanes (Docétaxel et Paclitaxel) dans 41% des cas.

35 % des malades sous traitement anticancéreux ont présenté des modifications unguéales, dominées par les mélanonychies 50% des cas, suivies d'onycholyse et de la fragilité unguéale dans le ¼ des cas. Les lignes de Beau, les granulomes pyogéniques, la trachyonychie et d'autres signes ont également été retrouvés.

Discussion :

Les effets indésirables cutanéomuqueux associés aux traitements anticancéreux mettent rarement en jeu le pronostic vital. Cependant, ils peuvent être à l'origine d'un arrêt du traitement, d'un stress physique et psychologique pour le patient. La connaissance de tous les effets indésirables cutanéomuqueux de ces agents facilite le diagnostic et leur prise en charge. Ces médicaments sont toxiques pour les cellules à prolifération rapide des poils, de la peau, des ongles et des muqueuses en raison de leur index thérapeutique étroit, ce qui entraîne un large spectre d'effets cutanéomuqueux.

Les modifications unguéales sont particulièrement fréquentes, à type de mélanonychies, lignes de Beau, onycholyses, granulome pyogénique-like, périonyxis ...Elles sont généralement réversibles à l'arrêt du traitement, mais elles ont un impact non négligeable sur la qualité de vie des patients. Cette toxicité unguéale s'observe surtout avec les anti EGFR, les taxanes, la bléomycine, la doxorubicine, et d'autres.

Conclusion :

La connaissance de l'occurrence et de la gravité des effets secondaires dermatologiques de la chimiothérapie permet une reconnaissance et un traitement précoces. Elle permet également d'informer les patients sur les effets indésirables potentiels, de prendre les mesures prophylactiques appropriées et, par conséquent, d'améliorer l'observance du traitement par le patient.

Un cas de leuconychie totale associé à une infection par le virus d'immunodéficience humaine S.Nejjari¹, M.El Jazoulyi¹,I.Chikhaoui¹,G.Basri¹,K.Slamti¹,S.Chiheb¹⁻²

1- Hôpital universitaire internationale Cheikh khalifa 2- CHU Ibnou Rochd

Introduction : Les manifestations cutanéomuqueuses associées ou spécifiques aux patients infectés par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) sont fréquentes. Cependant très peu de troubles des ongles ont été décrits dans ce contexte. La leuconychie associée à une infection par (VIH) peut être secondaire à une altération du lit de l'ongle ou une agression plus superficielle de la kératine unguéale causée par l'action d'un agent externe. Elle peut être totale, partielle, striée ou ponctuée. Nous rapportons le cas d'une leuconychie totale révélant une infection VIH

. Observation : Patiente âgée de 29 ans, était admise en pneumologie pour une dyspnée stade 3 évoluant dans un contexte d'altération de l'état général avec asthénie, anorexie et amaigrissement chiffré à 15 kg en 2mois. Un avis dermatologique fut demandé devant l'installation rapide d'une leuconychie. À l'interrogatoire, aucune prise médicamenteuse n'a été mise en évidence ni exposition à un agent chimique. L'examen des phanères retrouvait une leuconychie avec un aspect blanc laiteux des dix orteils, une leuconychie proximale du gros orteil gauche et totale associée à une pachyonychie des autres orteils. La dermoscopie objectivait une hyperkératose sous unguéale réalisant un « aspect en ruines », une onycholyse distale avec des spicules et des stries blanches longitudinales. Le reste de l'examen cutanéomuqueux était sans anomalies. Un prélèvement mycologique retrouvait un Trichophyton Rubum. Un bilan biologique incluant une sérologie VIH était positif avec un taux de CD4 à 350. Les explorations digestives et respiratoires ont révélé une candidose respiratoire et œsophagienne. La patiente a été mise sous traitement antifongique systémique et adressée au service de maladies infectieuses pour complément de prise en charge.

Discussion : La leuconychie se définit par un blanchiment de la plaque de l'ongle. Le mécanisme physiologique à l'origine de ce phénomène n'est pas entièrement clair. Elle est classée en leuconychie vraie, pseudo-leuconychie et leuconychie apparente. Dans la leuconychie vraie témoignant d'une atteinte de la tablette unguéale et de l'origine matricielle la coloration blanche ne disparaît pas à la pression de l'ongle. Il en est de même pour la pseudo-leuconychie, qui est due à des facteurs externes responsables de la desquamation de la plaque superficielle de l'ongle comme l'onychomycose. L'atteinte proximale mycosique est rare. Elle survient plus volontiers sur un terrain immunodéprimé de manière subaiguë et polydactylique comme c'est le cas de notre patiente. La leuconychie apparente, qui est une anomalie du lit de l'ongle, représente la forme la plus décrite. Au cours du syndrome de l'immunodéficience acquise, elle s'estompe à la pression et peut se manifester par les ongles de Terry et les ongles moitié-moitié. L'intérêt de notre observation réside dans l'importance d'évoquer une immunodépression devant la présentation clinique atypique d'une onychomycose chez un sujet jeune.

Conclusion : Les onychopathies chez les patients porteurs de VIH restent très fréquentes et leur prise en charge est difficile.

Une bande mélanonychique trompeuse

K. El Fid, S. Elloudi, C. Bouhamdi, Z. Douhi, M. Soughi, H. Baybay, FZ. Mernissi

Service de dermatologie. CHU Hassan II, Fès

Introduction

La mélanonychie longitudinale est une bande pigmentée étendue de la matrice de l'ongle à son extrémité distale. Elle résulte de l'activation ou de la prolifération des mélanocytes. Face à une présentation clinique atypique, le mélanome unguéal est le premier diagnostic envisagé. Nous montrons à travers ce cas, que d'autres diagnostics, doivent également être considérés.

Observation

Une patiente de 53 ans a consulté notre service pour l'apparition récente, depuis deux mois, d'une bande mélanonychique sur le pouce droit, sans antécédent de traumatisme. Elle ne présente aucun antécédent familial de mélanome et ne prend aucun médicament. À l'examen, nous avons observé une bande mélanonychique noirâtre, triangulaire, de couleur hétérogène, occupant moins des deux tiers de la tablette unguéale, avec un signe de pseudo-Hutchinson. Aucune dystrophie unguéale n'était présente. La dermoscopie a révélé une bande de couleur inhomogène, sans signe de micro-Hutchinson.

Une biopsie matricielle a identifié une lésion mélanocytaire intra-épidermique du lit unguéal, de caractère bénin, suggestif de naevus acrolentigineux, bien que cette hypothèse n'ait pu être confirmée en raison des limites du prélèvement examiné. De ce fait, une exérèse complète de la bande a été réalisée, objectivant une pigmentation mélanique simple, associée à une onychomycose, et à un granulome inflammatoire sous-unguéal de type résorptif au site de la première biopsie, sans aucun signe de prolifération mélanocytaire, bénigne ou maligne. Le suivi clinique et dermoscopique, avec des photographies réalisées tous les trois mois pendant un an, n'a montré aucune récurrence de pigmentation. Ces éléments ont permis de conclure à une activation mélanocytaire probablement liée à une onychomycose, confirmée par l'étude mycologique, mettant en évidence **Trichophyton rubrum**.

Discussion

La mélanonychie d'origine fongique est rare et peut se manifester sous forme de pigmentation diffuse ou longitudinale. Les diagnostics différentiels incluent la pigmentation unguéale ethnique, l'hémorragie sous-unguéale, la pigmentation induite par des médicaments, les maladies endocriniennes, le nævus et, surtout, le mélanome sous-unguéal. Notre patiente présentait plusieurs éléments cliniques et anamnestiques préoccupants, notamment l'apparition d'une mélanonychie sur un seul doigt, de survenue récente à l'âge adulte, avec une progression visible. Les critères dermoscopiques de malignité retrouvés chez elle incluaient principalement une coloration hétérogène avec des bords mal définis ainsi que le signe de pseudo-Hutchinson. Bien que ces données cliniques et dermoscopiques puissent orienter vers un diagnostic bénin ou malin, seul un examen anatomopathologique permet de trancher avec certitude. Il est donc essentiel que la biopsie matricielle soit de qualité, représentative et prélevée avec précision à l'endroit approprié, bien que cela comporte un risque de dystrophie unguéale séquellaire.

Conclusion

La mélanonychie est une condition particulièrement inquiétante pour la plupart des patients et des médecins. Le diagnostic de l'origine fongique est parfois difficile car elle peut imiter cliniquement la mélanonychie due à d'autres causes, telles que le nævus mélanocytaire et le mélanome sous-unguéal.

Références :

1. I. Moulonguet, S. Goettman-Bonvallot (2016) mélanonychies longitudinales, Annales de dermatologie et de vénéréologie 143, 53-60.
2. I. Moulonguet, I Zaraa, S Goettman-Bovallot, sous l'égide du groupe ongle (2023) Mélanome in situ de l'appareil unguéal Annales de la dermatologie et de vénéréologie 6 FMC 2 109-114.

Dermoscopy

Clinical and dermoscopic features of keloid and hypertrophic scars: A case series

H. EL HASSANI TAIB, S. HAMADA ,M. EL MOUSTAOUI, N. AMMAR, M. MEZIANE, N. ISMAILI, L. BENZEKRI, K. SENOUCI, Dermatology Department, Ibn Sina University Hospital Center, Rabat, Morocco.

Introduction :

Hypertrophic scars and keloids are fibroproliferative disorders that can occur after any deep cutaneous lesion reaching the reticular dermis caused by burns, trauma, surgery, etc. And there are several treatments available to reduce the inflammatory process of scars.

Objective :

This study studied the risk factors, clinical and dermoscopic characteristics of keloid and hypertrophic scars in order to help dermatologists better understand these lesions and treat them.

Materials and methods :

A prospective study was carried out in the dermatology department of the Rabat university hospital center over a period of one year, from September 2023 to September 2024. All patients with keloid/hypertrophic scars on clinical/dermoscopic characteristics were included .

In total, 32 keloids and hypertrophic scars in 32 patients were examined clinically and by performing dermoscopy (DL4/DL5) with a digital imaging system.

Results :

The male/female ratio of patients was 0.52 (11 men, 21 women), and age ranged from 3 to 75 years old. The duration of scar lesions varied from 12 months to 19 years. The arm was the most frequently affected area. The most common causes of scarring were the piercing and second-degree burns.

In total, 29 cases out of 32 lesions showed some vascular structure on dermoscopic examination. Among the 23 patients with keloids, 17 (73.9 %), 12 (52.2 %), 7 (30.4%) and 5 (21.7 %) had irregular linear, tree-shaped , regular linear and comma-shaped findings, respectively. Among 9 patients with hypertrophic scars, 6 (66.7%) had irregular linear vessels, and the number of comma-shaped, regular, tree-like, or linear findings observed was only one (11.1 %).

Conclusion:

A strong association of vascular structures with keloids was observed on dermoscopic examination. The results suggest dermoscopic examination of vascular structures is a clinically useful diagnostic tool for differentiating between keloids and hypertrophic scars.

Tinea Nigra ou Lichen pigmentogène palmaire : La dermoscopie au secours

RIME BABA, AMINE ENNACIRI, SALMA BARAZ, MOHAMED AMRAOUI, RACHID FRIKH, NAOUFAL HJIRA

Service de Dermatologie Venerologie de l'Hôpital Militaire Mohammed V - Rabat

Introduction: Nous présentons le cas d'un lichen pigmentogène palmaire simulant une dermatophytie type Tinea Nigra. À ce jour, il existe 2 de cas de lichen plan palmaire imitant une infection fongique superficielle – tinea nigra.

Description du cas: Notre patient est un homme de 41 ans ayant comme seul antécédent une hypothyroïdie sous Levothyroxine depuis 4 ans. Il s'est présenté en consultation pour des lésions maculeuses hyperpigmentées palmaires bilatérales évoluant depuis 5 mois. Ces lésions n'étaient pas particulièrement prurigineuses finement squameuses et l'examen dermoscopique a mis en évidence un patron quadrillé en lattice. Le premier diagnostic cliniquement suspecté était une dermatophytie type Tinea Negra. Dans cette optique un prélèvement mycologique a été réalisé qui était négatif, par la suite une biopsie cutanée faite a révélé un épiderme fin avec couche cornée orthokératosique ,au niveau du derme un infiltrat inflammatoire lymphohistiocytaire ainsi qu'une incontinence pigmentaire. Le diagnostic retenu était un lichen pigmentogène. Le patient a été traité par dermocorticoïdes et une amélioration a été notée au bout du premier mois de traitement.

Discussion: Tinea nigra est une mycose superficielle rare, souvent regroupée avec les dermatophytes, mais provoquée par la levure dimorphe productrice de mélanine *Hortaea werneckii*. Cliniquement, la lésion élémentaire est une macule brune, non squameuse, fortement marginalisée, apparaissant généralement sur les paumes et les plantes.

En dermoscopie, Tinea Negra se caractérise par de fines spicules et points brunâtres disposés de manière réticulaire ou filamenteuse qui ne suivent pas les sillons et les crêtes.

Ils correspondent à des hyphes pigmentés dans la couche cornée. Ce schéma dermoscopique est assez caractéristique, permettant la différenciation avec d'autres pathologies évitant les biopsies inutiles.

Le lichen plan pigmentogène est une éruption cutanée inflammatoire chronique survenant principalement à l'âge moyen, c'est-à-dire entre 30 et 60 ans, sans différence de sexe ou de race. L'atteinte palmoplantaire est rarement observée avec le lichen plan et n'a souvent pas la morphologie classique, ce qui rend difficile l'établissement du diagnostic.

Conclusion: Le lichen plan pigmentogène exclusivement palmaire est rare et son diagnostic est souvent difficile et déroutant. Ce cas souligne l'importance de l'examen dermoscopique afin d'être orienté. Un examen histologique est souvent nécessaire pour établir un diagnostic correct.

L'intérêt de la dermoscopie dans la maladie de Kaposi :

Ouissal Hormi¹ ; Youssef Joudah¹ ; Rania Bouabdellah¹ ; Nassiba Zerrouki^{1,2} ; Nada 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, Oujda Maroc

Introduction :

La dermoscopie est un outil diagnostique rapide et non invasif qui permet la visualisation des caractéristiques morphologiques souvent imperceptibles à l'œil nu. La maladie de Kaposi est un néoplasme, antiprolifératif, multicentrique de cellules lymphatiques, à double composante vasculaire et cellulaire fibroblastique, d'expression cutanée et viscérale associée à HHV-8.

Le but de notre travail est de décrire les différents aspects dermoscopiques de la maladie de Kaposi pris en charge dans notre service.

Matériels et méthodes :

C'est une étude rétrospective et descriptive, menée au service de Dermatologie de CHU Mohammed VI d'Oujda, étalée sur 9 ans de janvier 2014 au mars 2024, incluant tous les cas de la maladie de Kaposi retenue sur des critères cliniques et confirmés histologiquement.

Résultats :

Au total, 16 patients ont été inclus. Nous avons noté une prédominance masculine avec un sex-ratio H/F à 1,6 et une moyenne d'âge de nos patients à $74,25 \pm 7,81$ ans, avec des extrêmes de 56 ans et 86 ans.

Le délai entre l'apparition de la lésion tumorale et la consultation était compris entre 3 mois et 4 ans.

Quatre-vingt pourcent de nos patients présentait une maladie de Kaposi classique ou méditerranéenne, 20% présentait une forme iatrogène.

Aucun de nos malades n'avait une infection par le VIH, la sérologie HHV8 était réalisée chez 13 patients : positif chez 12 patients, La localisation des lésions était principalement au niveau des extrémités.

Concernant l'aspect dermoscopique : Toutes les lésions présentaient une pigmentation bleu-rougeâtre, violine, homogène, la dermoscopie a mis en évidence également une surface écailleuse surmontée par des squames blanchâtres chez 68% des patients, les lignes blanches chez 37,5%, les zones blanches sans structure chez 25%, le signe de la collerette chez 18,75 %, les globules bruns chez 18 %, et le "motif arc-en-ciel" était observé chez seulement 2 patients (12,5%).

En ce qui concerne l'architecture vasculaire, elle était absente dans 56,8% des cas, le motif le plus fréquent est le serpentin (31,2%), suivi du pointillé (6%) puis les vaisseaux enroulés (6%).

Discussion :

Le sarcome de Kaposi est un néoplasme malin rare, qui dépend de l'infection par l'herpès virus humain 8, il se présente sous la forme de macules, de plaques et de nodules violacés, rouge-bleu ou brun foncé, qui peuvent parfois être franchement exophytiques, ulcéreux ou hémorragiques. Il existe quatre sous-ensembles cliniques reconnus : classique, endémique, iatrogène et lié au VIH. Les caractéristiques dermoscopiques du sarcome de Kaposi ont été décrites pour la première fois en 2009 par Hu et ses collègues. (1)

Conformément aux données disponibles dans la littérature (2), la dermoscopie chez nos patients a révélé que la pigmentation bleu-rouge-violet était la caractéristique dermoscopique la plus courante dans la maladie de Kaposi, elle correspond à la présence de globules hyalins éosinophiles et à la présence des structures vasculaires dans le derme profond ; Suivi de la surface écailleuse et squameuse dans 68 % qui correspond à une hyperkératose focale avec un épaissement variable de la couche cornée , ce qui rejoint les résultats de l'étude de Tourkali et al (3). Les globules bruns étaient présents 18 % et enfin le motif « arc en ciel » ou la zone polychromatique sans structure qui est actuellement considérée comme le motif dermoscopique spécifique du sarcome de Kaposi, qui était peu fréquent, ce qui est cohérent avec les publications précédentes.

D'autres signes ont été observés dans l'étude de Yilmaz et al (4), notamment la présence des mottes blanches et des mottes de quatre points qui n'ont jamais été signalées auparavant.

Conclusion :

La dermoscopie, en complément de l'examen clinique, peut améliorer la précision du diagnostic du sarcome de Kaposi.

Il n'y a pas de schéma dermoscopique spécifique ; et peu d'études décrivent les caractéristiques dermoscopiques de la maladie de Kaposi mais plusieurs résultats peuvent être considérés comme très suggestives.

Références :

- 1- Hu, S. S., Ke, C. L., Lee, C. H., Wu, C. S., Chen, G. S., & Cheng, S. T. (2009). Dermoscopy of Kaposi's sarcoma: areas exhibiting the multicoloured 'rainbow pattern'. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 23(10), 1128-1132.
- 2- Cheng, S-T., et al. "Rainbow pattern in Kaposi's sarcoma under polarized dermoscopy: a dermoscopic pathological study." *British Journal of Dermatology* 160.4 (2009): 801-809.
- 3- Turlaki, A., Nazzaro, G., Wei, Y., Buffon, S., Mattioli, M. A., Marzano, A. V., & Brambilla, L. (2023). Clinical, Dermoscopic, Ultrasonographic, and Histopathologic Correlations in Kaposi's Sarcoma Lesions and Their Differential Diagnoses: A Single-Center Prospective Study. *Journal of Clinical Medicine*, 12(1), 278.
- 4- Ertürk Yılmaz, T., Akay, B. N., & Okçu Heper, A. (2020). Dermoscopic findings of Kaposi sarcoma and dermatopathological correlations. *Australasian Journal of Dermatology*, 61(1), e46-e53.

Dermoscopie des lymphomes cutanés T : A propos de 10 cas

S.Hazmiri , M.Aboudourib , L.Bendaoud , O.Hocar , S.Amal

Introduction

Les lymphomes cutanés primitifs, les plus fréquents des lymphomes extra-ganglionnaires après les lymphomes digestifs, constituent une entité hétérogène par leurs caractéristiques cliniques, histologiques, phénotypiques, moléculaires et pronostiques. Ils sont les plus fréquents des lymphomes cutanés primitifs . Malheureusement, le diagnostic clinique à un stade précoce est difficile en raison du chevauchement clinique avec d'autres affections dermatologiques. La dermoscopie , est fréquemment utilisée pour l'évaluation des tumeurs cutanées . Et ces dernières années, elle a aidé au diagnostic des troubles lymphoprolifératifs cutanés (LPD).

Le but de notre série et d'étudier l'apport de la dermoscopie dans le diagnostic positif des lymphomes cutanés T , en : Caractérisant les patrons dermoscopiques des lymphomes T , pouvant faciliter par la suite la précision diagnostique, surtout dans les stades de début et en guettant les corrélations anatomo-cliniques pour mieux prendre en charge ces malades.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective descriptive , étalée sur une période de 6 mois (Janvier 2024 – Juin 2024) . Les critères d'inclusion sont : les cas confirmés de lymphomes cutanés T (sur biopsie + immunohistochimie), hospitalisés au service de dermatologie . Les critères d'exclusion sont : Les patients ayant déjà démarré un traitement du lymphome . L'étude dermoscopique était faite par un dermoscope Dermlite 4 , par deux opérateurs différents .

Résultats

Sur les 13 cas colligés : Le sex ratio était à 1 avec une moyenne d'âge de 54 ans ans et des extrêmes de 30 et 72 ans . Quarante pour cent de nos patients , avaient un délai diagnostic supérieur à 10 ans . Avec des extrêmes de 1 an à 15 ans . Tous nos patients présentaient un prurit . Sur le plan clinique : 40% présentaient une érythrodermie , 20 % des plaques erythémato-squameuses , 20% des nodules ulcérées , 20% des lésions excoriées . Concernant le type clinique : 80% présentaient un mycosis fongoïde , 20% un syndrome de Sézary . Sur le plan dermoscopique : 40% de structures vasculaires (20% de vaisseaux(Vx) spermatozoïde-like , 10% des vaisseaux linéaires , 10% vaisseaux en points) , 20% de structures polygonales avec spetums pigmentés , 30% de zones marron grise sans structure , 40% de zones jaunes orangées .

Discussion

La dermoscopie est un outil précieux dans l'évaluation des lésions cutanées, y compris celles associées aux lymphomes cutanés T. La revue de la littérature met en évidence plusieurs aspects clés concernant l'utilisation de la dermoscopie dans ce contexte.

Tout d'abord, la dermoscopie permet une visualisation plus détaillée des structures cutanées, ce qui peut aider à différencier les lymphomes cutanés T des autres affections dermatologiques. Les caractéristiques dermoscopiques spécifiques, telles que les vaisseaux atypiques, les zones d'hyperpigmentation ou les desquamations, peuvent fournir des indices diagnostiques importants.

Des données récentes ont démontré que le mycosis fongoïde (MF) est diagnostiqué avec un retard de trois ans après l'apparition du premier symptôme. En conséquence, les dermatologues ont recherché d'autres instruments pour accélérer le diagnostic : la dermatoscopie . Concernant , la revue de la littérature , sur une série de 30 cas publiés au CHU de Fès en 2019 , 57% des patients étaient des femmes . A la dermoscopie : les vaisseaux (vx) en points étaient retrouvés dans 52% , les Vx linéaires courts 39% , les zones jaunes orangées dans 30% . Selon l'étude d'Ortuzk et Al publiée en 2022 en Turquie , 34 patients présentant un mycosis fongoïde étaient étudiés avec sur le plan dermoscopique : des zones jaunes orangées (88,2%) , des vaisseaux courts , fins et linéaires (82,3%) , des septums géométriques (losanges, triangulaires, parallèles), fines, linéaires et blanches (70,5%) , des structures blanchâtres péri-folliculaires (47%) .

Conclusion

Bien qu'une analyse dermoscopique des lésions mélanocytaires ait été réalisée, la caractérisation dermoscopique des proliférations lymphoïdes cutanées a été limitée. Pour les lymphomes cutanés , en particulier le mycosis fongoïde (MF) précoce et ses variantes, il est souvent difficile de distinguer cliniquement et pathologiquement les processus inflammatoires de la peau. Les signes dermoscopiques les plus fréquemment retrouvés sont : structures vasculaires linéaires et spermatozoïde like (spécifiques+++), fond jaune orangé , squames , septums pigmentés . Cette présentation visait à étudier les résultats dermoscopiques des lymphomes cutanés et pour discerner si des modèles pourraient potentiellement servir de signatures spécifiques.

Intérêt de la dermoscopie dans l'évaluation d'un Naevus d'Ota Atypique :

S.BARAZ, A.ENNACIRI, R.BABA, M.AMRAOUI Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA

Service de dermatologie vénérologie, Hôpital Militaire d'instruction Med V RABAT

Introduction : Le naevus d'Ota (NO), également appelé mélanocytose oculo-palpébrale, est une hyperpigmentation dermique localisée principalement au visage, dans le territoire innervé par les deux branches du nerf trijumeau. Bien qu'il se manifeste généralement dès la naissance ou au cours de la petite enfance, des formes d'apparition tardive, bien que rares, demeurent possibles. Le diagnostic repose principalement sur l'examen clinique, rendant la biopsie rarement nécessaire. Ce cas clinique s'attache à examiner l'utilité de la dermoscopie dans l'évaluation d'un naevus d'Ota atypique chez un adolescent de 15 ans.

Observation : Un adolescent de 15 ans consulte pour une lésion pigmentée apparue il y a trois mois sous l'œil droit. La lésion est bien délimitée, unilatérale, et présente une coloration grisâtre avec des nuances brunes, sans atteinte sclérale ni autres symptômes associés. Le patient ne présente pas d'antécédents médicaux significatifs ni de traumatisme facial récent. L'examen dermoscopique met en évidence une pigmentation homogène avec une structure en pseudo réseau.

Discussion : Le naevus d'Ota est une forme de mélanocytose dermique caractérisée par une pigmentation maculaire touchant la région périoculaire et frontale, suivant une distribution dermatomale correspondant aux branches ophtalmiques et maxillaires du nerf trijumeau. Typiquement présent dès la naissance ou au cours de l'enfance, son apparition tardive, particulièrement à 15 ans, est inhabituelle.

La dermoscopie a acquis une place importante dans l'évaluation des lésions pigmentaires. Les caractéristiques dermoscopiques classiquement observées dans le naevus d'Ota incluent des zones sans structure gris-brunâtres, des points bruns dispersés et parfois des points blancs

organisés en motif quadrillé. D'autres signes dermoscopiques peuvent inclure un pseudo-réseau pigmenté, des lignes pigmentées épaisses, des aspects en rosette, des télangiectasies, ainsi que l'absence de poils terminaux au sein des lésions.

L'utilisation de la lumière de Wood permet de distinguer la localisation du pigment dans le Naevus d'Ota, qu'il soit dermique ou dermo-épidermique, et de le différencier d'autres formes de pigmentation épidermique comme le naevus spilus ou les mélanoses dermiques observées dans le Naevus d'Ota. Dans ce cas précis, les résultats de la dermoscopie étaient en adéquation avec les données de la littérature. Toutefois, l'absence d'atteinte sclérale et l'apparition récente de la lésion amènent à envisager d'autres diagnostics différentiels, tels que les hémangiomes ou la dermite de contact pigmentée, bien que les motifs dermoscopiques de ces affections soient généralement distincts. De plus, la dermoscopie a permis d'exclure des lésions malignes, telles que le lentigo malin, qui présentent des structures plus asymétriques et intensément pigmentées.

Conclusion : La dermoscopie est un outil diagnostique fondamental dans la gestion des cas atypiques de naevus d'Ota. Grâce à ses capacités non invasives, elle permet non seulement d'éviter des procédures invasives comme la biopsie, mais également de faciliter la mise en place d'une stratégie de suivi appropriée, tout en éliminant les diagnostics différentiels.

La dermoscopie de la leishmaniose cutanée : à propos de 124 lésions

Ouissal Hormi¹ ; Nassiba Zerrouki^{1,2} ; Nada Zizi^{1,2}

1-Service de dermatologie, vénéréologie 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 leishmaniose cutanée est une maladie parasitaire préoccupante dans de nombreuses régions du monde, posant des défis cliniques et de santé publique. Elle est causée par le protozoaire du genre *Leishmania*, elle affecte des millions de personnes chaque année, principalement dans les régions tropicales et subtropicales.

L'objectif de notre étude est de décrire les caractéristiques dermoscopiques de lésions de leishmaniose cutanée chez nos patients.

Matériels et méthodes :

Nous avons mené une étude rétrospective, descriptive et monocentrique au service de Dermatologie-Vénéréologie-Allergologie du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI d'Oujda, sur une période de 9 ans, depuis son inauguration en juin 2014 jusqu'à août 2023.

Cette étude incluait tous les cas de leishmaniose cutanée hospitalisés au service de dermatologie ou ayant consulté durant cette période.

Résultats :

Dix-sept cas de leishmaniose cutanée ont été recensés. L'âge moyen des patients atteints était de $33,9 \pm 19,26$ ans, avec un sex-ratio H/F de 4,66. La durée moyenne d'évolution des lésions était de $4,65 \pm 3,48$ mois, avec une médiane de 2 mois entre l'apparition des lésions et la première consultation. Les lésions étaient variables en nombre, allant d'une à 55 lésions, avec une médiane de 2 lésions par patient.

Soixante-seize virgule cinq pourcent des patients présentaient des lésions multiples. La taille moyenne des lésions était de $2,53 \pm 1,71$ cm, le visage étant le site le plus fréquemment touché (58,8 %).

Les lésions présentaient un aspect clinique diversifié et polymorphe, avec une prédominance de la forme ulcéro-croûteuse dans 58,8 % des cas. Pour les autres types de lésions, les aspects observés étaient les suivants : nodulaire (23,5 %), érysipéloïde (5,9 %), eczématiforme (5,9 %) et verruqueuse (5,9 %).

L'examen dermoscopique de nos patients a révélé diverses caractéristiques.

Les principales anomalies notées incluent l'érythème, présent chez tous les patients (100%), les squames blanches (73,3%), les larmes jaunes (86,7%), l'ulcération centrale (66,7%), les squames jaunes (53,3%), le motif blanc étoilé éclaté (50%), l'hyperkératose (30%), le halo hypo pigmenté périphérique (33,3%), les zones blanches sans structures (40%) et les structures milia-like (3,3%). Les principales anomalies vasculaires observées sont les vaisseaux glomérulés (63,3%), les vaisseaux linéaires (53,3%), les vaisseaux en virgules (46,7%), les vaisseaux arborescents (20%), les vaisseaux en épingle à cheveux (26,7%), les vaisseaux en pointillés (16,7%) et les vaisseaux tortueux (10%).

Discussion : La dermoscopie dans la leishmaniose cutanée est considérée comme outil précieux, non seulement pour établir un diagnostic précis, mais également pour surveiller l'évolution de la maladie et évaluer la réponse au traitement. (1)

L'érythème généralisé, les larmes jaunes et les motifs en forme d'étoile, ainsi que les vaisseaux linéaires irréguliers, en épingle à cheveux, en virgule et arborescents, sont les caractéristiques dermoscopiques les plus fréquemment détectées dans les lésions de la leishmaniose cutanée ; ce qui rejoint nos résultats. (2) (3) Chez nos patients, les larmes jaunes étaient les caractéristiques dermoscopiques les plus couramment observées après l'érythème ; sur le plan histopathologique, ces structures correspondent à des bouchons de kératine.(4)

L'aspect blanc étoilé est une découverte dermoscopique définie dans les lésions de la leishmaniose cutanée par Lambrich et al, qui l'ont considéré comme résultant d'une hyperkératose parakératosique ; comme ce motif n'a pas été précédemment identifié dans d'autres lésions dermatologiques, il peut représenter un critère précieux dans l'évaluation dermoscopique des lésions de la LC. (5)

Taheri AR et al ont décrit les structures milia-like comme caractéristique dermoscopique de la LC, et sont le plus souvent retrouvées au niveau des lésions du visage et du cou. (6)

Yücel A et al ont ajouté les structures ovoïdes de couleur saumon, qui sont plus fréquentes dans les plaques et les nodules, ainsi que dans les lésions avancées. (7)

Le diagnostic différentiel dermoscopique comprend les nævus de Spitz, le mélanome achromique, le carcinome basocellulaire nodulaire, le carcinome épidermoïde, le kératoacanthome et le granulome pyogénique. (8)

Conclusion : L'évaluation dermoscopique peut être utile pour distinguer la leishmaniose cutanée d'autres lésions cliniquement similaires. Cependant, elle n'est pas un outil fiable pour différencier la leishmaniose des autres maladies granulomateuses ; et une évaluation histologique est donc nécessaire pour parvenir à un diagnostic définitif.

Références :

1. Gómez Moyano E, Hidalgo Gamero A, Martín González T, Fernández Ballesteros MD. Hallazgos dermatoscópicos en la leishmaniasis cutánea. *Piel*. 2012;27:50–51.
2. S. Memon *et al.*, "Comparing Dermoscopic Features With Slit Skin Smear and Histopathology in Diagnosis of Cutaneous Leishmaniasis," *Cureus*, Feb. 2023,
3. A. G. España, M. I. F. Pimentel, J. P. de M. Lyra, C. M. Valete-Rosalino, and M. R. Lyra, "Description of the dermoscopic features observed in sporotrichosis and American cutaneous leishmaniasis in a reference center in Rio de Janeiro, Brazil," *An Bras Dermatol*, Jul. 2023

4. García-Almagro, D. (2005). Leishmaniasis cutánea. *Actas dermo-sifiliográficas*, 96(1), 1-24.
5. A. Llambrich, P. Zaballos, F. Terrasa, I. Torne, S. Puig, and J. Malveyh, "Dermoscopy of cutaneous leishmaniasis," *British Journal of Dermatology*, vol. 160, no. 4, pp. 756–761, Apr. 2009
6. A. R. Taheri *et al.*, "Dermoscopic features of cutaneous leishmaniasis," *Int J Dermatol*, vol. 52, no. 11, pp. 1361–1366, Nov. 2013,
7. A. Yücel, S. Günaşti, Y. Denli, and S. Uzun, "Cutaneous leishmaniasis: new dermoscopic findings," *Int J Dermatol*, vol. 52, no. 7, pp. 831–837, Jul. 2013
8. M. L. P. Bustamante, J. S. López, C. D. Campos, R. N. Sintes, and M. A. F. Pugnaire, "Dermatoscopic signs in cutaneous leishmaniasis," *An Bras Dermatol*, vol. 92, no. 6, pp. 844–846, Dec. 2017,

Dermatoses Perforantes Acquisées et Prurigo Chronique : Une Étude Dermoscopique Comparative

Y.ALMHEIRAT(1); K.Kaddar(1) N.Zerrouki (1,2) ; N.Zizi (1,2)

1 Service de dermatologie, vénéréologie 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 dermatoses perforantes constituent un groupe d'affections cutanées papulonodulaires caractérisées par des bouchons kératosiques ou des croûtes dans lesquels une perforation ou une élimination transépidermique se produit. La dermatose perforante acquise (DPA) englobe la maladie de Kyrle, la collagénome perforant réactionnelle acquise CPR, la folliculite perforante FP acquise et L'élastome perforant serpigineux (EPS) acquise. Elle est souvent associée à une insuffisance rénale chronique ou au diabète. 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. Les caractéristiques dermoscopiques des DPA sont non spécifiques et peuvent être observées dans le prurigo chronique. L'objectif de notre étude est de comparer les signes dermoscopiques des DPA et du PC.

MATÉRIELS et MÉTHODES

Nous avons mené une étude rétrospective et analytique de tous les patients diagnostiqués cliniquement et histopathologiquement avec une DPA ou prurigo chronique entre janvier 2015 et mai 2024 au service de dermatologie de l'hôpital universitaire Mohammed VI d'Oujda, au Maroc. Les données ont été analysées par le logiciel SPSS software version 20.0 du laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique. L'étude analytique a été réalisée à l'aide du test Chi 2 ou test de Fischer pour comparer les variables qualitatives. Un seuil de < 0,05 était considéré comme significatif

RÉSULTATS

Nous avons colligé 20 cas du prurigo chronique. L'âge moyen était de 48,21[±16.5] ans. Le sex-ratio Femme/Homme était à 2. La manifestation clinique la plus fréquente était des lésions papuleuses excoriées prurigineuses dans 80% suivies des lésions papulo-nodulaire prurigineuses dans 20% des cas. Les stries de grattage étaient présentes chez tous les patients, alors qu'un seul patient avait un phénomène de koebner positif. L'atteinte des membres et le tronc était constante chez tous les patients. Les signes dermoscopiques associés au PC : un fond rose laiteux dans 95% des cas, un patron étoilé (constitué de lignes blanchâtres disposées radialement) dans 75% des cas, des points hémorragiques (85%), des érosions (75%), une pigmentation autour des lésions (65%), une croûte jaunâtre ou brunâtre au centre des lésions (55%), des vaisseaux pointillés ou linéaires (50%), des croûtes (25%) et un soulèvement en

forme de barrage à la périphérie de la croûte centrale dans 10% des cas. Concernant les DPA. Dix patients ont été inclus dans l'étude ; 60 % étaient de sexe masculin, avec un âge moyen de 51,5[±22.5] ans. Le prurit a été observé chez tous les patients, tandis que la douleur est survenue chez seulement trois patients (40 %). Les caractéristiques cliniques les plus courantes trouvées étaient des papules ou nodules hyperkératosiques avec une croûte centrale brune ou jaune entourée d'un halo érythémateux et d'un cercle squameux (70 %). un phénomène de Koebner (70%), des stries de grattage (70 %), les papules excoriées (50 %) et des larges plaques ulcérées (20 %). Les localisations rapportées étaient : le tronc et les membres supérieurs (80 %), les membres inférieurs (70 %) et le cuir chevelu (10 %). Les caractéristiques dermoscopiques étaient un fond rose ou rouge (80 %), des vaisseaux ponctués (90 %), un soulèvement en forme de barrage à la périphérie de la croûte centrale (90 %), un bouchon kératosique central apparaissant jaune au centre de la lésion (90 %) ; un cercle blanc autour du bouchon ("white collar sign") (90 %). Une cicatrice radiale légèrement atrophique, des squames blanches et une hyperpigmentation périphérique ont été observées chez tous les patients avec des lésions anciennes après la chute de la croûte centrale. pour les signes dermoscopiques communs entre les deux pathologies ; la croûte jaunâtre ou brunâtre au centre des lésions a été observée chez 55 % des patients avec PC et 90% de DPA sans différence significatif entre les deux groupes (p= 0,032), alors que le soulèvement en forme de barrage à la périphérie de la croûte centrale et l'anneau blanc autour de la lésion ont été trouvés chez 90% des patients atteint de DPA avec une différence significatif (p <0,05).

DISCUSSION :

Le prurigo chronique est défini, selon un consensus européen récent, par la présence d'un prurit chronique depuis ≥ 6 semaines, des antécédents et/ou des signes de grattage répété et de multiples lésions cutanées prurigineuses localisées/généralisées (papules, nodules et/ou plaques blanchâtres ou roses). Une étude réalisée par Errichetti en 2015 sur les la dermoscopie du PC objective que la détection d'un « patron étoilé blanc » entourant des croûtes, érosions et/ou hyperkératoses brun-rouge/brun-jaune est un indice utile pour étayer le diagnostic clinique de prurigo, le distinguant des autres principaux diagnostics différentiels. Notre étude n'a pas objectivée une différence significative entre le PC et les DPA concernant le patron étoile blanc. La DPA est une entité rare caractérisée par une élimination transépithéliale des structures dermiques. Elle survient chez l'adulte au cours de nombreuses maladies comme le diabète, l'insuffisance rénale chronique. Sur le plan clinique, la DPA se présente sous forme de papules hyperkératosiques ombiliquées, certaines avec une croûte kératosique centrale, blanche ou jaune. De plus, un prurit est présent et peut être sévère, le phénomène de Koebner (disposition linéaire des papules kératosiques) est également présent, et les lésions peuvent être secondairement infectées. Le site de prédilection des lésions est la face d'extension des extrémités, le tronc, le cuir chevelu et l'atteinte de la conjonctive et de la muqueuse buccale a été rapportée. Wenju Wang et al. ont trouvé quatre caractéristiques dermoscopiques de la DPA, dans leur étude de 39 cas d, notamment une zone homogène brun-jaune sans structure au centre de la lésion, une distribution radiale de vaisseaux ponctués et linéaires et une forme de barrage à la périphérie, ainsi qu'un anneau blanc irrégulier entourant la lésion. Nous avons également trouvé dans notre étude que le soulèvement en forme de barrage à la périphérie de la croûte centrale et l'anneau blanc autour de la lésion chez 90% des patients atteint de DPA avec une différence significatif (p <0,05).

Conclusion :

Notre étude a montré que le soulèvement en forme de barrage à la périphérie de la croute centrale et l'anneau blanc autour des lésions sont spécifiques des DPA.

Références :

1. Errichetti, Enzo; Piccirillo, Angelo; Stinco, Giuseppe . (2015). Dermoscopy of prurigo nodularis. *The Journal of Dermatology*, 42(6), 632–634.
2. Misery, L. (2019). Chronic prurigo. New classification and therapeutic management. *REVUE FRANCAISE D ALLERGOLOGIE*, 59(3), 136-138.
3. Gao Z, Lu SJ, Shan SJ. Acquired perforating dermatosis: A clinicopathologic study, and the features of dermoscopy and reflective confocal microscopy of 37 cases. *Skin Res Technol Off J Int Soc Bioeng Skin ISBS Int Soc Digit Imaging*. 2023;29(7)
4. Wang W, Liao Y, Fu L, Kan B, Peng X, Lu Y. Dermoscopy Features of Acquired Perforating Dermatitis Among 39 Patients. *Front Med*. 2021;8:631642.

Lésion pigmentée du Cuir chevelu, intérêt du dermoscope

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

Service de dermatologie, centre hospitalier Hassan II FES

Introduction :

Les tumeurs de collision sont constituées de néoplasmes composés de deux populations cellulaires différentes qui maintiennent une différenciation claire de leurs frontières et qui sont adjacentes l'une à l'autre dans le même échantillon histopathologique. Cette association peut correspondre à deux tumeurs malignes, à deux tumeurs bénignes ou à une tumeur maligne et une tumeur bénigne. Ils sont rares et représentent parfois un défi clinique pour la détection correcte des deux néoplasmes. Nous rapportons le cas d'un patient qui présente une lésion pigmentée du scalp, chez qui l'examen au dermoscope a permis d'orienter le diagnostic, et qui a été confirmé par l'analyse histologique.

Observation :

Patient âgé de 62ans, suivi pour une neurofibromatose de type1, qui a présenté une lésion pariétale gauche d'évolution chronique avec une modification progressive depuis 6mois. L'examen clinique a trouvé une macule pigmentée bien limitée de contours irrégulier mesurant 2,5cm de grand axe . L'examen au dermoscope a montré la présence de points et de globules brunes et gris bleu, des structures concentriques, des télangiectasies arborescentes et la présence d'un aspect en empreinte digitale périphérique. Le diagnostic de tumeur de collision kératose séborrhéique(KS) et carcinome basocellulaire (CBC) superficiel a été évoqué. Une biopsie cutanée a été faite qui a montré la présence d'une prolifération carcinomateuse d'architecture nodulaire appendu à l'épiderme, faite de cellules basaloïdes, associée à la présence d'une prolifération épidermique à limites nettes, entièrement en relief sur les téguments voisins, faite de cellules appartenant aux diverses couches de l'épiderme avec une prédominance de cellules de type basal. Le diagnostic de tumeur de collision CBC superficiel et KS a été retenu. Le patient a bénéficié d'un traitement combiné laser ablatif associé à une séance de photothérapie dynamique, puis application du 5

fluorouracil 2fois/jour pendant 1mois avec une bonne amélioration. Le recul est à ce jour de 1an et demi.

Discussion :

L'association de deux néoplasmes différents dans le même échantillon de biopsie n'est pas rare et a été rapportée par de nombreux auteurs. Certaines associations peuvent résulter de l'implication de types cellulaires apparentés, mais la plupart sont fortuites. La dermoscopie est une méthode non invasive qui permet aux cliniciens d'évaluer de nombreuses caractéristiques morphologiques qui ne sont pas visibles à l'œil nu, améliorant ainsi le diagnostic de presque toutes les lésions cutanées pigmentées. Cette technique offre l'avantage de différencier les lésions mélanocytaires des non mélanocytaires, ainsi que les lésions cutanées pigmentées et non pigmentées bénignes des malignes. Chez notre patient la présence principalement de structures concentriques et d'un aspect en empreinte digitale nous a orienté vers la possibilité d'une tumeur de collision, qui a été confirmé par l'histologie. Cette association est déjà rapportée dans la littérature et peut être expliqué par la présence initiale de la kératose séborrhéique, puis l'exposition chronique aux rayonnement et les dommages solaires prolongés induit le développement du CBC.

Conclusion :

Une bonne compréhension des signes dermoscopiques des différentes tumeurs cutanées est importante et permet de dépister des tumeurs de collision qui sont relativement rare, et dont la corrélation histologique permet de confirmer le diagnostic.

L'apport de l'onychoscopie dans le psoriasis unguéal une série de 185 cas

S.Nejjarii¹, M.El Jazoulyi¹,I.Chikhaouii¹,G.Basri¹,K.Slamti¹,S.Chiheb¹⁻²

1- Hôpital universitaire internationale Cheikh khalifa 2- CHU Ibnou Rochd

Introduction : Le psoriasis unguéal est une manifestation spécifique du psoriasis, caractérisée par des altérations unguéales pouvant varier considérablement d'un individu à l'autre. Notre étude, portant sur 185 patients démontre l'importance de l'onychoscopie en tant qu'outil complémentaire dans la prise en charge du psoriasis unguéal.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur une période de 3 ans de janvier 2021 à février 2024 portant sur 185 patients pris en charge au sein du service de dermatologie de notre structure, étaient inclus dans l'étude, les patients ayant consulté pour une suspicion d'un psoriasis unguéal, les patients ayant bénéficié d'une onychoscopie avec des signes dermoscopiques en faveur d'un psoriasis de l'ongle et les patients ayant bénéficié d'un examen histopathologique ayant confirmé le psoriasis de l'ongle. Les patients ayant un psoriasis sans atteinte unguéale et les patients refusant de participer à l'étude étaient exclus de notre étude.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 39 ans, avec une prédominance masculine (sex-ratio 1,46). La durée d'évolution variait de 0 à 1 an chez 84 patients, 51 patients avaient des antécédents familiaux de psoriasis, 33 patients présentaient de l'obésité, tandis que 23 patients avaient des antécédents tabagiques. Les ongles des mains étaient affectés chez 146 patients et 79 avaient moins de 5 ongles atteints. Une atteinte unguéale isolée était observée chez 51 patients. En ce qui concerne les atteintes associées, le psoriasis en plaque était présent chez 73 patients, le psoriasis du cuir chevelu chez 52 patients et 22 patients souffraient de douleurs

articulaires. Ainsi que l'onychomycose était présente chez 47 patients. Les aspects dermoscopiques de l'atteinte matricielle étaient principalement caractérisés par des dépressions en "dé à coudre" chez 143 patients et une leuconychie chez 86 patients. Pour l'atteinte du lit de l'ongle, 123 patients présentaient une onycholyse, tandis que 79 patients présentaient de l'hyperkératose sous-unguéale.

Discussion : Conformément aux données de la littérature, le dé à coudre est l'observation dermoscopique la plus fréquente, suivie de l'onycholyse, la leuconychie, l'hyperkératose sous-unguéale, les hémorragies en éclats, l'effritement, la trachyonychie, la tâche saumonée, les lignes de Beau. Notre étude rejoint les données de la littérature

. Conclusion : Le psoriasis unguéal peut cliniquement être confondu avec une onychomycose ou un lichen unguéal. La dermoscopie en montrant des signes plus au moins spécifiques du psoriasis, peut aider à un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée.

Dermoscopie de la dermatomyosite à propos d'une série de 11 cas

F.ZEROUAL, L.BENDAOU, G.ERRAMLI, M.ABOUDOURIB, O.HOCAR, S.AMAL

Service de dermatologie, Hôpital Arrazi, CHU Mohammed VI, Marrakech

Laboratoire de biosciences et santé, FMPM, Université Cadi Ayyad, Marrakech

Introduction :

La dermoscopie des lésions inflammatoires prend une place de plus en plus importante dans l'orientation diagnostique des connectivites.

L'apport de cette technique dans l'atteinte unguéale au cours de la dermatomyosite, une pathologie auto-immune rare et hétérogène, a été démontrée contrairement aux atteintes cutanées qui ont été rarement étudiées.

L'objectif de notre étude était de décrire les aspects dermoscopiques de l'atteinte cutanée et unguéale au cours de la dermatomyosite, tout en comparant les résultats avec ceux de la littérature.

Matériel et méthodes :

Nous avons mené une étude descriptive prospective monocentrique type série de cas, au sein du service de dermatologie de l'hôpital ARRAZI CHU Mohammed VI de Marrakech, sur la période d'une année, entre juin 2023 et juin 2024.

Les évaluations dermoscopiques ont été réalisées à l'aide d'un dermatoscope dermlite 4, par le même enquêteur.

L'analyse des images dermoscopiques cutanées s'est faite de manière indépendante par deux dermatologues, selon les paramètres développés en 2019 par un consensus d'experts au nom de la Société Internationale de Dermoscopie

Résultats :

Nous avons colligé une série de 11 cas, dont l'âge variait entre 30 et 72 ans avec une médiane d'âge de 42 ans et une nette prédominance féminine (SR H/F à 0,37).

Dermoscopie cutanée : les vx prédominants dans notre série étaient de morphologie linéaire et de distribution uniforme. Des squames blanches ont été mises en évidence chez l'ensemble de nos patients. Nous avons retrouvé des aires blanches sans structures ainsi que des globules bruns chez 9 patients de la série respectivement, tandis que 8 patients présentaient une pigmentation brune tachetée.

Dermoscopie péri-unguéale : a révélé la présence de régions avasculaires et de capillaires dilatés chez l'ensemble des patients, une désorganisation architecturale chez 10 patients, des vx tortueux et une hémorragie chez 8 et 7 patients respectivement, les mégacapillaires n'ont été retrouvés que chez 2 patients. Tandis que les capillaires en feuille de fougère ainsi que les capillaires allongés n'ont été présents que chez un seul patient respectivement

Discussion :

Dans la littérature, on ne retrouve que très peu de séries qui traitent la dermoscopie de la dermatomyosite, dont certaines sont des rapports de cas isolés.

Les données cliniques des séries de la littérature sont incomplètes, très disparates et se prêtent peu à la comparaison vu les faibles tailles d'échantillon

La plus grande série de la littérature inclus 29 patients, sur une période de 3 ans. Les auteurs rapportent, d'une part, une dermoscopie cutanée caractérisée par un polymorphisme vasculaire, des squames blanches prédominantes de distribution éparse et une pigmentation brune tachetée à 38%. Et une dermoscopie unguéale caractérisée par une prédominance nette des mégacapillaires et capillaires dilatés, d'autre part. Cette étude ne rapporte cependant pas l'aspect des structures folliculaires ni les formes et couleurs.

Conclusion :

Notre étude souligne l'importance de la dermoscopie dans l'évaluation clinique des lésions cutanées de la dermatomyosite. Bien que la petite taille de l'échantillon limite nos résultats, il est évident que la dermoscopie améliore la précision diagnostique et révèle des caractéristiques de la maladie auparavant mal comprises.

Des études à plus large échelle sont nécessaires pour identifier de manière plus précise les signes dermoscopiques distinctifs de la DM et pour évaluer le potentiel de la dermoscopie comme outil pronostique pour l'évaluation de l'évolution et de l'activité de la maladie chez ces patients.

La trichoscopie dans la dermatomyosite

Introduction

La dermatomyosite est une pathologie auto-immune caractérisée par une atteinte inflammatoire cutanée et des muscles striés. L'atteinte du cuir chevelu est peu étudiée malgré sa fréquence. Les objectifs de l'étude sont de décrire les caractéristiques cliniques et trichoscopiques de l'atteinte du scalp chez nos patients, les comparer avec ceux de la littérature et analyser ces caractéristiques à la recherche de corrélations.

Matériels et méthodes

Etude rétrospective descriptive et analytique s'étalant sur une période de 04 ans (2020-2024) au sein du service de dermatologie du CHU Ibn Sina. A notre connaissance, c'est la première étude

analytique s'intéressant à la dermatomyosite du scalp. Nous avons inclus les patients adultes atteints de dermatomyosite avec une atteinte capillaire et nous avons exclu la dermatomyosite juvénile, ainsi que les patients qui étaient déjà sous traitement de la dermatomyosite. Pour l'examen trichoscopique nous avons eu recours au dermoscope Dermlite DL4 ou DL5. Les données médicales ont été extraites des dossiers des patients, collectées sur Excel et analysées par Jamovi 2.3. Le seuil de la valeur P a été fixé à $< 0,05$. Deux scores ont été utilisés : Le premier appelé score CDASI afin d'évaluer la gravité clinique de la dermatomyosite, et le score SALT qui apprécie l'étendue de l'alopécie.

Résultats

Nous avons colligé 20 patients, dont 18 femmes et 2 hommes. L'âge moyen était de 45,3 ans, et la durée d'évolution moyenne de la maladie était de 5 mois. 3 Patients présentaient une dermatomyosite paranéoplasique et 5 patients avaient une association à une autre maladie auto-immune. La description de l'atteinte capillaire objective l'érythème 85%, suivi des squames 60%, du Prurit 40 %, et enfin l'alopécie à 35 %. 3 cas d'alopécie en plaque et 4 diffuses . Concernant les critères trichoscopiques on a retrouvé l'érythème à 95 % suivi des squames périfolliculaires et des vaisseaux élargis tortueux à un taux de 75%. Les autres signes sont à des taux inférieurs à 50% avec par ordre décroissant : les vaisseaux arborescents, les squames interfolliculaire blanches puis jaunes, l'hyperpigmentation périfolliculaire, les gaines coulissantes, les vaisseaux en point, les vaisseaux polygonaux, et la poikilodermie.

Pour les résultats analytiques, nous avons analysé la corrélation entre les signes cliniques de l'atteinte capillaire et la sévérité de la dermatomyosite, et nous avons trouvé que l'alopécie en plaque était corrélée à la sévérité avec une valeur $p = 0,038$, et qu'elle était même corrélée au décès avec une valeur p très significative $< 0,001$. L'analyse a concerné également la relation entre les signes trichoscopiques et la sévérité clinique, mais on n'a pas retrouvé de corrélation significative. Par contre nous avons trouvé que les signes trichoscopiques à type de pigmentation, érosion ou ulcération, vaisseaux polygonaux et poikilodermie étaient significativement corrélés à la présence d'une dermatomyosite paranéoplasique.

Discussion :

4 études se sont intéressées à la dermatomyosite du scalp dans la littérature : Kasteler et al en 1994, Jeremy Tilstra en 2009, Julio et Al en 2017, Magdalena et Al en 2022. Le nombre de patients variait entre 14 et 24. L'âge moyen de nos patients concordait avec l'âge moyen des autres études, avec une atteinte prépondérante des femmes. Concernant l'aspect clinique, nos résultats concordent avec ceux de la littérature, l'érythème étant le signe clinique le plus retrouvé avec un pourcentage qui varie entre 80-100% des patients , suivi des squames à 60% comparé à 100% dans l'étude de Kasteler et 83 % dans celle de Julio. Le prurit était retrouvé dans les autres séries à un pourcentage plus élevé que la nôtre (70% VS 40%). L'alopécie a été retrouvée chez 35% de nos patients, résultat similaire à l'étude de Kasteler et Jeremy. Tandis que L'étude de Julio a trouvé un pourcentage à 87.5% et celle Magdalena environ la moitié de leurs patients. Il faudrait donc évoquer le diagnostic de dermatomyosite devant une plaque d'alopécie isolée, qui pourrait être le symptôme initial d'une dermatomyosite débutante. Dans la littérature, parmi ces 4 études sur la dermatomyosite du scalp, seulement 2 ont évalué les critères trichoscopiques, celle de Julio et al et al et Magdalena 2022. Dans l'étude de Julio et al, le critère trichoscopiques prédominants était les vaisseaux élargis et tortueux et les squames péripilaires, retrouvés chez + de la moitié de leurs patients, ce qui concorde avec notre étude. A l'histologie les vaisseaux élargis correspondent à une ectasie vasculaire dans le derme papillaire, ce qui pose le problème de diagnostic différentiel avec le psoriasis et la dermite séborrhéique dont les signes trichoscopiques sont représentés par des vaisseaux, sauf que dans le psoriasis les vaisseaux sont en points, et dans la dermite séborrhéique ils sont arborescents

comme les vaisseaux physiologiques du scalp, mais augmentés en nombre. Les squames péripilaires sont retrouvés généralement dans les alopecies cicatricielles (lichen plan pileaire, AFF, lupus discoïde), cependant ils sont retrouvés dans la dermatomyosite, même si c'est une alopecie non cicatricielle. Les cheveux en touffe étaient fréquemment retrouvés dans la littérature, ce qui n'a été retrouvé chez aucun de nos patients. En 2^e lieu il y a l'étude de Magdalena et al dont les résultats discordaient avec la nôtre et celle de Julio en ce qui concerne la fréquence. Ils ont retrouvé par ordre de fréquence les vaisseaux arborescents (80.0%), vaisseaux linéaires (60.0%), vaisseaux incurvés (53.3%), pigmentation périfolliculaire (40.0%), érythème périfolliculaire (33.3%), squames (20.0%).

Conclusion

La dermatomyosite est une pathologie connue pour toucher la peau et les muscles, les connaissances sur l'atteinte capillaire sont encore limitées. En résumé l'atteinte clinique peut se manifester par de l'érythème, les squames, prurit et alopecie. La présence de plaque alopecique suggère une forme grave de dermatomyosite et doit faire craindre une forme fatale. Les critères trichoscopiques les plus retrouvés sont l'érythème, les squames périfolliculaires, et les vaisseaux élargis et tortueux. Et enfin les critères trichoscopiques tels que la pigmentation, les vaisseaux polymorphes, érosion, et poikilodermie orientent vers une dermatomyosite paranéoplasique.

Un cas de dermoscopie de la maladie de Kyrle

M.A. Ennaciri, S. Baraz, R. Baba, S. Nejjari, G. Basri, Y. Zemmez, M. Amraoui, R. Frikh
Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V de Rabat

Introduction : La maladie de Kyrle est une affection dermatologique rare classifiée parmi les dermatoses perforantes, souvent associée au diabète et à l'insuffisance rénale chronique. Son aspect dermoscopique peut être d'une aide diagnostique.

Observation : Un homme de 73 ans diabétique, diabétique et ayant un processus vésical en cours d'exploration présente des lésions papuleuses et en plaques légèrement surélevées avec croûte centrale très prurigineuses sur les faces d'extension des membres et les fesses. La dermoscopie retrouve 4 zones concentriques : une croûte centrale jaunâtre entourée de squames kératosiques, une aire sans structure blanche, une aire sans structure rose incluant des vaisseaux en points et une aire sans structure brune périphérique. La biopsie cutanée retrouve une zone déprimée et ulcérée comblée en surface par un bouchon corné mêlé à des débris nécrotiques. Le trichrome met en évidence l'élimination transépidermique de fibres de collagène. Le derme est fibreux et comporte par place un léger infiltrat inflammatoire mononucléé, avec absence de signes histologiques de malignité, ceci cadrant avec une dermatose perforante réactionnelle. Le traitement s'est fait par photothérapie et kératolytiques avec bonne évolution, puis le patient a été adressé en urologie pour exploration chirurgicale de sa tumeur.

Discussion : Les dermatoses perforantes sont des affections cutanées papulonodulaires caractérisées par des bouchons kératosiques ou des croûtes dans lesquels le tissu conjonctif est éliminé à travers l'épiderme. Il existe des dermatoses perforantes primaires : collagénose perforante réactionnelle, élastome perforant serpigineux, dermatoses perforantes acquises et folliculite perforante ; et des dermatoses perforantes secondaires à une dermatose primaire pouvant être infectieuse, granulomateuse, tumorales ou autres. Pour certains auteurs, la maladie de Kyrle est un terme interchangeable avec dermatose perforante acquise, et pour d'autres une forme finale de folliculite perforante. La littérature est assez peu fournie en articles décrivant l'aspect dermoscopique de la maladie de Kyrle : pour certains il est fait d'un patron en 3 zones

concentriques avec croûtes blanc-brunâtre brillantes au centre, suivie d'une aire blanc grisâtre sans structure entourant la croûte centrale et enfin une pigmentation brune périphérique ; pour d'autres il est fait de 4 zones concentriques avec croûte centrale entourée de squames kératosiques, suivie d'une aire sans structure blanc gris, une aire sans structure rose contenant des vaisseaux en point et enfin une aire sans structure brune avec squames périphériques. En outre, la maladie de Kyrle est associée de façon rare à des cancers, notre patient présente en effet une tumeur vésicale programmée pour RTUV.

Conclusion : Le patron dermoscopique de la maladie de Kyrle serait fait de 3 ou 4 zones concentriques, cependant il est nécessaire d'effectuer des études à plus large échantillon pour confirmer ce patron.

Enquêtes et études épidémiologiques

Profil épidémio-clinique et étiologique de la pathologie dermatologique chez le sujet âgé

H.Hassan, M. El Amraoui , A. Moussa , R. Frikh, N. Hjira
Service de dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat

Introduction: La dermato-gériatrie prend de plus en plus d'importance dans la pratique dermatologique courante pour multiples raisons. Les dermatoses du sujet âgé sont variables et comportent des particularités par rapport à celles de l'adulte jeune et de l'enfant. L'objectif de notre étude était de dresser le profil épidémio-clinique et étiologique des dermatoses du sujet âgé dans notre formation.

Matériels et Méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective, menée sur une période de 2 ans (Janvier 2022-décembre 2023), au sein du service de Dermatologie de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V de Rabat. L'étude a consisté sur l'exploitation des registres d'hospitalisation, selon une fiche d'exploitation pré établie comportant surtout l'âge, le sexe, le motif d'hospitalisation, le diagnostic de sortie et la durée du séjour. Les données recueillies étaient saisies sur un fichier Microsoft Office Excel®.

Résultats: Sur 370 Hospitalisations, 111 cas étaient des patients âgés de plus de 65 ans soit 30% des hospitalisations, dont 77 hommes (69.37%) et 17 femmes (30.63%). L'âge de nos patients variait entre 65 ans et 94 ans avec un âge moyen de 83 ans. Les principaux motifs d'hospitalisation étaient : le psoriasis (18.92%), les dermatoses bulleuses auto-immunes (16.22%), les dermo-hypodermes infectieuses (16.22%), les pertes de substances cutanées (10.81%), les néoplasies cutanées (5.40%), les eczémas (4.50%), les prurigos (4.50%) et les toxidermies (2.70%). Les durées de séjour variaient entre 06 jours et 35 jours avec une moyenne de 22 jours.

Discussion: Notre étude montre la nette prédominance masculine des hospitalisations en dermato-gériatrie. Dans notre contexte, l'âge relativement jeune puisque la moitié des patients avait moins de 70 ans. Le psoriasis, les dermatoses bulleuses auto-immunes, les dermo-hypodermes infectieuses et les dermatoses immuno-allergiques partagent les principales

étiologies, La rareté relative des néoplasies cutanée et des toxidermies et les durées de séjour relativement prolongées.

Conclusion: Le sujet âgé est un terrain particulier avec un profil dermatologique et évolutif particuliers. Notre étude a objectivé, certes, des particularités et des différences par rapport à la littérature. Cependant, une prise en charge attentive et anticipée des dermatoses du sujet âgé est toujours de mise.

Enquête sur l'attractivité de la dermatologie chez les étudiants, les internes et les lauréats de médecine marocains

F. Boukamza ; O. Eljouari ; S. Gallouj

Centre hospitalier universitaire de Tanger ; service dermatologie

Introduction :

Le choix de spécialité est une décision cruciale pour les étudiants en médecine La dermatologie se démarque en raison de son attrait croissant auprès des étudiants en médecine. Au Maroc aucune étude n'a encore mis le point sur le sujet d'attractivité de la spécialité de la dermatologie auprès des étudiants en médecine. Le but de notre étude est d'étudier l'attractivité de la dermatologie comme spécialité chez les étudiants, les lauréats et les internes en médecine marocains et d'analyser les facteurs qui peuvent y être associés.

Matériel et méthodes

C'est une étude transversale descriptive, réalisée de mars au juin 2023. Les étudiants en médecine ayant commencé leurs stages hospitaliers (3 ,4,5 ,6 eme année), les internes et les lauréats des facultés de médecine du maroc ont été inclus dans notre étude.

Un questionnaire a été créé à partir de Google Forms, et portait sur trois domaines : les caractéristiques sociodémographiques anonymes, des informations concernant le degré d'exposition clinique à la dermatologie et les attitudes envers la dermatologie en tant que spécialité. Les données de l'enquête ont été extraites sur le tableau Excel (Microsoft) puis elles ont été analysées à l'aide du logiciel statistique SPSS21

Résultats

On a reçu au total 478 réponses. La majorité des participants étaient des étudiants en médecine avec un taux de réponse de 58,9 % contre un taux de 41,1% incluant les internes et les lauréats, avec une nette prédominance féminine estimée à 68,2%. 41 % sont passés par le service de dermatologie au cours de leurs stages d'externat. 71,7% ont jugé important un passage en dermatologie, pour leur carrière de médecins. La richesse et la variété de la spécialité, la qualité de vie durant le résidanat et à terme de la spécialité, le caractère froid de la dermatologie ainsi que la rentabilité ; étaient les éléments motivant le choix de la spécialité pour les futurs spécialistes. 37,8 % ont considéré la dermatologie parmi les spécialités qu'ils envisagent de choisir comme spécialité de carrière. En analyse uni et multivariée, l'exposition clinique à la dermatologie et le sexe féminin étaient retenus comme les principaux facteurs statistiquement significatifs prédictifs du choix de la dermatologie chez les différentes catégories.

Discussion :

L'attrait des étudiants en médecine pour la dermatologie peut s'expliquer par plusieurs facteurs. La diversité des pathologies dermatologiques offre aux futurs dermatologues une riche expérience clinique et une variété de cas à diagnostiquer et à traiter. De plus, la dermatologie est souvent perçue comme une spécialité permettant d'établir des relations continues avec les patients, ce qui

peut contribuer à une plus grande satisfaction professionnelle. Les opportunités de recherche en dermatologie sont également considérées comme un facteur attractif, offrant aux étudiants la possibilité de contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine en évolution constante. Cependant, il convient de noter que certains défis peuvent également influencer le choix des

étudiants en médecine. La compétitivité pour accéder à la formation en dermatologie peut être un obstacle pour certains candidats.

Conclusion

Notre étude a montré que la dermatologie est considérée comme une discipline fascinante par les étudiants et les lauréats de médecine marocains. L'exposition clinique à la dermatologie et le sexe féminin sont les facteurs ~~plus~~ les plus forts du choix de la dermatologie comme future carrière

Évaluation des connaissances des pharmaciens dans la prise en charge des plaies en officine

M.Faik Ouahab , M.El Jazouly , S.Chiheb

Service de dermatologie, Hopital Universitaire International Cheikh Khalifa de Casablanca, UM6SS

Introduction :

Le pharmacien d'officine joue un rôle pivot dans la prise en charge des plaies en fournissant des conseils sur les traitements et les pansements adaptés. Son implication est d'autant plus importante qu'il est souvent le premier professionnel de santé consulté, grâce à son accessibilité et à sa proximité immédiate avec les patients. Ce travail vise à évaluer les connaissances et les pratiques des pharmaciens d'officine dans la prise en charge des plaies dans la région de Casablanca au Maroc.

Matériels et méthodes :

Nous avons mené une étude transversale, entre février et avril 2024 dans la région de Casablanca. Ont été inclus tous les pharmaciens d'officine titulaires, les assistants pharmaciens et les étudiants de 6^{-ème} année en stage officinal, qui ont répondu au questionnaire en totalité. Le recueil des données a été conduit grâce à un questionnaire Google Forms comportant plusieurs sections : les données sociodémographiques et les connaissances des pharmaciens en matière de prise en charge des plaies en officine.

Résultats :

Au total, 106 réponses ont été reçues. Parmi les pharmaciens interrogés, 69% étaient des pharmaciens titulaires et 47% avaient moins de 5 ans d'expérience. Leurs pharmacies se localisaient essentiellement en zone urbaine (77%). Seulement 44% d'entre eux ont bénéficié d'une formation dans la prise en charge des plaies durant leur cursus. Les plaies les plus rencontrées en officine étaient les brûlures (94%) et les plaies superficielles par coupure d'objet tranchant (78%). Concernant la classification des brûlures, une bonne connaissance des différents types et degrés a été constatée. Les signes de gravité des plaies, faisant orienter le patient vers son médecin traitant, étaient la nécrose (82%) et le saignement persistant (77%). Le décollement cutané a été cité dans 35% des cas.

Concernant l'utilisation des pansements, 65 % conseillaient les pansements hydrogel pour les plaies sèches nécrotiques et fibrineuses, 57 % conseillaient les pansements au charbon pour les plaies sèches et propres, 20 % conseillaient les pansements hydrocolloïdes pour les plaies superficielles et peu exsudatives, et 23 % conseillaient les pansements gras pour les plaies infectées malodorantes. Les mesures adjuvantes conseillées étaient le vaccin antitétanique et les antalgiques dans les cas de plaies par coupures ou morsures et 23% d'entre eux préconisaient le lavage à l'eau (23%).

Discussion :

Cette enquête a révélé que les pharmaciens sont bien informés concernant les types de brûlures, probablement grâce à leur expérience quotidienne en officine. Cependant, des anomalies ont été identifiées dans la gestion des plaies, notamment dans les indications des différents types de pansements. Cela souligne l'importance d'intégrer ces aspects dès la formation initiale des pharmaciens dans notre contexte, ainsi que de leur offrir des formations continues telles que des modules e-learning, des simulations et des événements scientifiques. Conclusion : Une meilleure maîtrise de la prise en charge des plaies permettrait aux pharmaciens d'améliorer les soins délivrés aux patients, renforçant ainsi leur rôle de conseillers en santé. Leur implication est d'autant plus importante qu'ils sont souvent les premiers professionnels de santé consultés, grâce à leur accessibilité et à leur proximité immédiate avec les patients.

"Évaluation des connaissances des résidents en chirurgie sur la gestion des cicatrices"

O. Hormi¹ ; L. El yamani¹ ; N. Zerrouki^{1,2} ; N. Zizi^{1,2}

1-Service de dermatologie, vénéréologie 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 gestion des cicatrices revêt une importance cruciale dans les soins chirurgicaux, exerçant une influence déterminante sur la satisfaction des patients, les résultats fonctionnels et la qualité de vie globale après une intervention chirurgicale. En tant que futurs praticiens, les résidents en chirurgie doivent posséder des connaissances approfondies et des compétences en techniques de gestion des cicatrices pour garantir des soins optimaux aux patients. (1)
Cette étude vise à évaluer les connaissances des résidents en chirurgie sur la gestion des cicatrices en utilisant diverses méthodes d'évaluation.

Matériels et méthodes :

Un questionnaire comprenant 12 questions a été distribué à 50 résidents en chirurgie au Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI pour évaluer leurs connaissances, pratiques et attitudes concernant la gestion, les soins et la prévention des cicatrices chirurgicales, ainsi que leurs interactions avec les patients et leurs cicatrices. Les données ont été recueillies de manière anonyme.

Résultats :

Un total de 50 résidents en chirurgie ont rempli le questionnaire.
Parmi les répondants, une proportion substantielle de 66 % a indiqué qu'ils servaient principalement de chirurgien principal dans la majorité des cas chirurgicaux qu'ils rencontraient.

80 % des résidents affirment remarquer une différence dans la qualité des sutures effectuées en salle d'opération d'urgence.

En termes de connaissances sur la formation des cicatrices, 68 % des résidents ont montré une compréhension adéquate, identifiant correctement les principales phases du processus de guérison.

Passant à l'évaluation des cicatrices, 52 % des résidents se sont dits confiants dans leur capacité à évaluer de manière impartiale l'apparence et la qualité des cicatrices chirurgicales. En ce qui concerne les techniques de prévention des cicatrices, seulement 38 % des résidents ont démontré une connaissance complète, englobant diverses méthodes de prévention telles que les pansements spécifiques et les régimes de soins post-opératoires.

La moitié des résidents ont manifesté un intérêt pour l'apprentissage de nouvelles techniques de gestion des cicatrices.

En ce qui concerne les attitudes envers les patients et leurs cicatrices, 78 % des résidents ont souligné l'importance de la satisfaction esthétique et fonctionnelle des patients vis-à-vis de leurs cicatrices post-opératoires.

Concernant la communication avec les patients au sujet des cicatrices, 60 % des résidents ont déclaré se sentir à l'aise pour discuter des préoccupations des patients concernant les cicatrices chirurgicales tout en offrant un soutien émotionnel.

Il a été observé que les résidents en chirurgie plastique, en chirurgie maxillo-faciale et les résidents plus expérimentés avaient tendance à mieux performer avec des connaissances supérieures en gestion des cicatrices.

Discussion :

La formation de cicatrices au site de l'incision chirurgicale et ses effets esthétiques défavorables imposent généralement un fardeau psychologique aux patients. En règle générale, des stratégies visant à minimiser le développement des cicatrices sont intégrées dans le plan opératoire pour obtenir de meilleurs résultats esthétiques après la chirurgie. (2)

Les résultats de cette étude mettent en lumière plusieurs aspects cruciaux de la gestion des cicatrices chirurgicales et des attitudes des résidents en chirurgie envers leurs patients et leurs cicatrices.

Les niveaux de connaissance variables des résidents en ce qui concerne la formation, l'évaluation et la prévention des cicatrices soulignent la nécessité d'une éducation et d'une formation continues dans ce domaine. La prévention des cicatrices, en particulier, est apparue comme un domaine où les résidents pourraient bénéficier d'une instruction supplémentaire, car une proportion significative a montré une méconnaissance des techniques préventives. (3)

Conclusion :

Cette étude souligne l'importance de l'éducation continue, de la formation et du soutien pour les résidents en chirurgie dans la gestion des cicatrices. En comblant les lacunes de connaissances et en améliorant les compétences en communication, les prestataires de soins de santé peuvent garantir que les patients reçoivent des soins complets qui répondent à leurs préoccupations et favorisent des résultats de guérison optimaux.

References:

1. Kohta, M., & Nishigaki, C. (2020). Internet-based survey of the perceptions of surgical scars of Japanese patients. *Scars, Burns & Healing*, 6, 2059513120928515.
2. Dastagir, K., Obed, D., Bucher, F., Hofmann, T., Koyro, K. I., & Vogt, P. M. (2021). Non-invasive and surgical modalities for scar management: a clinical algorithm. *Journal of Personalized Medicine*, 11(12), 1259.
3. Commander, S. J., Chamata, E., Cox, J., Dickey, R. M., & Lee, E. I. (2016, August). Update on postsurgical scar management. In *Seminars in plastic surgery* (Vol. 30, No. 03, pp. 122-128). Thieme Medical Publishers.

Évaluation des connaissances et des pratiques de gestion de l'érysipèle par les médecins internes des urgences au Maroc

L. Benahmed¹, K. Kaddar¹, N. Zerrouki¹, ² N. Zizi^{1, 2}

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 Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction L'érysipèle, ou dermo-hypodermite aiguë non nécrosante (DHBNN), est une dermatose infectieuse bactérienne fréquente et potentiellement grave, nécessitant une prise en charge rapide et efficace. Les médecins internes des urgences, souvent en première ligne pour le diagnostic et la gestion initiale, doivent posséder des connaissances solides et des compétences pratiques pour garantir une gestion optimale. Cette étude vise à évaluer la concordance entre les connaissances théoriques et les pratiques cliniques des internes des urgences concernant la prise en charge de l'érysipèle, en les comparant aux recommandations actuelles.

Méthodes

Une enquête transversale descriptive a été menée auprès des internes des urgences des différents centres hospitaliers universitaires (CHU) du Maroc. Un questionnaire a été diffusé du 12 juillet au 12 septembre 2024 via les réseaux sociaux. Celui-ci comportait des questions portant sur les informations générales des internes ainsi que sur leurs connaissances théoriques et pratiques en matière de gestion du DHBNN.

Résultats

Parmi les 93 médecins internes ayant répondu, 88,9 % étaient âgés de 20 à 25 ans, avec une prédominance féminine (61 %). La répartition par CHU est la suivante : 35,6 % au CHU d'Oujda, 23 % à Casablanca, 21,9 % à Rabat, 13 % à Fès, et d'autres CHU. En termes d'ancienneté, 55,6 % étaient en deuxième année d'internat, et 44,4 % en première année. Concernant la définition de l'érysipèle, 56,7 % des internes l'ont correctement identifiée comme une dermo-hypodermite bactérienne aiguë non nécrosante, tandis que 33 % l'ont décrite comme une infection bactérienne profonde. Bien que *Staphylococcus aureus* ait été mentionné par 77,8 % des répondants, l'agent pathogène correct est *Streptococcus pyogenes* (SGA). La localisation la plus fréquente de l'érysipèle, les jambes, a été correctement identifiée par 88 % des internes. Les complications spécifiques à une localisation faciale, telles que la cellulite orbitaire, ont été citées par 55,6 %, et la thrombose du sinus caverneux par 44 %. Pour le diagnostic, les signes cliniques typiques du DHBNN ont été largement

reconnus : érythème (88,9 %), œdème (88,9 %), douleur (77 %), et chaleur (66,7 %). Toutefois, 11,1 % des internes ont confondu ces signes avec des éruptions prurigineuses. Les diagnostics différentiels les plus cités étaient la phlébite (88,9 %), la dermite de stase (51,6 %), et la cellulite (50,6 %). Concernant les examens complémentaires, 88,9 % des internes ont souligné que le diagnostic est principalement clinique, tandis que 11 % ont recommandé une échographie et un bilan biologique. Les signes de gravité cutanée, tels que la nécrose (100 %), l'hypo- ou l'anesthésie locale (81 %), et les crépitations sous-cutanées (70 %), ont été bien identifiés. Concernant le traitement, 66,7 % des internes ont opté pour des antibiotiques oraux, avec une préférence pour l'amoxicilline chez 88,9 % d'entre eux. Pour les indications d'hospitalisation, 100 % des médecins internes ont identifié les signes de sepsis et l'échec thérapeutique comme indications majeures. Les complications nécessitant une intervention urgente ont été mentionnées par tous les internes.

Du point de vue pratique, 55,6 % des internes sollicitent souvent l'avis des dermatologues pour le diagnostic de l'érysipèle, tandis que 33,3 % le font rarement. Pour la formation pratique des internes, 77,8 % n'ont pas reçu de formation spécifique sur la gestion du DHBNN durant leur internat. Les principaux défis identifiés étaient la gestion des complications (55,6 %), la coordination avec d'autres services (44,5 %), et le diagnostic positif (33 %).

Discussion

Les résultats montrent un écart significatif entre les connaissances théoriques des médecins internes et les recommandations actuelles pour la gestion de l'érysipèle, mettant en lumière des lacunes dans leur formation. Bien que 56,7 % des internes aient défini correctement l'érysipèle, la confusion avec une infection bactérienne profonde révèle la nécessité de clarifier davantage cette définition, comme l'ont souligné Bénard et al. [1].

Le manque de reconnaissance de *Streptococcus pyogenes* comme principal agent pathogène est préoccupant, car la littérature insiste sur son rôle central [2]. En ce qui concerne le traitement, la majorité des médecins internes (66,7 %) ont opté pour des antibiotiques oraux, conformément aux recommandations actuelles, mais 11,1 % ont prescrit des examens complémentaires non nécessaires, un problème également observé dans d'autres contextes médicaux [3].

La bonne identification des signes de gravité et des indications d'hospitalisation est rassurante, mais la gestion des complications reste un défi pour 55,6 % des répondants, soulignant la nécessité de renforcer la formation sur les formes graves, telles que les dermo-hypodermes nécrosantes, comme le recommandent plusieurs études [4].

Notre étude met en lumière les aspects méconnus de l'érysipèle en médecine d'urgence ainsi que les pratiques des médecins internes en matière de prise en charge. Elle confirme la nécessité d'améliorer les connaissances des internes, en les alignant davantage sur les recommandations concernant le diagnostic et les pratiques thérapeutiques.

Conclusion

Bien que les internes démontrent une compréhension générale adéquate de la prise en charge initiale du DHBNN, des lacunes persistent, en particulier concernant l'étiologie et la gestion des complications. Une révision des programmes de formation en médecine d'urgence, avec un accent accru sur les infections cutanées comme l'érysipèle, est indispensable pour garantir une meilleure autonomie et une prise en charge clinique optimisée.

Références

- [1] P. Bernard, « Pour une meilleure prise en charge des infections bactériennes courantes », *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, vol. 146, n° 10, p. 607-609, oct. 2019, doi: 10.1016/j.annder.2019.05.008.
- [2] F. Dezoteux et D. Staumont-Sallé, « Prise en charge de la dermo-hypodermite aiguë non nécrosante bactérienne de l'adulte », *La Revue de Médecine Interne*, vol. 42, n° 3, p. 186-192, mars 2021, doi: 10.1016/j.revmed.2020.09.006.
- [3] F. Ihibane, N. L. Arsène, L. Adarmouch, M. Amine, et N. Tassi, « Evaluation de la prise en charge de l'érysipèle par les médecins généralistes de la ville de Marrakech », *Pan Afr Med J*, vol. 29, p. 41, janv. 2018, doi: 10.11604/pamj.2018.29.41.13539.
- [4] H. N. Leong, A. Kurup, M. Y. Tan, A. L. H. Kwa, K. H. Liao, et M. H. Wilcox, « Management of complicated skin and soft tissue infections with a special focus on the role of newer antibiotics », *Infect Drug Resist*, vol. 11, p. 1959-1974, 2018, doi: 10.2147/IDR.S172366.

Facteurs influençant le choix de la dermatologie, formation et impact sur la qualité de vie des dermatologues au Maroc

Auteurs : B. Amal, L. Bendaoud, M. Aboudouraib, W. Hocar, S. Amal

Affiliation : Service de Dermatologie, CHU Mohamed VI de Marrakech

Introduction

Cette étude vise à identifier les facteurs influençant le choix de la dermatologie comme spécialité parmi les dermatologues et résidents en dermatologie au Maroc, à évaluer la qualité de leur formation, et à analyser l'impact de cette spécialité sur leur qualité de vie. Bien que la dermatologie soit souvent perçue comme une spécialité rentable et offrant une bonne qualité de vie, les motivations et les expériences spécifiques des dermatologues marocains restent peu documentées.

Méthodes

Nous avons mené une enquête auprès de dermatologues spécialistes et résidents en dermatologie au Maroc, en utilisant un questionnaire en ligne distribué en juin 2024. Les questions portaient sur les raisons du choix de la spécialité, la qualité de la formation reçue, et la perception des conditions de travail ainsi que la qualité de vie des participants. Les résultats ont été analysés pour identifier les tendances et les facteurs clés influençant ces choix.

Résultats

L'étude a recueilli 157 réponses, dont 87,8 % de femmes. Parmi les répondants, les principales raisons de choisir la dermatologie incluent la qualité de vie (63,3 %), et l'intérêt scientifique

(53,2 %) et la rentabilité (13.5%) . La formation théorique et pratique en dermatologie a été jugée satisfaisante par la majorité, mais des lacunes ont été identifiées dans l'apprentissage de la médecine esthétique et la chirurgie dermatologique. Les dermatologues du secteur privé se disent globalement satisfaits de la rentabilité de leur spécialité, contrairement à ceux du secteur public qui perçoivent leurs conditions de travail comme moins satisfaisantes. Les réponses concernant la qualité de vie dans le questionnaire étaient généralement positives.

Discussion

Cette étude, l'une des rares réalisées au Maroc sur ce sujet, montre que la majorité des dermatologues choisissent cette spécialité pour la qualité de vie et l'intérêt scientifique, avec une moindre importance accordée à la rentabilité. La formation est généralement satisfaisante, bien que des lacunes existent en médecine esthétique et en chirurgie dermatologique. Globalement, la qualité de vie des dermatologues est perçue positivement, ce qui est cohérent avec les résultats des études internationales.

Conclusion

Cette enquête met en évidence les motivations principales des dermatologues marocains, la satisfaction générale envers leur formation, et la qualité de vie perçue. Les résultats, suggèrent la nécessité d'améliorations ciblées et d'une réduction des disparités entre les secteurs public et privé

« À la rencontre des herboristes : Les alternatives naturelles dans la gestion des dermatoses »

O. Hormi¹ ; K.Kaddar¹ ; N.Tahri¹ ; N. Zerrouki^{1,2} ; N. Zizi^{1,2}

1-Service de dermatologie, vénéréologie 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 dermatoses, comprenant un large éventail de conditions qui peuvent être à la fois inconfortables et psychologiquement éprouvantes pour les personnes qui en souffrent.

Face aux limites des traitements conventionnels et à la recherche de méthodes plus holistiques, beaucoup se tournent vers les herboristes, ces praticiens spécialisés dans l'utilisation des plantes médicinales.

Dans ce travail, nous plongerons dans l'univers fascinant des herboristes et leur rôle croissant dans la prise en charge des dermatoses.

Matériel et méthodes :

Nous avons interrogé 18 herboristes de la région en utilisant un questionnaire traduit en arabe dialectal. Nous avons exploré leur approche dans le traitement de différentes dermatoses.

Pour chaque affection, nous avons examiné les plantes utilisées, les parties des plantes utilisées, les modes d'administration, les posologies, la durée des traitements, les effets secondaires et les résultats obtenus.

Résultats :

18 herboristes de la région ont été interrogés sur leurs approches vis-à-vis de diverses affections cutanées telles que l'acné, l'eczéma, le vitiligo, le prurit, le psoriasis et la chute de cheveux.

Tous les herboristes ont acquis leur expertise par des années d'expérience pratique. 34% des herboristes effectuent interrogatoire avec leurs clients pour comprendre leurs antécédents médicaux, leur régime alimentaire et leur style de vie avant de recommander un traitement ; 66% se concentrent principalement sur les symptômes observés. 23% des herboristes adoptent une approche holistique, en combinant régimes alimentaires, exercice physique et plantes médicinales pour traiter les dermatoses.

Tous les herboristes interrogés ont confirmé être capables de diagnostiquer l'acné. Pour le traitement, une variété impressionnante de plantes médicinales est employée, totalisant 38 espèces appartenant à 23 familles différentes. Parmi les plantes les plus fréquemment utilisées figurent *Citrus limon*, *Rosa damascena*, *Camellia sinensis*. Les parties de plantes les plus utilisées dans ce traitement sont les grains, les fruits, les feuilles et les fleurs, administrés principalement sous forme topique.

Les effets indésirables observés incluent l'irritation cutanée et la photosensibilité pour *Citrus limon*, des réactions allergiques rares pour *Rosa damascena* et une possible sécheresse cutanée pour *Camellia sinensis*.

La durée de traitement conseillée est généralement entre 4 à 8 semaines, ajustée selon la réponse individuelle, avec une majorité de patients rapportant une amélioration notable des symptômes. Quant à l'eczéma, 16 des herboristes interrogés affirment pouvoir la traiter après un diagnostic précis. Le traitement repose sur 32 espèces de plantes médicinales appartenant à 19 familles, parmi lesquelles *Juniperus oxycedrus*, *Ricinus communis* et *Nigella sativa* sont les plus couramment utilisées. Les herboristes recommandent généralement une administration topique des remèdes.

Ils recommandent généralement une durée de traitement entre 4 à 12 semaines. Les patients montrent une bonne satisfaction avec une diminution des symptômes inflammatoires, bien que des effets secondaires mineurs puissent être observés chez certains patients.

Concernant le vitiligo, 14 des herboristes interrogés déclarent pouvoir la traiter. Les plantes les plus fréquemment utilisées pour cette pathologie incluent *Anacyclus pyrethrum*, *Crocus sativus* et *Curcuma longa*.

La plupart des traitements sont administrés de manière topique, bien que certains herboristes recommandent également une administration par voie orale. Les effets indésirables observés comprennent une irritation locale et des réactions allergiques pour *Anacyclus pyrethrum*, peu d'effets secondaires topiques mais des nausées ou maux de tête en usage oral pour *Crocus sativus*, et une coloration temporaire de la peau ainsi que des réactions allergiques rares pour *Curcuma longa*. La durée de traitement est généralement longue, souvent plusieurs mois.

En ce qui concerne le psoriasis, 13 des herboristes interrogés affirment pouvoir le traiter. Les plantes les plus utilisées incluent *Juniperus oxycedrus* et *Linum usitatissimum*. Les traitements sont généralement administrés de manière topique, bien que certaines plantes puissent également être prises par voie orale. Les effets indésirables observés incluent une irritation et une sécheresse cutanée pour *Juniperus oxycedrus*, et des réactions allergiques rares pour *Linum usitatissimum*. La durée de traitement conseillée varie généralement entre 6 à 12 semaines, ajustée selon la réponse individuelle. La satisfaction des patients est positive chez la majorité des patients.

Enfin, la chute de cheveux est traitée par tous les herboristes interrogés. Les plantes les plus utilisées pour cette condition comprennent *Syzygium aromaticum*, *Ricinus communis* et *Linum usitatissimum*. Les traitements consistent souvent en des applications externes ou des massages du cuir chevelu. La durée de traitement varie généralement entre 3 à 6 mois, avec une satisfaction des patients souvent élevée, rapportant une réduction de la chute de cheveux et une amélioration de la densité capillaire.

Discussion :

L'utilisation des plantes dans le traitement des affections dermatologiques est une pratique ancestrale qui reste aujourd'hui au cœur des méthodes thérapeutiques des herboristes.

Une revue systématique réalisée en 2022 sur le rôle de la phytothérapie dans le traitement de l'acné montre que les formulations à base de plantes peuvent être efficaces. Elles contribuent notamment à la réduction du nombre de lésions, de la production de sébum et de la sévérité de la pathologie, tout en améliorant la qualité de vie des participants. En tant que thérapie adjuvante, la phytothérapie est prometteuse car elle permet de réduire la dose initiale de certains médicaments et, par conséquent, les effets indésirables associés à leur administration. (1)

En ce qui concerne le vitiligo, une étude menée à Marrakech auprès de 50 herboristes a identifié 25 espèces de plantes appartenant à 17 familles botaniques. Les familles les plus représentées sont les Astéracées, Apiacées, Scrofulariacées, Zingibéracées et Malvacées. Parmi les plantes les plus vendues figurent *Anacyclus pyrethrum*, *Ammi majus* L. et *Srophularia canina* L. Aucun effet indésirable n'a été observé. (2)

Pour le psoriasis, les plantes aux propriétés antiprolifératives, cicatrisantes, antioxydantes et anti-inflammatoires, telles que l'*Aloe vera*, le *Curcuma longa*, la *Viola tricolor*, l'*Hypericum perforatum* et la *Boswellia serrata*, montrent des résultats prometteurs. En Thaïlande, des préparations à base de plantes thaïlandaises sont traditionnellement utilisées pour traiter cette pathologie. (3)

Concernant la chute des cheveux, plusieurs études ont démontré l'efficacité de certaines plantes et préparations à base de plantes. Les plantes les plus efficaces contre l'alopecie sont le *Curcuma aeruginosa* (gingembre), le *Serenoa repens* (palmier), le *Cucurbita pepo* (citrouille), le *Trifolium pratense* (trèfle rouge) et le *Panax ginseng* (ginseng rouge de Chine). Leur mécanisme

d'action inclut principalement l'inhibition de la 5 α -réductase, ainsi qu'un meilleur soutien nutritionnel et une meilleure circulation sanguine du cuir chevelu. (4)

Dans l'ensemble, les herboristes ont une approche diversifiée et adaptée pour traiter une gamme de pathologies dermatologiques courantes en utilisant les ressources naturelles à leur disposition. Toute approche thérapeutique, qu'elle soit naturelle ou conventionnelle, devrait être discutée avec un professionnel de la santé qualifié. La sécurité et l'efficacité sont primordiales dans le traitement des dermatoses, et une approche collaborative entre les herboristes, les médecins et les patients peut conduire à des résultats optimaux.

Conclusion :

Dans l'ensemble, les herboristes ont une approche diversifiée et adaptée pour traiter une gamme de pathologies dermatologiques courantes en utilisant les ressources naturelles à leur disposition, avec des effets indésirables généralement mineurs et une satisfaction notable des patients.

References :

1. Proença, A. C., Luis, A., Duarte, A. P. (2022). The role of herbal medicine in the treatment of acne vulgaris: a systematic review of clinical trials. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 2022
2. OUAKROUCH, I. Ait, AMAL, S., AKHDARI, N., et al. Enquête ethnobotanique à propos des plantes médicinales utilisées dans le traitement traditionnel du vitiligo à Marrakech, Maroc. In : *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. Elsevier Masson, 2017. p. S334.
3. Siriyong, T., Ontong, J. C., Khochitmet, L., Naunklab, P., Phungtammasan, S., Phrakha, P., Voravuthikunchai, S. P. (2023). Successful treatment of refractory erythrodermic psoriasis with traditional Thai herbal medicine. *EXPLORE*, 19(3), 396-404.
4. Zgonc Škulj, A., Poljšak, N., Kočevar Glavač, N., & Kreft, S. (2020). Herbal preparations for the treatment of hair loss. *Archives of dermatological research*, 312, 395-406.

Idées reçues sur les agents dépigmentants:

Z.Loubaris¹; K.Khachani¹; S.Messaoud² N. Ismaili¹ L.Benzekri¹;

K.Senouci¹;M.Meziane¹

¹Dermatologie, Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina, Rabat, Maroc;

²Laboratoire de biostatistiques, recherche clinique et épidémiologie, Département de santé publique

Introduction :

L'hyperpigmentation fait partie des affections cutanées les plus fréquentes entraînant un impact considérable sur la qualité de vie des patients. Il existe une diversité thérapeutique incluant des médicaments, des produits cosmétiques et des remèdes traditionnels. L'objectif de notre étude est de recueillir les idées reçues sur la majorité des produits dépigmentants.

Matériel et méthode :

Notre étude se base sur un questionnaire de 40 questions, d'une durée de 5 minutes, administré à 200 personnes, incluant le personnel médical, paramédical et d'autres professions. Le score utilisé pour évaluer les connaissances est défini comme suit : un niveau faible correspond à un score entre 10 et 14, un niveau moyen à un score entre 15 et 24, et un bon niveau à un score supérieur ou égal à 25. Pour l'analyse statistique, nous avons eu recours au logiciel Jamovi version 2.3.28.

Résultats :

L'étude porte sur un échantillon composé de 70% de femmes et 30% d'hommes, avec une médiane d'âge de 20 ans. Parmi les participants, 30% sont des professionnels de la santé et 70% ne le sont pas. 63% des participants souffrent d'hyperpigmentation, tandis que 37% ne rapportent pas de problème d'hyperpigmentation. 18% d'entre eux souffraient d'une hyperpigmentation au niveau du corps, 13% au niveau axillaire, 15% au niveau périorbitaire, 17% au niveau inguinal et 38% au niveau du visage. Selon notre enquête, les traitements dépigmentants sont principalement recommandés par les dermatologues (46 %), suivis par les pharmaciens (22 %). L'influence de l'entourage et des influenceurs joue également un rôle significatif, représentant 18 % des recommandations, tandis que les médecins généralistes sont à l'origine de 14 % des conseils en matière de dépigmentation.

Les résultats indiquent que 63 % des personnes pensent obtenir une guérison partielle, tandis que 33 % pensent que l'hyperpigmentation guérit complètement. En revanche, 4 % ne s'attendent pas à guérir.

À la question "Dans quel délai pensez-vous voir une amélioration après le traitement ?", 45 % des personnes s'attendent à des résultats après 1 mois, 37 % après 3 mois, et 18 % estiment qu'une amélioration sera visible après 6 mois.

Les produits traditionnels les plus couramment utilisés incluent le Nila (37 %), le citron (28 %) et la poudre de lait (27 %). Les autres produits, représentant 8 %, comprennent notamment la poudre de maïs, le bicarbonate de soude et la poudre de riz.

Concernant la prévention de l'hyperpigmentation, 77 % des sujets estiment que l'application régulière de photoprotection ne permet pas de l'éviter. Quant à la fréquence d'application de la photoprotection, 43 % des participants utilisent un écran solaire toutes les deux heures, tandis que 34 % l'appliquent seulement une fois par jour.

Le choix de l'écran solaire idéal varie selon les préférences des utilisateurs : 45 % privilégient un indice de protection SPF 50, 32 % optent pour une protection contre les UVA, 12 % recherchent une protection contre la lumière visible, et 10 % choisissent une protection contre les UVB.

Discussion :

Notre questionnaire s'est essentiellement intéressé aux produits suivants : l'hydroquinone, le rétinol, l'acide glycolique, l'acide azélaïque, l'acide tranéxamique, la vitamine C et les peelings.

Les personnes âgées entre 25 et 40 ans présentent principalement un niveau de connaissance considéré comme bon et moyen, tandis que les sujets de moins de 25 ans démontrent généralement un niveau de connaissance jugé faible. (P=0.013)

Selon notre évaluation, les femmes démontrent un niveau de connaissance plus élevé dont 84% ont un niveau bon et 87% un niveau moyen. 60% des hommes ont un niveau faible. (P=0.01)

Parmi les personnes faisant partie du corps médical et paramédical, 70% ont un bon niveau de connaissance, 85% ont un niveau moyen, et 75% des sujets qui ne sont pas des professionnels de la santé ont un niveau faible. (P=0.01)

Parmi les personnes souffrant d'hyperpigmentation, 85% ont un niveau de connaissance jugé bon, tandis que parmi celles ne présentant pas d'hyperpigmentation, 62% ont un niveau de connaissance considéré comme faible. (P=0.01)

Les personnes qui suivent les recommandations des dermatologues et des médecins généralistes présentent généralement un niveau de connaissance jugé bon à moyen, par rapport à ceux qui reçoivent des conseils de la part des pharmaciens, des influenceurs et de leur entourage. (P=0.04)

Cette étude a révélé que le niveau de connaissance des traitements de l'hyperpigmentation est influencé par plusieurs facteurs. L'âge joue un rôle important, avec les personnes âgées de 25 à 40 ans montrant une meilleure compréhension des options thérapeutiques. Le sexe est également un facteur déterminant, les femmes ayant un niveau de connaissance supérieur à celui des hommes. De plus, la profession impacte ces connaissances, avec le personnel médical et paramédical obtenant de meilleurs scores. Les personnes souffrant

d'hyperpigmentation ont un niveau de connaissance significativement plus élevé que celles non affectées. Enfin, l'information transmise par les dermatologues et les médecins généralistes est mieux assimilée, et ceux qui suivent leurs conseils montrent une meilleure compréhension des traitements.

Conclusion :

Malgré la propagation de l'information sur les cosmétiques et les traitements de dépigmentation par les influenceurs et les médecins sur les réseaux sociaux et les multiples plateformes, un manque de connaissance persiste. Cette situation souligne l'importance d'une éducation continue et accessible pour le grand public

La Prévalence Des Dermatoses Gériatriques En Consultation Dermatologique au CHU Med VI Tanger/Maroc

N.Handous, O.El jouari, FZ.El ali, S.Gallouj

Service de Dermatologie Vénérologie CHU Mohammed VI – Tanger; Maroc

INTRODUCTION :Durant une consultation spécialisée en dermatologie, les problèmes de santé gériatrique sont assez fréquemment rencontrés [9]. De ce fait il est important de connaître les pathologies cutanées des sujets âgés qui représente parfois une préoccupation

Le but de cette étude était d'identifier les Dermatoses motivant une consultation spécialisée chez le sujet âgé en dermatologie et de fournir une référence pour les études sur les problèmes cutanés.

MATERIELS ET METHODES : Il s'agissait d'une étude transversale portant sur les nouveaux cas de dermatose gériatrique vu en consultation de dermatologie au sein du CHU Med VI de Tanger, Colligés entre le 20/11 /2021 et le 20/05/2023 chez les sujets âgés de 65 ans et plus en dermatologie.

Résultat : Sur 2164 patients ayant consulté en dermatologie durant cette période, 319 patients étaient âgés de 65 ans et plus. Ces patients ont consulté pour 340 nouveaux diagnostics (figure 1) ; L'âge moyen des patients était de 75,7 ans avec 151 hommes et 168 femmes soit un sex-ratio homme/femme de 0,89. Les affections mycologiques représentaient les motifs de consultation les plus fréquents à 19,11 % touchant légèrement plus les femmes que les hommes (sex-ratio H/F=0,85). L'érysipèle à (92,4%) était la pathologie la plus fréquente des dermatoses bactériennes qui représentaient 7,64% des dermatoses gériatriques rencontré au cours de notre étude ; Les tumeurs malignes représentaient le deuxième motif de consultation 13,52%. Ces tumeurs ont été représentés par les carcinomes basocellulaires à (45,7%), des carcinomes épidermoïdes à (30,4%), la maladie de kaposi à (21,7%) et un cas d'angiosarcome était noté. En ce qui Concerne les tumeurs bénignes, Elles étaient moins fréquente au niveau des consultations et représentaient 5,29% de toutes les motifs de consultation. Le prurit était diagnostiqué dans 29 cas soit 8,52% dont 15 étaient séniles.

Notre série comportait 17 cas d'Eczéma soit 5 % des restes des motifs consultés avec une légère prédominance féminine avec un (sex-ratio H/F= 0,9).

Conclusion :

la proportion de la population gériatrique augmente au Maroc, en effet l'enquête nationale sur la population et la santé de la famille (ENPSF) prévoit que la prévalence des personnes âgées atteindrait 15,4% de la population totale jusqu'en 2030 [11].

Un diagnostic précoce et un choix thérapeutique approprié à la maladie concernée chez les personnes âgées aura un grand impact sur leur qualité de vie afin qu'elles puissent vieillir avec une bonne santé.

Le profil de prise en charge des urgences dermatologiques au Nord du Maroc.

S.Marraha, O.ElJouari, S.Gallouj

*Centre hospitalier universitaire Mohammed VI de Tanger, université Abdelmalek Essaadi,
Tanger*

Introduction :

Les urgences dermatologiques représentent une part non négligeable de la pratique médicale. Bien qu'elles soient parfois de diagnostic difficile, leur connaissance est nécessaire car elles requièrent quelquefois une hospitalisation et des prises en charge en première ligne par le médecin généraliste ou par le médecin urgentiste.

Raison pour laquelle tous les professionnels de santé devraient être en mesure de prendre en charge ce type d'urgence. Pour certaines affections, l'avis du dermatologue s'avère utile du fait que certaines maladies, au pronostic vital engagé se révèlent initialement par des lésions cutanées. Celles-ci doivent être identifiées et le diagnostic clinique devrait pouvoir être évoqué dans les plus brefs délais.

Matériel et méthodes :

Nous avons mené une enquête auprès des médecins du nord du Maroc, généralistes et spécialistes, exerçant dans le secteur public et libéral, sur la fréquence de leur confrontation avec les urgences dermatologiques, leur conduite à tenir et également leur degrés de satisfaction quant à la prise en charge de ces urgences et de la qualité de leur formation dans ce domaine.

Pour cela, nous avons créé un formulaire qui a été partagé entre confrères, nous avons récolté les réponses et nous les avons analysé afin de pouvoir améliorer la prise en charge des urgences dermatologiques dans les différentes structures hospitalières et les établissements de soins.

Résultats :

Le taux de réponse au formulaire des femmes étaient prédominants à 68.2%, les médecins généralistes représentaient 64,7% vs 35.3% pour les spécialistes. Les principales spécialités étaient des dermatologues à 21.9%, suivi des gastro-entérologue à 19,2% , les neurologues et cardiologues à 8,2%, ainsi que d'autres spécialités telles que la réanimation, la radiologie et la chirurgie viscérale. 85% de ces médecins étaient au CHU, 10% au CHR/CHP et un taux plus bas pour le secteur libéral et les centres de santé. 85,3% disent avoir déjà été confrontés aux urgences dermatologiques dont 38.2% 1 à 2 fois par mois, et 28,8% 1 à 2 fois par semaine. En revanche 17,6% disent qu'ils en ont été confrontés 1 fois par jour.

La principale urgence rencontrée était la grosse jambe rouge aigue à 77.6% suivi des toxidermies et des purpuras, érythrodermie et les dermatose bulleuses. En revanche les dermatoses infectieuses étaient en bas de la liste.

59.4% de ces médecins appellent le dermatologue de garde pour la gestion de l'urgence rencontrée, 25.3% hospitalisent le patient et le prennent en charge eux-mêmes, 9.4% réfèrent le patient aux urgences et 5.9% réfèrent le patient en consultation dermatologique à froid

46.5% estiment que la prise en charge dermatologique est bonne et 22.9% très bonne, et 9.4% l'estiment excellente

La disponibilité des traitements et des matériaux nécessaires pour la prise en charge de ces pathologies a été jugée bonne par 38.8% dans leur établissement, moyenne par 37.1% et mauvaise par 8.2%

65.3% des médecins rapportent qu'ils n'ont pas de ressources et de formations pour améliorer leur connaissance en matière de prise en charge des urgences dermatologiques et 93.2% souhaitent en avoir.

Durant la crise sanitaire du COVID-19, 37.1% des médecins ont jugé que les patients ayant des urgences dermatologiques ont été moyennement impactés et 35.9% estiment que la prise en charge est restée la même.

Nous avons également laissé le champ libre à nos médecins cibles de proposer des idées d'améliorer la prise en charge des urgences dermatologiques ainsi que les moyens de référence de ces patients.

Discussion :

Un des défis majeurs est le manque de formation spécifique en dermatologie pour les médecins généralistes et les urgentistes. La mise en place de programmes de formation continue serait bénéfique pour améliorer la reconnaissance et la gestion des urgences dermatologiques. Des ateliers pratiques et des séminaires pourraient renforcer les compétences cliniques des praticiens, leur permettant de mieux évaluer et traiter ces cas.

La disponibilité des ressources médicales dans la région est un autre aspect. Bien que plusieurs centres spécialisés existent, leur accessibilité peut être limitée pour certains patients. Une meilleure coordination entre les différents établissements de santé, ainsi que la création

de réseaux de référence, pourrait améliorer la prise en charge des patients. La collaboration interdisciplinaire, incluant dermatologues, généralistes et autres spécialités, est essentielle pour offrir une approche globale et efficace.

Conclusion :

Pour conclure, il est impératif d'augmenter la sensibilisation autour des urgences dermatologiques au nord du Maroc. La formation continue des médecins, l'éducation du public et l'amélioration des infrastructures de santé sont des éléments clés pour une meilleure gestion de ces pathologies. En adoptant une approche proactive et collaborative, nous pouvons significativement améliorer la qualité des soins dermatologiques dans cette région

Perception des urgences dermatologiques par les médecins internes aux urgences

N. Kayouh¹, S. Ait Oussous¹, N.Ait Abdelaali¹, Fz.Hagag¹, Fz.El Alaoui El Abidi¹, B.Idrissi¹, R. chakiri¹

¹Service de dermatologie, CHU Souss-Massa, Agadir, Maroc.

Introduction :

Les affections dermatologiques sont des motifs fréquents de consultation aux urgences. Bien que la plupart soient bénignes, certaines engagent le pronostic en raison de leur potentiel de morbidité ou de mortalité. Ainsi, les médecins internes aux urgences, étant en première ligne, jouent un rôle clé dans la reconnaissance précoce et la gestion de ces affections.

Méthodes:

Un questionnaire a été envoyé à tous les médecins internes de première et de deuxième année du CHU de Souss Massa. Cette étude a pour but d'évaluer leur perception des urgences dermatologiques, ainsi que leur confiance dans le diagnostic et la prise en charge, tout en explorant les défis rencontrés. Cela servira à identifier les lacunes et à proposer des pistes d'amélioration pour optimiser la gestion des urgences dermatologiques en milieu hospitalier. Cette étude a duré 6 mois avec participation de 63 internes.

Résultats :

Le taux de réponse était de 90%. L'âge moyen des médecins internes était de 24ans avec une prédominance féminine (77,8%). La plupart ont eu stage au service de dermatologie (90,5%), la durée de stage allait de deux semaines à 1 mois aux cours de l'externat, et 6 mois au cours de l'internat (6,9%). 47,6% des médecins internes pensaient que les urgences dermatologiques sont souvent sous-estimées par rapport à d'autres types d'urgences médicales. 77,7% des médecins internes ont rapporté qu'ils n'ont qu'occasionnellement ou rarement traités des cas dermatologiques aux urgences. La proportion de temps consacrée à la prise en charge était <10% pour 79,4% des internes. Néanmoins, 30% ont estimé que les urgences dermatologiques ont un impact significatif sur la charge de travail général aux urgences. 50,8% des médecins internes ont jugé la reconnaissance rapide et le traitement approprié des urgences dermatologiques très important. Cependant, 41,2% étaient peu confiant dans leur capacité à diagnostiquer et à prendre en charge les affections dermatologiques urgentes. Les éléments cliniques considérés comme urgents étaient la

douleur (48%), la fièvre (74,6%), l'étendue (84%), la topographie (79,4%), l'oedème (30%) et l'état général (90,5%). Et les pathologies considérées comme urgentes étaient les toxidermies (80%), l'érysipèle et les dermo-hypodermes nécrosantes (60%), les dermatoses bulleuses (20%), l'angioedème (10%), le purpura fulminans (10%). Les pathologies moins évoquées étaient l'herpès, zona, varicelle, la staphylococcie maligne de la face, le lupus, la dermatomyosite, les poussées de psoriasis et d'eczéma. Les principaux défis auxquels les médecins internes étaient confrontés étaient : la difficulté à différencier les pathologies (80%), le temps limité pour l'évaluation (41%) et le manque d'équipements (50,7%). 66,6% ne disposaient pas d'outils ou de ressources spécifiques pour leur aider dans la prise en charge des urgences dermatologiques, et 41% utilisaient des livres en ligne et les cours magistraux. La plupart des médecins internes ont déjà ressenti le besoin d'une formation supplémentaire en dermatologie d'urgence et souhaitent développer une compétence dans l'identification des lésions malignes (54%) et l'évaluation des éruptions cutanées aiguës (90%). 55,6% trouvaient que l'accès à des images dermatologiques lors de l'évaluation aux urgences serait très bénéfique. Des suggestions pour l'amélioration en matière d'urgences dermatologiques étaient de bénéficier d'ateliers, de tables rondes, de guides pratiques et la prolongation de la durée de formation. Le degré de confiance était significativement plus élevé chez les médecins en 2^{ème} année par rapport en 1^{ère} année ($p=0,016$). Il était également significativement plus élevé chez les médecins ayant effectué un stage de 6 mois en dermatologie ($p<0,001$). Le sexe n'était pas corrélé au degré de confiance ($p=0,94$).

Discussion:

Les consultations aux urgences pour une plainte dermatologique est en augmentation . Les motifs de consultations sont divers et peuvent relever d'un caractère urgent ou non. La définition de l'urgence dermatologique n'est pas consensuelle. Elle est définie par toute dermatose nécessitant une hospitalisation, un traitement intensif, un diagnostic précoce et rapide et un suivi afin de réduire la mortalité et la morbidité associées . Dans une autre étude, le caractère urgent de la consultation était retenu devant l'apparition de la dermatose dans un délai inférieur à 5 jours ou devant l'aggravation inférieure à 5 jours d'une maladie chronique. Quelle que soit la définition, les médecins de garde aux urgences sont amenés à reconnaître et à prendre en charge ces urgences.

Peu d'études dans la littérature ont évalué le degré de confiance des médecins face à des urgences dermatologiques.

Dans une étude , la majorité des médecins de soins primaires trouvaient que la prise en charge des affections cutanées est plus difficile que celle d'autres troubles corporels. Les principaux obstacles reportés étaient le manque de formation et l'insuffisance de matériel pédagogique . Une étude a soulevé la difficulté à reconnaître des urgences dermatologiques par des médecins non dermatologues . Dans une étude transversale sur la pratique de la dermatologie en médecine générale au Maroc, la plupart des praticiens (75,6%) estimaient avoir une connaissance faible ou modérée de la dermatologie et environ 58,7% ont déclaré qu'ils avaient parfois du mal à évaluer l'urgence du trouble cutané . Une autre étude a confirmé la difficulté qu'a l'interne de garde à poser le diagnostic. Notre étude rejoint cette constatation confirmant cette difficulté et le manque de confiance qu'ont les médecins internes face aux urgences dermatologiques. Cela peut s'expliquer par la durée de formation. La rareté des prises en charge de ces pathologies, la charge de travail importante aux urgences réduisant le temps consacré à l'examen dermatologique, ainsi que le manque de ressources et de formations contribuent également à ce manque de confiance.

Conclusion:

Les urgences dermatologiques sont fréquentes, et les médecins internes jouent un rôle crucial dans leur reconnaissance et gestion. Cependant, notre étude révèle un manque de confiance chez ces derniers, ce qui pourrait compromettre l'efficacité de la prise en charge des patients. Il est donc essentiel de renforcer la formation des internes en dermatologie et d'augmenter leur exposition à des cas cliniques pour optimiser leurs compétences.

The Challenges of Athletes' Skin: Understanding and Managing Skin Issues Related to Physical Activity

El Haddad Meriem, El Jouari Ouiame, Rkiek Yasmine, Gallouj Salim

Department of Dermatology and Venereology

Mohammed VI University Hospital of Tangier, Morocco

Introduction

Increased sports activities can result in various exercise-related skin issues, including a range of dermatological conditions and symptoms[1]. Among these, inflammatory skin disorders such as contact dermatitis and skin infections are particularly prevalent, especially among athletes. Infectious diseases of the skin are caused by exposure to fungi, viruses, bacteria or parasites. Furthermore, the skin is also exposed to various strains and stresses such as environmental factors, allergens, or to mechanical stress[2]

Many studies on exercise-related skin conditions primarily examine infectious skin disorders or concentrate solely on competitive high school athletes within specific sports, including wrestling, swimming, baseball, running, and ice hockey[3]. While our study focused on all dermatological conditions that athletes may encounter, and regardless of age group.

The aim of our study is to analyze the main skin issues encountered by athletes, including irritations, infections, allergies, and other related conditions, and to propose appropriate prevention and management strategies to maintain skin health during physical activity.

Methods

This was a cross-sectional study carried out at the dermatology department, University Hospital Center of Tangier, over a period of 5 months between May 2024 - September 2024.

We developed a survey informed by a comprehensive review of the literature and consultations with experts to identify key topic-related items for the creation of an item pool. Following this, we distributed the questionnaire to athletes and coaches across several gyms, ensuring a diverse sample to capture a wide range of experiences and insights. This approach allowed us to gather valuable data directly from those engaged in physical activity, enhancing the relevance and applicability of our findings.

The questionnaire included 16 items Demographic Information, Medical History, Sport Participation (Sports practiced, Frequency of sports activity, Duration of training) Skin Issues related to sports and skin changes after exercise through illustrated images, Protective

Measures (Use of protective equipment during sports, Use of skin products), Environmental Exposure and Consultation and Treatment.

In the context of the online survey, the collected data were analyzed descriptively using SPSS version 21. We evaluated absolute and relative frequencies, and compared the mean values across different groups using the Fischer test. For assessing differences in categorical variables between groups, we employed the chi-square independence test. A p-value of less than 0.05 was considered statistically significant.

Results

In the survey, a total of 378 responses were collected. The majority (n = 201) were aged 30–49 years. Most participants (n = 225) were men. 38,9% reported existing skin problems. Additionally, 46% of participants exercised three times a week, and 73.8% engaged in physical activity for one to three hours per day (P<0.05). Participants reported 15 different main sport types. The most common types included gym-based training (79.4%), followed by Tennis/Paddle (23.8%), football (19%), and swimming (18.3%). Only 17,5% were using protective equipment during sport (P<0.05), and 30,2% were exposed to extreme environmental conditions during sports activities of which 60.7% was due to sun exposure. 73% of participants experienced skin changes after exercising (P<0.05) dominated by Ingrown Toenail (56,1%), followed by Interdigital Intertrigo (41,8%), Tinea Pedis (34.7%), Folliculitis (27,6%), Corn (25,5%), Rosacea (23,5%), Pityriasis Versicolor (22,4%), Acne (21,4%), Seborrheic Dermatitis (20,4 %), Plantar Keratosis (20,4 %), Contact eczema (19,4 %), Stretch Marks (18,4 %), Urticaria (14,3 %) Friction Blister (13,3 %), Tinea Corporis (13,3 %), Onychomycosis (12,2 %), Common Wart (8,2 %) , Herpes Simplex (6,1 %), Piezogenic Papules (6,1 %) , Scabies (5,1 %) , Subungual Hematoma (4,1 %), Erythrasma (4,1 %), Tinea Capitis (2%), Erysipelas (2%), Black Heel (2%), Molluscum Contagiosum(1%), Suppurative Hidradenitis (1%). 50,8% reported that they had consulted a dermatologist or a doctor for skin issues related to their sports activities, of which, 70% had noticed an improvement in their skin condition since beginning treatment.

Discussion

To the best of our knowledge, we present the first study on exercise-related skin issues across diverse populations and a wide range of sports disciplines. Research on skin complaints related to exercise remains limited, with most existing studies focusing predominantly on skin infections, such as the study by Kurt A. et al[4]. Unlike other cross-sectional studies that typically concentrate on a single skin condition, our research evaluated a broader spectrum of skin complaints. In a cross-sectional study by Aytimur Derya et al[5], the characteristics of sport-related dermatoses were described, focusing on only four types of sports. In contrast, our study encompassed a wider range of sports activities. Additionally, we observed a significant positive correlation between the duration of sports participation and the occurrence of both traumatic and fungal lesions.

The rise in sports participation has led to an increase in sports-related dermatoses. Fleischer et al. noted that dermatologic lesions were present in up to 74% of athletes at the 1999 Special Olympics World Summer Games[6]. Various factors contribute to these lesions, including skin type, age, gender, type of sport, environmental influences, and genetic predisposition.

Sports-related skin conditions can be challenging for individuals to identify, complicating diagnosis and treatment. The management of skin issues, such as infections, in active individuals often differs from that of the general population due to the specific functional demands athletes face and their desire to minimize training disruptions.

The most common sports-related dermatoses reported include acne, bacterial, fungal, and viral infections, infestations, and contact dermatitis[7]. In our study, traumatic lesions and fungal infections emerged as the most prevalent skin conditions among athletes. The localization of dermatologic lesions may be influenced by the type of sport and the use of specific equipment, such as gloves and helmets. We found that individuals who practiced cycling tended to develop folliculitis or contact dermatitis from helmet and glove use. Meanwhile, those who participated in swimming were more likely to develop fungal infections, while individuals who lifted weights or engaged in racket sports often developed hand callosities. In contrast, football players tended to develop subungual hematomas. Ultimately, those involved in gym-based sports were more likely to experience ingrown toenails and fungal infections, likely due to tight footwear and moisture accumulation. Preventing these traumatic lesions can be achieved by minimizing friction and moisture; properly fitted footwear is essential, along with acrylic or synthetic socks designed to reduce friction and wick away moisture.

These statistically significant differences may suggest that sports participation influences the types of lesions observed. The inherently traumatic nature of athletic activities, combined with environmental factors, the variety of equipment used, and the sharing of gear, appears to elevate the risk of both fungal and traumatic lesions among athletes. Engaging in any sporting activity often results in some form of skin trauma. In this study, we anticipated a significant positive correlation between the length of sports participation and the incidence of traumatic lesions, given the inherently traumatic nature of athletic activities.

Conclusion

Athletic activity appears to be a significant predisposing factor for fungal infections as well as acute and chronic traumatic lesions. The types and locations of these lesions were found to vary according to the specific sport. To reduce the incidence of sports-related lesions, regular dermatologic screenings and athlete education on treatment options and prevention strategies are crucial.

References

- [1] “Pecci M, Comeau D, Chawla V. Skin conditions in the athlete. *Am. J. Sports Med.* 2009;37:406–418.”
- [2] “Moehrle M, Blum A. Haut und sport: Skin and sports. *J. Dtsch. Dermatol. Ges.* 2004;2:695–703.”
- [3] “Farhadian JA, Tlougan BE, Adams BB, et al. Skin conditions of baseball, cricket, and softball players. *Sports Med.* 2013;43:575–589.”
- [4] “Kurt A. Ashack, BA,^a Kyle A. Burton, BS,^c Teresa R. Johnson, BA, MS, PhD,^b Dustin W. Currie, MPH,^d R. Dawn Comstock, PhD,^{d,e} and Robert P. Dellavalle, MD, PhD, MSPH^d. Skin infections among US high school athletes: A national survey. *J Am Acad Dermatol.* 2016 Apr;74(4):679-84.e1.”

[5] “Aytimur Derya, Ertam Ilgen and Ergun Metin.Characteristics of Sports-Related Dermatoses for Different Types of Sports: A Cross-Sectional Study.The Journal of Dermatology Vol. 32: 620–625, 2005.”

[6] “Fleischer AB, Feldman SR, Lupton FA, Holden.HR: 1999 Special Olympics World Summer Games: Dermatologic health screening results, J Am Acad Dermatol, 44: 700–703, 2001.”

[7] “Bergfeld WF: Dermatologic problems in athletes, Prim Care, 11: 151–161, 1984.”

Qualité de vie

Résultats préliminaires de l'évaluation de l'anxiété préopératoire en chirurgie dermatologique

A. Moussa, M. El Amraoui , H. Hassan , R. Frikh, N. Hjira

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

Introduction : L'anxiété pré opératoire en chirurgie est connue et sujette à des multiples études. En chirurgie dermatologique considérée, à tort, comme ‘petite chirurgie’ par les chirurgiens, cette dimension psychologique est sous-estimée et peu étudiée. Notre étude est la première, à notre connaissance, a essayer d'évaluer l'anxiété préopératoire en chirurgie dermatologique.

Matériels et Méthodes : Etude prospective, exploratoire, menée au sein du service de dermatologie de l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V de Rabat, sur une durée de 4 mois (Janvier-Avril 2024). L'étude a été réalisée selon une fiche d'exploitation pré établie. L'évaluation de l'anxiété pré opératoire a été réalisée par l'échelle visuelle analogique (EVA) et par le score de l'Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). L'étude statistique a été réalisée par le logiciel JAMOVI.

Résultats : 80 patients ont accepté de participer à notre étude, dont 54 hommes (67.1%) et 26 femmes (32.9%). L'âge des patients variait entre 16 ans et 82 ans avec une moyenne de 38 ans. 51.2% des participants avaient un niveau d'instruction bas, 32.5% avaient un niveau moyen et 16.3% avaient un niveau supérieur. 55% des cas avaient une chirurgie relativement invasive et 45% avaient une intervention mini-invasive. 46.3% des cas avaient une chirurgie sur le membre, 35% des cas avaient une chirurgie cervico-faciale, 11.3% avaient une intervention sur le tronc et 7.5% avaient une opération au niveau génital. 98.8% des suites opératoires étaient simples avec un cas de choc vagal (1.3%). Sur l'échelle visuelle analogique : 42,5% des patients avaient une anxiété faible, 26% des cas avaient une anxiété moyenne et 32% des opérés avaient une anxiété élevée. Sur l'APAIS : 19% des patients avaient un niveau d'anxiété élevé ou très élevé.

Discussion : Notre étude montre la nette prédominance masculine et l'âge relativement jeune de la chirurgie dermatologique dans notre contexte militaire, des niveaux d'anxiété qui avoisinent les autres chirurgies. Le niveau d'anxiété est influencé par le sexe du patient, son

niveau d'instruction, le siège de l'intervention, le lieu de l'opération, l'expérience du praticien et les antécédents chirurgicaux du patient. Cependant, il y'a pas de différence statistiquement significative concernant le type de l'intervention, le sexe du praticien et l'âge du patient.

Conclusion : Les patients candidats à une chirurgie dermatologique souffrent d'une anxiété similaire aux autres interventions chirurgicales qui risque d'être pourvoyeuse de complications en per et post opératoire. Ainsi, toute intervention dermatologique doit être planifiée, expliquée, rassurée, accompagnée et surveillée.

Modalités de gestion de l'anxiété préopératoire en chirurgie dermatologique

A. Moussa, M. El Amraoui, H. Hassan, R. Frikh, N. Hjira

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

Introduction : L'anxiété préopératoire en chirurgie dermatologique est réelle, sous estimée et avoisine celle des autres interventions chirurgicales. Elle peut être pourvoyeuse de complications en per et en post opératoire. L'objectif de notre travail est de connaître et d'évaluer les préférences des patients afin de proposer les mesures adéquates pour apaiser cette anxiété.

Matériels et méthodes : étude prospective, exploratoire, menée au sein du service de dermatologie de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V de Rabat, sur une durée de 4 mois (Janvier- Avril 2024). L'étude a été réalisée selon un questionnaire préétabli comportant dix questions sur les préférences des patients. L'étude statistique a été réalisée pour le logiciel JAMOVI.

Résultats : 80 patients ont été inclus dans l'étude, dont 54 hommes (67.1%) et 26 femmes (32.9%). L'âge des patients variait entre 16 ans et 82 ans avec une moyenne de 38 ans. 51.2% des participants avaient un niveau d'instruction bas, 32.5% avaient un niveau d'instruction moyen et 16.3% avaient un niveau d'instruction supérieur. 46.3 % des patients préfèrent être appelés la veille de l'intervention. 61.3 % des cas déclarent ne pas avoir besoin d'un traitement sédatif avant l'opération. 16,2% des patients aiment entendre la musique en per opératoire. 71,3% des patients préfèrent passer en première position au bloc opératoire. 78,7% des cas demandent un traitement antalgique après l'opération. 76,2% des cas préfèrent avoir le numéro de téléphone du chirurgien. 56% des patients aiment être accompagnés par leur conjoint/parent). 95.0 % des patients aiment être revus pour contrôle. 61.3 % des patients préfèrent faire leur geste dans un hôpital public. 37.5 % des patients préfèrent voir une vidéo explicative de l'intervention avant l'opération.

Discussion : Notre étude montre que, dans notre contexte, les patients préfèrent être opérés dans une formation publique, passer en première position, avoir un traitement antalgique en post opératoire et avoir le contact du médecin pour les éventuelles complications. Cependant, notre population d'étude ne préfère pas la musicothérapie en salle d'opération, avoir un traitement sédatif en pré opératoire, être accompagnée au bloc opératoire et être appelée la veille de l'opération pour rassurance.

Conclusion : A la lumière de ces résultats, des mesures sont à prendre pour essayer d'apaiser l'anxiété de nos patients. Ces résultats peuvent varier dans le secteur privé pour multiples raisons, d'où l'intérêt des études similaires dans ce secteur.

“Cicatrices et qualité de vie : un lien indélébile”

Ouissal Hormi¹ ; Salma Moujahid¹ Leila benahmed¹ Nassiba Zerrouki^{1,2} ; Nada Zizi^{1,2} ;

1-Service de dermatologie, vénéréologie 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:

Dans le récit de la vie d'un individu, les cicatrices ne sont pas de simples marques physiques, mais des chapitres gravés dans la chair, témoins silencieux de leur parcours. Chaque cicatrice porte une histoire unique, un souvenir, une narration à part entière qui mérite d'être entendue et comprise. Les cicatrices sont des marques visibles causées par diverses raisons, incluant des chirurgies, des blessures cutanées, des brûlures ou des maladies dermatologiques, et peuvent impacter la qualité de vie.

Cette étude vise à explorer la relation entre les cicatrices visibles et le bien-être, en examinant les répercussions psychologiques, sociales et émotionnelles qu'elles entraînent.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée au sein du service de dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire d'Oujda sur une période de 3 ans, de janvier 2021 à janvier 2024, regroupant des patients ayant des cicatrices cutanées.

La qualité de vie a été évaluée à l'aide de la version validée en arabe dialectal du questionnaire Dermatology Life Quality Index (DLQI).

Le score total varie de 0 à 30, réparti en cinq classes : 0-1 (aucun effet), 2-5 (petit effet), 6-10 (effet modéré), 10-20 (effet très important), et 20-30 (effet extrêmement important).

Résultats

Un total de 80 patients présentant des cicatrices cutanées a été inclus dans l'étude, avec un âge moyen de 35,7 ans (variant de 17 à 72 ans).

La majorité des patients étaient de sexe féminin (58,7 % femmes, 41,3 % hommes).

Le nombre de cicatrices par patient variait ; en moyenne, les patients avaient 3,8 cicatrices chacun (allant de 1 à 14 cicatrices) et vivaient avec leurs cicatrices depuis une durée moyenne de 7,7 ans (allant de 2 mois à 50 ans). Les cicatrices étaient principalement localisées sur le visage (65 %).

Les principales causes de cicatrices parmi la population étudiée étaient l'acné (32,5 %), les traumatismes accidentels (30 %), les brûlures (15 %), les traumatismes dus à des agressions (12,5 %), et les interventions chirurgicales (10 %).

Les sujets ayant des cicatrices récentes rapportaient des douleurs dans 25 % des cas, tandis que 35 % signalaient des sensations de brûlure et 30 % des démangeaisons.

Le score moyen du DLQI était de 12,23 +/- 4,17.

La distribution de l'impact sur la qualité de vie selon le DLQI était la suivante :

- Impact faible chez 12,5 % des patients.
- Impact modéré chez 32,5 % des patients.
- Impact significatif chez 40 % des patients.
- Impact extrêmement significatif chez 15 % des patients.

La détérioration de la qualité de vie était plus marquée chez les femmes, les jeunes patients, ceux ayant des cicatrices localisées au visage, ceux avec des cicatrices récentes (moins d'un an), et ceux ayant des cicatrices traumatiques ou de brûlure.

Une partie importante des patients (56 %) se sentaient stigmatisés par leurs cicatrices, craignant que les autres les jugent comme des individus à tendance criminelle ou que les cicatrices aient été infligées intentionnellement, les cataloguant ainsi comme des personnes de faible volonté.

La vie professionnelle de 35 % des patients était impactée par leurs cicatrices. Parmi ceux qui étaient employés, les trois quarts choisissaient de dissimuler leurs cicatrices au travail ou lors d'entretiens d'embauche, par peur que leurs opportunités de progression de carrière ne soient entravées par la présence des cicatrices.

Discussion:

L'exploration qualitative de l'impact des cicatrices sur la vie des patients revêt une grande importance pour comprendre leurs besoins. Des études antérieures ont mis en évidence l'impact négatif des cicatrices faciales sur la conscience de soi et l'anxiété ; toutefois, une exploration approfondie des multiples façons dont les cicatrices affectent la vie des patients n'a pas encore été pleinement réalisée. (1)

Une enquête épidémiologique internationale récente menée en 2023 par Jean Michel Amici et al., visant à évaluer l'impact des cicatrices sur la qualité de vie des patients, a révélé que le score moyen du DLQI chez un échantillon de 11 000 patients était de 7,44 ; ce score variait en fonction de l'âge des patients, de la localisation visible des lésions et des symptômes cliniques. (2). Zilowski et al. ont démontré que les cicatrices faciales affectent le fonctionnement psychosocial, entraînant une augmentation de l'anxiété et de la conscience de soi. De plus, les cicatrices traumatiques peuvent altérer le fonctionnement social et le bien-être émotionnel, tandis que les cicatrices de brûlure ont été observées pour réduire le fonctionnement physique. (3)

Pour explorer l'influence des cicatrices cutanées sur la qualité de vie des patients, Brown et al. ont réalisé une étude impliquant 34 patients ayant des cicatrices. Les résultats ont révélé cinq domaines principaux d'influence : le confort et le fonctionnement physique, l'acceptabilité de soi et des autres, le fonctionnement social, la confiance dans la compréhension et la gestion de la condition, et le bien-être émotionnel. (4) Une autre étude menée par Brown et al., avec un échantillon proche du nôtre (82 patients), a rapporté un score moyen au DLQI de 7,5 +/- 6,7 (allant de 0 à 26). Ils ont également démontré que la gravité et la visibilité des cicatrices sont corrélées à la détresse psychosociale. (5)

Le score moyen de DLQI de nos patients (12,23) était légèrement plus élevé que celui rapporté dans les études citées, mais nos résultats étaient cohérents avec les leurs concernant les variations liées à l'âge, la localisation des lésions, et l'étiologie des cicatrices.

Les résultats soulignent la nature multifactorielle de l'impact des cicatrices visibles sur le bien-être des individus. La détresse psychologique et les préoccupations liées à l'image corporelle sont interdépendantes, formant une interaction complexe qui peut considérablement diminuer la qualité de vie. Les facteurs sociaux, y compris les normes et perceptions sociétales, jouent également un rôle crucial dans l'expérience des individus avec des cicatrices visibles. Les interventions médicales devraient non seulement aborder les aspects physiques des cicatrices, mais également fournir un soutien global pour atténuer les conséquences psychologiques et sociales.

Conclusion:

Les cicatrices ont un impact significatif sur la qualité de vie des sujets, en particulier lorsqu'elles sont récentes et visibles. Un score DLQI plus faible est observé chez les sujets avec des cicatrices plus anciennes comparativement à ceux avec des cicatrices récentes. Un diagnostic précoce et des tentatives pour apaiser les craintes des patients sont nécessaires, tout en évitant de leur donner des attentes irréalistes.

Références:

1. Price P, Tebble N. Psychological consequences of facial scarring. In: Teot L, Banwell PE, Ziegler UE, editors. *Surgery in wounds*. Berlin: Springer-Verlag; 2004.
2. Amici, J. M., Taieb, C., Le Floc'h, C., Demessant, A. L., Seité, S., & Cogrel, O. (2023). The impact of visible scars on well-being and quality of life: An international epidemiological survey in adults. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 37, 3-6. of the European Academy of Dermatology and Venereology, 29(11), 2112-2119.
3. Ziolkowski, N., Kitto, S. C., Jeong, D., Zuccaro, J., Adams-Webber, T., Miroschnyenko, A., & Fish, J. S. (2019). Psychosocial and quality of life impact of scars in the surgical, traumatic and burn populations: a scoping review protocol. *BMJ open*, 9(6), e021289.
4. Brown, B. C., McKenna, S. P., Siddhi, K., McGrouther, D. A., & Bayat, A. (2008). The hidden cost of skin scars: quality of life after skin scarring. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 61(9), 1049-1058.
5. Brown, B. C., Moss, T. P., McGrouther, D. A., & Bayat, A. (2010). Skin scar preconceptions must be challenged: importance of self-perception in skin scarring. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery*, 63(6), 1022-1029.

Impact des dermohypodermite bactériennes sur la qualité de vie des patients

K. Kaddar 1; Y. Joudeh 1; H. Saddouk 1; N. Zerrouki 1,2; 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 dermohypodermite bactérienne (DHB) est une infection aiguë qui survient en majorité chez l'adulte. Elle se manifeste le plus souvent par un placard inflammatoire accompagné de signes généraux, ce qui peut engendrer un impact sur la qualité de vie (QDV) des patients.

Matériels et méthodes: C'est une étude rétrospective descriptive, portant sur une série hospitalière de 234 patients admis pour une DHB sur une période s'étalant de Janvier 2015 au mai 2024. L'objectif est d'évaluer la QDV de ces patients avant et après le traitement par l'index de Qualité de Vie (DLQI) et par le score SKINDEX-16 dans leur version arabe validée et publiée.

Résultats: Deux cent trente-quatre patients étaient inclus (135 femmes et 99 hommes). L'âge moyen était de 58,6 ans. Un niveau socio-économique bas a été noté chez 56,6 % des cas. Cinquante-sept patients avaient au moins un antécédent de DHB, avec un antécédent d'hospitalisation dans la moitié des cas. Le nombre de récurrences variait entre 1 et plus de 10 épisodes avec une moyenne de 2,26. Le délai de consultation moyen était de 5,7j. Les signes fonctionnels retrouvés étaient, par ordre décroissant : La rougeur(100%), la chaleur locale(92,8%), l'œdème(91,3%), la douleur(89,4%) et la fièvre(78,3%). L'infection concernait le membre inférieur dans 76,4%, le membre supérieur dans 20,4% et le visage dans 3,2% des cas. La durée d'hospitalisation moyenne était de 9,5j. Le DLQI moyen était de 22,1 (soit un effet extrêmement important sur la QDV) avec des extrêmes allant de 3 à 24 avant l'instauration du traitement versus un DLQI moyen de 5 à la sortie des patients (soit un effet faible sur la QDV). Les moyennes obtenues du score Skindex sur les émotions était de 60,9% (entre 5 à 91%), sur le fonctionnement était de 42,8% (entre 5 à 71%) et sur les symptômes était de 71,7% (entre 12 à 92%) Versus un Skindex émotionnel à 23%, fonctionnel à 14% et symptomatique à 25% à la sortie des patients.

Discussion: Peu d'auteurs se sont intéressés à ce sujet. A notre connaissance, c'est la première étude visant à évaluer la QDV chez une large série de patients. La douleur, l'inconfort et les limitations physiques peuvent entraîner des soucis émotionnels tels que la frustration, l'anxiété ou la dépression, surtout dans les formes récurrentes. De plus, le séjour hospitalier relativement long (dans notre série de 9,5j) et les restrictions hospitalières exposent plus les patients à ces répercussions psychologiques. Le DLQI moyen chez nos patients de 22,1 reflétait l'effet extrêmement important sur la qualité de vie des patients, et le score Skindex avec ses différents aspects confirmait la présence des répercussions à la fois physiques, fonctionnelles et émotionnelles.

Conclusion : Ces résultats soulignent l'importance d'une prise en charge globale et multidisciplinaire des patients qui va au-delà du simple traitement de l'infection. L'évaluation de la QDV grâce à ces scores s'imposent en tant que complément de l'examen clinique.

Psoriasis et qualité de vie : Expérience du service de Dermatologie du CHU Mohammed VI Marrakech

Imane HAKIM, Kholoud RHARIB, Layla BENDAOU, Maryem ABOUDOURIB, Ouafa HOCAR, Said AMAL

Service de Dermatologie, CHU Mohammed VI - Marrakech

Laboratoire de Biosciences, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, Maroc

Introduction

Le psoriasis est une dermatose chronique, inflammatoire et multifactorielle qui altère la qualité de vie. La qualité de vie liée à la santé est devenue un élément important dans la prise de décision médicale, au même titre que l'efficacité et l'innocuité des traitements.

Objectif

Notre travail a pour but d'évaluer la qualité de vie des patients atteints du psoriasis en utilisant les échelles de DLQI et le Skindex16.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective descriptive incluant des patients atteints de psoriasis, ayant consulté dans notre service de Dermatologie du CHU Mohammed VI de Marrakech, sur une durée de 18 mois allant de Janvier 2023 à Juin 2024. Les deux questionnaires DLQI et Skindex16 étaient utilisés dans leur version arabe dialectale validée et publiée.

Résultats

Nous avons colligé un échantillon accidentel de 150 patients atteints de psoriasis. Le sex-ratio était de H/F = 0,66. L'âge moyen de nos malades était de 35 ans. Le phototype variait du III à IV. 36% (n=54) des patients étaient analphabètes, 60% (n=90) avaient un niveau socio-économique bas et 73,3% (n=110) étaient d'origine urbaine. La plupart de nos malades (80%) étaient de la région de Marrakech. La date moyenne de début du psoriasis était de 2 ans. Le psoriasis en plaques était la forme la plus fréquente, chez 80% des cas. L'atteinte du cuir chevelu était prédominante, retrouvée chez 66,6% des cas. 80% des malades avaient une atteinte de surface corporelle inférieure à 30%. La majorité des patients soit 83,3% avaient un psoriasis léger. Le psoriasis avait un impact modéré sur la qualité de vie de nos patients. La médiane du score du DLQI était de 8 (de 1 à 30). Celle du Skindex16 était de 20 (de 3 à 64). Les scores d'évaluation de la qualité de vie par le DLQI étaient bien corrélés avec les résultats du Skindex16.

Discussion

La plupart des échelles de qualité de vie sont validées en corrélation avec la gravité de la maladie. Ainsi, le point de vue du médecin rejoint celui du patient. L'âge jeune et le niveau supérieur d'étude influençaient la qualité de vie de nos malades. Par contre, nous

n'avons pas constaté un lien entre les autres facteurs et la qualité de vie des patients. Cependant, plusieurs données antérieures indiquent des résultats variables. Dans notre étude, un PASI élevé était associé à une mauvaise qualité de vie. Ces résultats sont cohérents avec ceux rapportés par plusieurs auteurs. Une étude prospective multicentrique menée en Espagne a montré que la sévérité du psoriasis était le principal facteur affectant la qualité de vie, en utilisant le PASI. Cependant, d'autres résultats rapportés par Benchikhi H, Yang HJ et Amy De la Breteuque et al. ont montré une corrélation négative entre l'indice PASI et la qualité de vie. Cette divergence entre les échelles de qualité de vie et le PASI montre que la prise en charge d'un patient psoriasique doit inclure des dimensions physiques et psychologiques. Nous avons aussi confirmé qu'il y a une corrélation significative entre les deux échelles de qualité de vie le DLQI et le Skindex 16.

Conclusion

Le psoriasis a un impact négatif sur la qualité de vie des patients atteints de psoriasis. La dégradation de la qualité de vie est corrélée à la sévérité du psoriasis. Une meilleure compréhension et une meilleure communication entre les patients atteints de psoriasis et leurs dermatologues peuvent contribuer à améliorer non seulement les résultats cliniques du psoriasis, mais aussi la qualité de vie des patients.

Hyperpigmentation faciale et qualité de vie : Étude de 145 cas

Introduction :

Les hyperpigmentations faciales sont un groupe de pathologies qui partagent un impact significatif sur la qualité de vie des patients, souvent sous-estimé en consultation. Cette étude vise à souligner l'importance de cet aspect afin de promouvoir une prise en charge plus complète et empathique.

Matériels et méthodes :

Nous avons mené une étude observationnelle et transversale sur 145 patients, de décembre 2023 à mai 2024. Le Skindex-16, outil validé et adapté au dialecte local, a été utilisé pour mesurer la qualité de vie à travers trois sous-échelles : symptômes, émotions et fonctionnement. Le seuil de signification statistique a été fixé à $p < 0,005$.

Résultats :

L'âge moyen des patients était de 29,3 ans, avec une prédominance féminine (87,4 %). L'hyperpigmentation post-inflammatoire (HPPI) représentait 64,4 % des cas, suivie du mélasma et du lichen pigmentogène. Le Skindex moyen le plus élevé était observé dans le lupus (81 ± 12) et le mélasma ($72,8 \pm 24,5$), bien que seule l'association entre mélasma et qualité de vie soit statistiquement significative. Sur les scores du Skindex, la dimension émotionnelle ressortait comme la plus affectée, avec une moyenne de 39,6, également corrélée à la détérioration de la qualité de vie. Les femmes avaient des scores Skindex-16 globalement plus élevés que les hommes, particulièrement sur l'axe émotionnel, cette différence étant significative.

Discussion :

Nos résultats soulignent l'importance de la prise en compte de la qualité de vie, notamment de l'impact émotionnel, dans la gestion des hyperpigmentations faciales. Ce constat est particulièrement pertinent chez les femmes, qui, dans notre étude, présentaient des scores émotionnels significativement plus

élevés que ceux des hommes. Ce phénomène pourrait s'expliquer par une plus grande pression sociale liée à l'apparence physique chez les femmes, renforcée par les normes culturelles locales. Par ailleurs, la prédominance de l'hyperpigmentation post-inflammatoire (HPPI) dans notre série, par rapport au mélasma, semble liée à l'âge plus jeune de nos patients (moyenne de 29,3 ans), contrastant avec des études menées dans des populations plus âgées où le mélasma prédomine. Cela suggère un rôle clé de facteurs épidémiologiques et environnementaux dans la distribution des types d'hyperpigmentation. L'exposition au soleil, les antécédents d'acné et l'utilisation de produits cosmétiques inadaptés pourraient également contribuer à l'apparition plus précoce de l'HPPI dans notre population, comme le montrent certaines études menées dans des environnements à fort ensoleillement. Enfin, notre étude ouvre la voie à des perspectives intéressantes. D'une part, l'impact émotionnel accru chez les femmes souligne la nécessité d'intégrer des interventions psychologiques ou de soutien émotionnel dans la prise en charge de ces pathologies. D'autre part, l'identification précoce des patients les plus à risque de détérioration de la qualité de vie, notamment ceux présentant un score Skindex élevé dans la sous-échelle émotionnelle, pourrait permettre des interventions plus ciblées et préventives, telles que des thérapies cognitivo-comportementales ou des groupes de soutien.

Conclusion : Les hyperpigmentations faciales affectent profondément la qualité de vie des patients, surtout sur le plan émotionnel. Cette étude souligne l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire et empathique, qui ne se limite pas à l'aspect cutané mais englobe aussi la dimension psychologique.

Au-delà de la peau : L'Urticaire chronique et son impact sur la qualité de vie des patients

Ouissal Hormi¹ ; Lamis el yamani¹ ; Zerrouki Nassiba^{1,2} ; Nada Zizi^{1,2}

1-Service de dermatologie, vénéréologie 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'urticaire chronique est une affection à médiation mastocytaire caractérisée par l'apparition récurrente de lésions urticariennes prurigineuses qui se produisent régulièrement pendant plus de six semaines consécutives.

Il s'agit d'une maladie cutanée courante rencontrée dans les services de dermatologie, d'allergologie et des urgences.

Les symptômes peuvent être imprévisibles, provoquant de l'anxiété chez les patients qui craignent les déclencheurs potentiels et redoutent les poussées soudaines. De plus, elle peut perturber les routines quotidiennes, affectant le sommeil, la concentration au travail ou à l'école, et même les interactions sociales, entraînant ainsi un déclin de la qualité de vie globale.

L'objectif de notre étude est d'évaluer la qualité de vie des patients avec urticaire.

Matériels et méthodes :

C'est une étude rétrospective descriptive, étalée sur une période de 4 ans de Mai 2021 à Mai 2024, incluant les patients suivis pour urticaire chronique au service de dermatologie du centre hospitalier universitaire Mohammed VI d'Oujda.

La qualité de vie a été évalué par :

- La version validée en arabe dialectal du questionnaire DLQI (Dermatology Life Quality Index) ; le score total varie de 0 à 30, il est divisé en cinq classes : 0-1 (aucun effet), 2-5 (effet faible), 6-10 (effet modéré), 10-20 (effet important), 20-30 (effet extrêmement important).
- Le Skindex.

Résultats :

Nous avons colligé 40 cas d'urticaire chronique, 24 patients ont été vus initialement aux urgences et 16 en consultation.

L'âge moyen était de 29,2 +/- 12,8 ans, avec des extrêmes allant de 17 à 62 ans.

On notait une prédominance féminine (67,5%) avec un sex-ratio H/F à 0,81. 57,5% des patients étaient mariés.

La durée moyenne de la maladie était de 3,2 +/- 1,6 ans, avec des extrêmes allant de 2 mois à 8 ans.

La durée moyenne du suivi à l'hôpital était de 2 ans.

Le score DLQI moyen était de 11,2 +/- 8,76, correspondant à une importante altération de la qualité de vie.

La répartition du retentissement sur la qualité de vie selon le DLQI était comme suit :

- Un retentissement extrêmement important chez 7,5 %
- Un retentissement important chez 45%
- Un retentissement modéré chez 37,5 %
- Un retentissement faible chez 10%

Le DLQI était plus élevé chez les jeunes adultes, de sexe féminin, avec une durée d'évolution de la maladie >1an.

Concernant le Skindex : la moyenne du score du retentissement pour les symptômes était à 61,9 +/- 6 ; les émotions à 54,3 +/- 10 et le fonctionnement à 56,1 +/-16.

Le principal impact fonctionnel était sur le sommeil, affectant 70% des patients.

Les relations sociales et les activités de loisirs étaient également affectées chez 37,5% des patients.

Discussion :

Nos résultats mettent en lumière l'ampleur de l'impact de l'urticaire sur la qualité de vie des patients. L'utilisation combinée du DLQI et du Skindex nous a permis d'appréhender les dimensions physiques, psychologiques et sociales de l'impact de l'urticaire.

Nos résultats sont proches d'une enquête, menée auprès de 321 adultes suivis pour urticaire chronique en Allemagne et en France, qui a confirmé que l'urticaire chronique a un impact substantiel sur la qualité de vie, avec des scores médians Skindex de 68 pour les symptômes, 50 pour le fonctionnement et 53 pour les émotions. (1)

Le Skindex a également été utilisé pour comparer la qualité de vie des patients atteints d'urticaire chronique avec d'autres dermatoses, révélant un degré d'altération de la qualité de

vie similaire à celui de la dermatite atopique et plus important que celui d'autres maladies cutanées telles que le psoriasis, l'acné et le vitiligo. (2)

La DLQI moyen de nos patients est plus élevé que celui rapporté dans des études antérieures menées en Chine (9,93) et en Allemagne (6,8) et inférieur d'une étude belge (13,4). (3) (4) (5)

Mylnek et al ont noté dans leurs études que les scores de qualité de vie étaient plus élevés chez les femmes que les hommes, ce qui concorde avec nos résultats. (4)

Enfin, l'association entre l'urticaire chronique et la prévalence élevée de l'anxiété et de la dépression a été démontrée dans une méta-analyse évaluant la prévalence de ces troubles chez les patients atteints d'urticaire chronique, laquelle s'élevait à 46,09 %. Cette observation souligne l'importance d'une approche intégrée dans la prise en charge des patients souffrant d'urticaire chronique, prenant en compte à la fois les aspects physiologiques et psychologiques de la maladie. (6)

Conclusion :

Notre étude souligne l'importante altération de la qualité de vie des patients avec urticaire imposant à prendre en considération l'accompagnement psychologique dans la prise en charge de ces patients.

Références :

1. Maurer, M., Ortonne, J. P., & Zuberbier, T. Chronic urticaria: a patient survey on quality-of-life, treatment usage and doctor-patient relation. *Allergy*, 64(4), 581-588.
2. Baiardini I, Braido F, Brandi S, Canonica GW. Allergic diseases and their impact on quality of life. *Ann Allergy Asthma Immunol*.97:419-28.
3. Liu, J. B., Yao, M. Z., Si, A. L., Xiong, L. K., & Zhou, H. Life quality of Chinese patients with chronic urticaria as assessed by the dermatology life quality index. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 26(10), 1252-1257.
4. Młynek, A., Magerl, M., Hanna, M., Lhachimi, S., Baiardini, I., Canonica, G. W., ... & Maurer, M. The German version of the Chronic Urticaria Quality-of-Life Questionnaire: factor analysis, validation, and initial clinical findings. *Allergy*, 64(6), 927-936.
5. O'Donnell, B. F. (2014). Urticaria: impact on quality of life and economic cost. *Immunology and Allergy Clinics*, 34(1), 89-104.
6. Choi, G. S., Nam, Y. H., Park, C. S., Kim, M. Y., Jo, E. J., Park, H. K., & Kim, H. K. (2020). Anxiety, depression, and stress in Korean patients with chronic urticaria. *The Korean journal of internal medicine*, 35(6), 1507

Autres

Meyerson's phenomenon on skin graft site after excision of acral lentiginous melanoma: a case report of a rare inflammatory complication

Essadeq O., Er-rachdy N., Ammar N., Hamada S., Ismaili N., Benzekri L., Senouci K, Maziane M. Dermatology department, Ibn Sina university hospital center, Mohammed V university, Rabat, Morocco

Introduction : Meyerson's phenomenon is a localized eczematous dermatitis often associated with benign lesions such as melanocytic nevi. Although it is considered rare, it may be underdiagnosed. When it occurs in the context of melanoma, this inflammatory skin reaction can be mistaken for tumor recurrence. This clinical case highlights a Meyerson phenomenon on a skin graft site after treatment for acral lentiginous melanoma, without tumor recurrence. The aim of this presentation is to shed light on this reaction on a grafted site and discuss the importance of differentiating between this eczematous dermatitis and a tumor recurrence.

Observation : A 59-year-old hypertensive female patient was treated for acral lentiginous melanoma with total skin grafting. Four months after the procedure, she developed an eczematous eruption on the graft site, characterized by erythema, vesicles, oozing, and pruritus. Dermoscopy revealed an erythematous background, dotted and glomerular vessels, chrysalis structures, scales, and vesicles. A biopsy was performed to rule out a recurrence, confirming the absence of malignancy, which led to the diagnosis of Meyerson's phenomenon.

Discussion : Halo eczema, or Meyerson's phenomenon, manifests as dermatitis surrounding a central lesion and can be pruritic or asymptomatic. Several theories regarding its etiology and pathogenesis have been proposed, the most common suggesting an immune response involving a predominance of CD4+ lymphocytes over CD8+ lymphocytes. This phenomenon was initially described in acquired melanocytic nevi but has also been observed in other types of nevi (congenital, dysplastic), melanomas, as well as non-melanocytic lesions such as basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma, and seborrheic keratosis. In cases with a history of melanoma, the primary concern is tumor recurrence, making dermoscopy and biopsy essential for accurate diagnosis. In this patient, the absence of recurrence confirmed by biopsy allowed the diagnosis of Meyerson's phenomenon, a benign condition that nonetheless requires regular clinical monitoring.

Conclusion : Meyerson's phenomenon represents a significant diagnostic challenge, particularly in patients treated for melanoma, where the possibility of recurrence must always be considered. Close clinical follow-up and repeated histological examinations are essential to differentiate this benign reaction from tumor recurrence.

Association inhabituelle de seins surnuméraires axillaires bilatéraux et pectus excavatum : un cas rare de malformations congénitales combinées

Kaoutar Benchekroun, Ouiame Eljouari, Salim Gallouj

CHU TANGER

Introduction

Les malformations congénitales mammaires, comme les seins accessoires, sont rares et souvent asymptomatiques, tandis que le pectus excavatum est une malformation thoracique congénitale également peu fréquente. Chacune de ces anomalies a été bien étudiée individuellement, mais l'association des deux dans un même cas est extrêmement rare. À notre connaissance, cette étude est la première à documenter une telle association entre des seins surnuméraires axillaires bilatéraux et un pectus excavatum. Le but de cette étude est de mettre en lumière cette coexistence unique, d'en discuter les implications cliniques et de proposer une prise en charge adaptée à cette patiente présentant une double malformation.

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 22 ans, avec comme antécédent personnel un thorax en pectus excavatum. Ses antécédents familiaux révèlent également une sœur présentant un pectus excavatum et une autre sœur avec des seins surnuméraires axillaires. La patiente a consulté pour des lésions nodulaires présentes depuis la naissance, localisées de manière symétrique au niveau axillaire. Ces masses étaient molles, indolores, de consistance élastique et mobiles par rapport aux plans superficiels et profonds, mesurant entre 3 et 4 cm de grand axe et augmentant progressivement de taille. Une échographie a révélé la présence de tissus mammaires accessoires dans les deux régions axillaires, confirmant ainsi le diagnostic de seins accessoires axillaires bilatéraux. La patiente a été programmée pour une exérèse chirurgicale.

Discussion

Le cas que nous rapportons, associant seins accessoires axillaires bilatéraux et pectus excavatum, présente une double malformation congénitale rarement rapportée dans la littérature. Selon Khoummane et al. (2014), les seins surnuméraires résultent de la persistance des bourgeons mammaires embryonnaires le long de la crête mammaire, une anomalie qui peut être confondue avec des lipomes ou des adénopathies, comme cela a été le cas initialement pour notre patiente. L'imagerie, notamment l'échographie, est indispensable pour établir un diagnostic précis de ces masses, confirmant leur nature mammaire.

D'autres études soulignent l'importance de diagnostiquer et de surveiller ces anomalies mammaires, même en l'absence de symptômes immédiats. Bentaleb et al. (2024) rapportent un cas de papillome intracanaire survenant dans un sein surnuméraire, rappelant que ces masses bénignes peuvent parfois évoluer vers des formes plus complexes. De même, Mandal

et al. (2020) ont documenté un cas de carcinome canalaire invasif dans du tissu mammaire ectopique, illustrant la nécessité d'une évaluation minutieuse et parfois d'une prise en charge chirurgicale. Singal et al. (2016) insistent sur le rôle crucial de l'exérèse chirurgicale pour améliorer la qualité de vie des patientes et prévenir d'éventuelles complications, même en l'absence de malignité. Dans notre cas, bien que les masses soient bénignes, l'exérèse a été recommandée pour des raisons esthétiques et préventives.

Conclusion

L'association de seins surnuméraires axillaires bilatéraux et de pectus excavatum constitue une entité clinique rare, jamais rapportée auparavant dans la littérature médicale. Ce cas illustre l'importance d'une évaluation clinique et radiologique rigoureuse des malformations congénitales multiples. L'exérèse chirurgicale est un traitement efficace, non seulement pour répondre aux préoccupations esthétiques de la patiente, mais aussi pour prévenir des complications futures. Cette première documentation de l'association des deux malformations ouvre la voie à une meilleure compréhension de leurs implications cliniques et à une prise en charge optimisée.

Références

1. Swain, R. et al. (2021). « Accessory Breast Tissue : Clinical and Radiological Perspectives. » *Journal of Plastic Surgery*.
2. Chaudhry, S. et al. (2020). « Accessory Mammary Gland : Diagnostic and Therapeutic Approaches. » *International Journal of Surgery*.
3. Mandelbaum, F. et al. (2019). « Outcomes of Surgical Excision of Accessory Breast Tissue : A Retrospective Study. » *Aesthetic Plastic Surgery*.

Erythème Polymorphe post ORF à propos d'un cas

H. Hassan, M. El Amraoui, A. Moussa, M. Khalidi, R. Frikh, N. Hjira
Service de dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat

Introduction : L'Orf, ou *ecthyma contagiosum*, est une zoonose due par l'infection au parapoxvirus, qui atteint essentiellement les ovins et les caprins, ainsi que les petits ruminants. L'ORF atteint avec prédilection les éleveurs de moutons, les vétérinaires, les employés des abattoirs. Le diagnostic est clinique mais repose essentiellement sur la notion de contact avec un mouton ou une chèvre potentiellement infecté, vivant ou mort. Peu de cas ont été rapportés dans la littérature. Nous rapportant ici, un cas d'Erythème Polymorphe post ORF.

Observation : Il s'agit d'un jeune militaire âgé de 35 ans sans antécédent particulier, ayant présenté il y a 6 semaines une blessure du 4^{ème} doigt de la main gauche suite à la manipulation d'un mouton lors d'une fête. Le patient a présenté une lésion papuleuse érythémateuse indolore localisé au niveau de la face postérieure de la deuxième phalange du doigt. L'évolution a été marquée par la surinfection de la lésion et apparition d'un nodule avec érosion central entouré d'une couronne œdémateuse et d'un halo érythémateux important de tout le doigt. Il a été traité par antibiothérapie et soin locaux avec une évolution favorable. Deux semaines plus tard, il a présenté des lésions érythémateuses en cocarde des extrémités, bilatérales et symétriques localisés au niveau des dos des mains sans atteinte des muqueuses évoluant dans un contexte de conservation de l'état général. Le diagnostic d'ORF compliqué d'un érythème polymorphe a été retenu. Le patient a été mis sous Valex 3g/j, Dermocorticoïde et Emollient.

Discussion : L'Orf est une infection très connue des professions au contact des ovins ou caprins, elle est responsable chez l'agneau de l'ecthyma contagiosum dont l'expression clinique est dominée par une stomatite vésiculo-croûteuse très sévère. Chez l'homme, le stade lésionnel le plus caractéristique est une lésion unique au site d'infection, papuleuse rouge-violacée érosive ou croûteuse entouré d'un halo érythémateux qui siège sur les mains dans plus de 90% des cas. La transmission se fait par contact direct avec des animaux atteints. C'est une affection bénigne qui guérit spontanément. Des complications sont néanmoins possibles, dominées par la surinfection bactérienne. De façon plus rare peut survenir un érythème polymorphe, avec parfois une atteinte muqueuse majeure.

Conclusion : L'association d'un orf et d'un érythème polymorphe a rarement été décrite dans la littérature. En pratique, dès que le diagnostic d'Orf est posé, des antiseptiques doivent être appliqués sur la lésion pour prévenir la surinfection. L'érythème polymorphe est une complication possible liée à une réaction immunitaire secondaire à l'ecthyma contagiosum. Il est le plus souvent modéré sans atteinte des muqueuses.

Hyperfixation intense d'une kératose séborrhéique en TEP-TDM

H.Talbi¹, N.Zarrouki^{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, Oujda Maroc.

Introduction :

Les kératoses séborrhéiques sont des tumeurs épidermiques bénignes qui résultent d'une expansion clonale des kératinocytes. Il s'agit de lésions fréquentes et souvent multiples en particulier aux alentours de la cinquantaine. Leur diagnostic est souvent clinique vu qu'elles sont facilement indentifiables à l'examen clinique et dermoscopique. Il est cependant parfois nécessaire d'en pratiquer l'exérèse avec étude anatomopathologique dans les cas atypiques pour exclure une malignité.

Nous rapportons un cas inhabituel d'une hyperfixation intense en tomographie à émission de positons au 18F-Fluoro-désoxy-D-glucose (TEP-TDM au ¹⁸FDG) de kératoses séborrhéiques.

Observation :

Un homme de 68 ans nous était adressé par le service de médecine interne en raison de la découverte d'une hyperfixation intense suspecte en TEP-TDM au ¹⁸FDG. Cet examen avait été réalisé dans le cadre du bilan d'extension d'un lymphome T périphérique type NOS. La TEP-TDM a objectivé de multiples adénopathies hyper-métaboliques sus et sous diaphragmatiques pathologiques, évoquant en premier une origine lymphomateuse, et des nodules cutanés hyper-métaboliques pariétaux thoracique et scapulaires gauche avec un index standard uptake value SUV max de 8.9, suspect faisant évoquer un lymphome cutané ou une tumeur maligne, avec absence d'autre foyer hyper-métabolique suspect sur le reste du volume exploré. À l'examen clinique le patient présentait de multiples lésions maculo-papuleuses brunâtres ovalaires de 2mm à 1cm de diamètre, au niveau du dos du thorax avec à la dermoscopie la présence de pseudo kystes et de pseudo-comédons avec une périphérie mordillée faisant évoquer des kératoses séborrhéiques, d'évolution chronique sans notion d'apparition rapide et simultanée ni de prurit associé et sans autre lésion cutanée au niveau des ces régions. Mais devant l'hyperfixation intense une exérèse d'une lésion maculeuse brunâtre scapulaires gauche hyper-métabolique a été réalisé, avec étude anatomopathologique. L'examen histologique a objectivé un tissu cutané revêtu par un épiderme surmonté d'une hyperkératose orthokératosique, et siège d'une prolifération épidermique à limites nette, entièrement en relief sur les téguments voisins. Cette masse épithéliale est formée de cellules appartenant aux diverses couches de l'épiderme avec une prédominance de cellules de type basal. La prolifération renferme des cavités arrondies remplies de kératine. On note un aspect anastomosé de la basale associé à une hyperpigmentation en faveur d'une kératose séborrhéique avec absence de signes de malignité.

Discussion : La TEP-TDM est actuellement une modalité d'imagerie incontournable en cancérologie. Elle permet de visualiser les activités du métabolisme des cellules avec analyse de la quasi-totalité des organes, réalisé au cours du bilan d'extension des cancers.

Les cellules tumorales se distinguent par une activité métabolique élevée, mise en évidence par la fixation accrue d'un analogue du glucose, le 18-fluorodésoxyglucose (18FDG), qui est le traceur le plus couramment utilisé pour détecter et évaluer les processus tumoraux. Cependant, des faux-positifs peuvent résulter d'autres étiologies, y compris l'inflammation, l'infection et des variations d'absorption physiologiques.

En raison de leur faible activité métabolique cellulaire, une hyperfixation du 18FDG a rarement été rapportée au sein de tumeurs cutanées bénignes. Comme le dermatofibrome, une lésion cutanée bénigne caractérisée par la présence importante de fibroblastes et de macrophages, où la captation du 18FDG par les macrophages est probablement responsable du faux positif sur la TEP-TDM. (1)

Le pilomatricome a été également rapporté comme hyper-fixant, dans ce cas un infiltrat à cellules géantes multinucléées est fréquemment observé à la périphérie de la lésion, ce qui peut expliquer la détection d'une activité métabolique accrue par le recrutement de cellules inflammatoires. (2)

Le kératoacanthome (KA) a été également visualisé par TED-TDM, et il a été suggéré que l'augmentation de la captation de glucose par le KA était attribuable à son activité proliférative, car certains KA expriment des marqueurs de prolifération active tels que l'antigène nucléaire de cellules en prolifération ou Ki-67. (3)

Dans un autre rapport de cas une absorption anormale du FDG de condylomes acuminés au niveau vaginal a été rapporté chez une patiente ayant été traitées pour un cancer gynécologique. (4)

Ces cas sont majoritairement diagnostiqués au cours de bilans d'extension ou de surveillance de cancers. La cause de cette hyperfixation n'est pas établie pour les autres tumeurs bénignes cutanées. Pour l'intensité de fixation, certaines tumeurs bénignes comme les hibernomes sont d'ailleurs caractérisées par une hyperfixation systématique, avec un SUV max très élevé (> 10), supérieur à celui que l'on observe en moyenne au sein des tumeurs malignes primitives ou secondaires, Cette franche hyperfixation est expliquée par le caractère fortement métabolique de la graisse brune productrice de chaleur, qui contient un nombre élevé de mitochondries, cependant une biopsie peut être réalisée pour exclure un processus plus grave, tel qu'un liposarcome. (5)

Dans notre cas, devant l'hyperfixation cutanée intense suspecte de 8.9 SUV, faisant évoquer un lymphome cutané ou une tumeur maligne, une biopsie a été réalisé, malgré l'aspect clinique et dermoscopique typique de kératose séborrhéiques avec absence d'autres lésions, notamment de manifestations cutanées de lymphome T, qui inclue des plaques cutanées, des tumeurs volumineuses, une érythrodermie ou une panniculite sous-cutanée. L'étude anatomopathologique était en faveur d'une kératose séborrhéique avec absence de signes de malignité. Une hyperfixation par une kératose séborrhéique a fait l'objet de trois publications. Dans les deux premiers cas il s'agissait de la mise en évidence fortuite d'une hyperfixation d'une kératose séborrhéique au cours du bilan d'extension d'un cancer pulmonaire. Une métastase a été suspectée jusqu'à ce que le diagnostic ait été rectifié par l'examen histologique. (6)(7) Et dans un troisième rapport de cas l'hyperfixation d'une kératose séborrhéique, avec un index standard uptake value SUV max élevé à 7,8, découverte en TEP-TDM réalisé dans le cadre du bilan d'extension d'un carcinome épidermoïde de l'œsophage, avait fait suspecter une tumeur maligne, conduisait à réaliser l'exérèse de la lésion dont l'étude anatomopathologique était en faveur d'une kératose séborrhéique avec aucune particularité histologique. (8) Cette fixation accrue a été expliquée dans certains cas par une forte expression de transporteurs du glucose, mais la variabilité de leur expression par les

kératoses séborrhéiques n'est pas encore comprise. Notre cas confirme qu'une hyperfixation peut être notée au niveau de lésions bénignes, notamment les kératoses séborrhéiques, qui font partie des diagnostics différentiels à évoquer malgré une hyperfixation intense qui nécessite souvent une exérèse avec étude anatomopathologique afin d'éviter de passer à côté d'une lésion maligne. Et vu la fréquence des kératoses séborrhéiques, on pourrait s'attendre à rencontrer régulièrement de telles hyperfixations en TEP-TDM. Et les raisons de cette activité métabolique accrue restent à déterminer.

Conclusion : Notre cas confirme qu'une hyperfixation peut être notée au niveau de lésions bénignes, notamment les kératoses séborrhéiques, qui font partie des diagnostics différentiels à évoquer malgré une hyperfixation intense qui nécessite souvent une exérèse avec étude anatomopathologique afin d'éviter de passer à côté d'une lésion maligne. Et vu la fréquence des kératoses séborrhéiques, on pourrait s'attendre à rencontrer régulièrement de telles hyperfixations en TEP-TDM. Et les raisons de cette activité métabolique accrue restent à déterminer.

Références :

1. Bingham BA, Hatef DA, Chevez-Barríos P, Blackmon SH, Kim MP. Increased FDG Activity in a Dermatofibroma in Esophageal Cancer Patient. *Clinical Nuclear Medicine*. mars 2013;38(3):e140-2.
2. Szturz P, Řehák Z, Koukalová R, Adam Z, Mayer J. FDG-PET positive pilomatrixoma — reconsidering multicentricity in Langerhans cell histiocytosis. *Nucl Med Rev*. 31 juill 2014;17(2):94-6.
3. Kanekura T, Yonekura K, Yoshii N. Increased glucose uptake by keratoacanthoma detected by positron emission tomography. *Clin Exp Dermatol*. sept 2007;32(5):581-2.
4. Kishimoto T, Mabuchi S, Kato H, Kimura T. Condyloma acuminata induces focal intense FDG uptake mimicking vaginal stump recurrence from uterine cervical cancer: A case report. *European Journal of Gynaecological Oncology*. 2013;34(1):99-100.
5. Ognong Boulemo A, Roch JA, Ricard F, Fontaine Hommell J, Cotton F. Hibernoma: Don't be caught out by a PET scan! *Diagnostic and Interventional Imaging*. juin 2013;94(6):649-51.
6. Ibusuki A, Higashi Y, Kanekura T. Increased glucose uptake by seborrheic keratosis detected by positron emission tomography. *The Journal of Dermatology*. janv 2011;38(1):104-5.
7. Kariya T, Kato Y, Kanzaki A, Kanda Y, Ohara T, Tsuboi R. [¹⁸F]-Fluorodeoxy- D - glucose uptake-positive seborrheic keratosis on positron emission tomography may result from high expression of glucose transporter. *Br J Dermatol*. juill 2016;175(1):175-7.
8. Merklen-Djafri C, Truntzer P, Hassler S, Cribier B. Hyperfixation intense d'une kératose séborrhéique en TEP-TDM. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. 1 mai 2017 ;144(5):378-82.

La kératodermie palmaire aquagénique : à propos d'un cas.

M. Louktam, M. khallouki, M. aboubourib, L. Bendaoud, O. Hocar, S. Amal

Introduction :

La kératodermie aquagénique est une maladie rare de la peau, caractérisée par des modifications de la peau palmaire, donnant un aspect épaissis, œdémateux ridé et blanchâtre des paumes après immersion dans l'eau.

Nous rapportons le cas d'une jeune patiente présentant une kératodermie palmaire aquagénique.

Observation :

Une patiente âgée de 23ans se présentait pour des lésions papuleuses papillomateuses blanchâtres au niveau de la face palmaire des deux mains, associées à une sensation de brûlure après tout contact avec l'eau et évoluant depuis 2 ans. Le caractère chaud ou froid de l'eau n'influçait pas les lésions.

L'examen clinique après immersion des mains notait un aspect plissé et œdématisé au niveau des pulpes des doigts, une accentuation des dermatoglyphes avec une sensation de chaleur localisée. Le contact répété avec l'eau avait abouti à la formation de plaques blanchâtres et épaisses.

Le diagnostic de kératodermie aquagénique a été retenu. Devant l'association fréquente de la maladie à la mucoviscidose, des examens pleuropulmonaire et digestif étaient réalisés et revenant normaux. La recherche de la mutation du gène CFTR n'a pas été réalisée.

Discussion :

La kératodermie aquagénique est une maladie rare découverte en 1996, le plus souvent acquise, mais des cas héréditaires ou familiaux ont été décrits. Elle atteint principalement la femme jeune, L'atteinte palmaire bilatérale est la plus fréquente, mais des localisations atypiques sont possibles.

La physiopathologie de la maladie est mal encore définie, et peut être expliquée par une augmentation de la concentration du chlorure de sodium dans la sueur et donc des phénomènes osmotiques responsables de la rétention d'eau dans la peau. L'histologie, en cas de réalisation d'une biopsie cutanée, peut montrer une hyperkératose ortho kératosique ainsi qu'une hyperplasie des glandes sudoripares eccrines. Le diagnostic est clinique, aucun examen complémentaire n'est nécessaire. Cependant, l'association fréquente à la mucoviscidose peut imposer dans certains cas la recherche de la mutation du gène CFTR.

Conclusion :

La kératodermie aquagénique reste une affection assez rare dont le diagnostic facile et son association possible à d'autres maladies (notamment la mucoviscidose) doit faire y penser devant toute lésion caractéristique.

La photothérapie dynamique en plein essor en dermatologie : A propos de 22 cas.

A.Lahrougui, M.Aboudourib, L.Bendaoud, S. Amal, O. Hocar

Service de dermatologie et de vénéréologie, CHU Mohammed VI, Marrakech, Maroc

Introduction : La photothérapie dynamique (PDT) est une méthode thérapeutique non invasive. Elle est actuellement en plein essor en dermatologie, intéressant les pathologies tumorales ainsi que les pathologies inflammatoires et infectieuses. Nous rapportons par cette étude 22 cas de patients traités par PDT, récemment introduite au Maroc.

Matériel et méthodes : Etude prospective descriptive de 22 patients suivis au service de dermatologie du CHU Mohammed VI de Marrakech ayant été traités par photothérapie dynamique pour différentes étiologies.

Résultats : Nous pratiquons la PDT depuis 10 ans. Nous avons traité 22 patients. 9 femmes et 13 hommes. L'âge moyen était de 55 ans (14—86 ans) et 62,5 % des malades avaient un phototype II. Les indications dans notre série étaient principalement la pathologie tumorale chez 15 patients (4 kératoses actiniques multiples, 7 maladies de Bowen à multiples lésions dont 4 cutanées (faciale, axillaire et thoracique) et trois au niveau de la muqueuse génitale (vulvaire, gland) et 3 carcinomes basocellulaires et une maladie de paget extra mammaire vulvaire, ainsi que la pathologie infectieuse faite de 6 leishmanioses cutanées et un cas de chromomycose. Après application du photo sensibilisant topique à base de méthylaminolévulinate ou de bleu de méthylène, nous exposons la lésion à traiter à une source lumineuse d'une longueur d'onde de 680 nm et d'une densité d'énergie de 37 J/cm² pendant une durée allant de 15 à 23 min, à raison d'une séance hebdomadaire, avec une moyenne de 2 séances pour la pathologie tumorale et 4 séances pour la pathologie infectieuse.

La PDT a été indiquée en cas de contre indication chirurgicale ou de stibiotolérance ou stibiotoxicité aux traitements recommandés en première intention.

Le principal effet secondaire immédiat était la douleur cotée à 8 dans 12 cas, à 6 dans 4 cas et à 4 dans 6 autres cas répondant favorablement aux antalgiques du premier palier, un cas d'œdème en regard de la région traitée a été noté chez une patiente 24h après la séance avec régression spontanée. Aucun cas de brûlure n'a été rapporté.

Les résultats thérapeutiques étaient satisfaisants chez 83% des patients avec notion de récurrence dans 1 cas. Sur le plan esthétique, 30% ont gardé une atrophie cutanée en regard de la lésion traitée.

Discussion : En dermatologie, la PDT repose sur l'administration d'un produit photosensibilisant à pénétration cutanée suivi par l'exposition à une source lumineuse induisant la destruction des tissus pathologiques. Il faut savoir cibler ses indications car son efficacité est limitée aux lésions superficielles. La PDT est indiquée dans la pathologie cancéreuse (kératoses actiniques, maladie de Bowen et carcinomes basocellulaires superficiels...), la pathologie inflammatoire (psoriasis...) et la pathologie infectieuse (leishmaniose cutanée, chromomycose...). Les avantages de la PDT résident dans le fait qu'elle n'est pas opérateur dépendant, qu'elle nécessite peu de séances avec une bonne efficacité à long terme sur le plan thérapeutique et esthétique. Cependant, la nécessité d'un équipement lumineux approprié, son caractère douloureux ainsi que son prix élevé limitent son utilisation.

Conclusion : La PDT est donc une nouvelle alternative en dermatologie. C'est une procédure simple offrant de réels avantages au plan efficacité thérapeutique et esthétique. Le respect de ses indications et de ses limites lui réserve une place de choix dans l'arsenal thérapeutique des dermatologues

Les perles de la sueur

K. El Fid, S. Elloudi, H. Boumaaza, Z. Douhi, M. Soughi, H. Baybay, FZ. Mernissi

Service de dermatologie. CHU Hassan II, Fès

Introduction

La miliaire cristalline est une affection cutanée bénigne résultant de l'obstruction des glandes sudoripares, souvent liée à une exposition excessive à la chaleur, à une humidité ambiante élevée ou à une hyperthermie. Nous rapportons un cas de miliaire cristalline diffuse.

Observation

Il s'agit d'un patient de 50 ans, hospitalisé en chirurgie viscérale pour un volvulus. Dans les suites post-opératoires, il a développé une éruption cutanée aiguë asymptomatique, survenue en réaction au syndrome fébrile et à l'effet occlusif de la casaque. L'examen clinique a révélé de multiples vésicules translucides, en tête d'épingle, de 1 à 5 mm, sur une peau saine. Les lésions étaient diffuses sur tout le tronc, suggérant une miliaire cristalline. Nous avons opté pour une prise en charge rassurante, en adaptant les mesures d'hygiène pour diminuer la température et l'humidité cutanée, notamment en aérant la chambre et en recommandant des vêtements en coton. L'évolution a été favorable avec une disparition spontanée des lésions en 48 heures, sans cicatrices ni desquamation.

Discussion

La miliaire cristalline résulte de l'occlusion des canaux sudoripares, provoquant une obstruction du flux sudoral et une rétention de la sueur dans des vésicules sous la couche cornée, connues sous le nom de perles de sueur. Cette affection cutanée bénigne survient fréquemment chez les patients fébriles ou ayant subi une intervention chirurgicale durant la période estivale, en raison des températures et de l'humidité élevées. Aucun traitement spécifique n'est requis, car la miliaire cristalline guérit spontanément en quelques heures, parfois accompagnée d'une légère desquamation, comme observé chez notre patient, après la disparition de la fièvre et l'adaptation des mesures d'hygiène.

Conclusion

La miliaire cristalline, bien que bénigne, mérite d'être reconnue dans le contexte postopératoire pour éviter des investigations inutiles. Une prise en charge simple, basée sur la gestion de la chaleur et de l'humidité, suffit à assurer une résolution rapide et sans complications.

Lipomes axillaires bilatéraux ou seins surnuméraires : enjeu diagnostique et implications thérapeutiques

S.BARAZ, A.ENNACIRI, R.BABA, M.AMRAOUI, Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA
Service de dermatologie vénérologie, Hôpital Militaire d'instruction Med V RABAT

Introduction : Les seins surnuméraires, ou polymastie, sont des anomalies congénitales rares qui résultent de la persistance anormale du tissu mammaire le long des crêtes mammaires, une structure embryonnaire s'étendant de l'aisselle au pli inguinal. Leur localisation la plus fréquente, en dehors de la région thoracique, est axillaire. Souvent asymptomatiques et dépourvus de mamelon ou d'aréole, ils sont fréquemment confondus avec des lipomes ou d'autres masses axillaires. Dans cette étude de cas, nous explorons une situation clinique mettant en évidence la difficulté de différencier un lipome axillaire bilatéral de seins surnuméraires.

Observation : Nous rapportons le cas d'une patiente de 29 ans, nullipare, sans antécédents médicaux, sans utilisation de contraceptifs hormonaux ni antécédents familiaux de pathologies mammaires. Adressée au service de dermatologie pour des lipomes axillaires bilatéraux évoluant depuis 6 mois, avec une augmentation progressive du volume des masses. L'examen clinique a révélé des masses rondes, mobiles, molles et indolores au niveau de chaque aisselle, évoquant un tissu adipeux. Chaque masse mesurait environ 7 cm sur 5 cm. La surface cutanée était régulière, sans anomalies spécifiques, ni taches dyschromiques, ni signes de vascularisation superficielle. Une échographie a révélé des structures lobulées suggérant la présence de seins surnuméraires. La patiente a été opérée avec succès, et l'examen anatomopathologique n'a révélé aucune malignité.

Discussion : La prévalence du tissu mammaire accessoire varie selon le sexe, l'ethnicité, la région et les antécédents héréditaires. Ce tissu peut augmenter de volume à l'adolescence, pendant la grossesse ou l'allaitement. Des études ont également rapporté des anomalies congénitales du système circulatoire et urogénital associées à la présence de seins surnuméraires. Chez notre patiente, aucune anomalie congénitale n'a été détectée. Le diagnostic clinique de seins surnuméraires axillaires est rare en l'absence de mamelon et d'aréole, ce qui explique la confusion fréquente avec les lipomes ou l'adénopathie axillaire. En cas de doute, une échographie montrant une alternance entre hyperéchogénicité (tissu conjonctif) et hypoéchogénicité (tissu glandulaire et adipeux) est recommandée. Une biopsie à l'aiguille peut être proposée pour confirmer la présence de tissu glandulaire associé au tissu adipeux. La classification de Kajava reste un cadre utile pour diagnostiquer ces anomalies, en les classant selon la présence ou l'absence de tissu glandulaire, de mamelon ou d'aréole. Dans le cas de notre patiente, l'absence de ces caractéristiques externes a renforcé la confusion avec des lipomes axillaires bilatéraux. Il est également à noter que les seins surnuméraires peuvent être affectés par les mêmes pathologies que les seins normaux, y compris des affections bénignes et malignes. La localisation axillaire des seins surnuméraires, proche des ganglions lymphatiques, pourrait même augmenter le risque de dégénérescence maligne. Bien que notre patiente n'ait montré aucun signe de malignité à l'examen anatomopathologique, la prudence reste de mise, en raison des rapports qui associent ces tissus surnuméraires à des risques de transformation cancéreuse.

Conclusion : Les seins surnuméraires, bien que rares, peuvent souvent être confondus avec d'autres affections telles que les lipomes. Le recours à des examens d'imagerie, tels que

l'échographie, est essentiel pour poser un diagnostic précis. La gestion chirurgicale reste l'option thérapeutique principale, tant pour le confort esthétique que pour la prévention d'une transformation maligne potentielle.

Miliaire cristalline généralisée en soins intensifs : à propos de deux cas
S.BARAZ, A.ENNACIRI, R.BABA, M.AMRAOUI Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA

Service de dermatologie vénérologie, Hôpital Militaire d'instruction Med V RABAT

Introduction : La miliaire sudorale cristalline est une dermatose bénigne résultant d'une obstruction des canaux sudoraux, souvent observée dans des contextes d'hyperthermie ou d'humidité excessive. Selon le niveau d'obstruction, on distingue la miliaire cristalline, la miliaire rouge et la miliaire profonde. Nous présentons deux cas de miliaire cristalline généralisée chez des patients admis en unités soins intensifs pour des affections aiguës.

Observation : Le premier cas concerne une patiente de 70 ans, diabétique sous insuline, hospitalisée en soins intensifs pour un coma acidocétosique secondaire à une infection urinaire. La patiente a présenté des lésions vésiculeuses diffuses au niveau de tout le corps de contenu clair, fermes à la palpation, reposant sur une peau saine, correspondant à une miliaire cristalline. La régression des symptômes a été observée spontanément après l'apyrexie, laissant une desquamation bénigne.

Le second cas concerne une femme de 61 ans, sans antécédents médicaux notables, hospitalisée en réanimation pour un choc septique. Elle a également présenté des lésions vésiculeuses sur l'ensemble du corps, similaires à celles du premier cas, ont guéri après la diminution de la fièvre.

Discussion : La miliaire cristalline est une forme bénigne de rétention sudorale, souvent observée dans des conditions d'hyperthermie aiguë. Elle se distingue par des vésicules transparentes de petite taille, ne dépassant pas 2 mm, sur une peau saine. Souvent décrites en « gouttes d'eau », se manifestent par des obstructions superficielles des canaux sudoraux au niveau du stratum cornéum. Dans des contextes de soins intensifs, la miliaire est exacerbée par des facteurs tels que la sudation excessive, la stimulation nerveuse et l'utilisation de certains médicaments (par exemple, les sympathomimétiques et les b-bloquants). Chez nos patients, l'hypersudation due à la fièvre prolongée et l'usage de certains médicaments ont contribué à l'augmentation de la pression intra-canaulaire, entraînant la formation de vésicules. La miliaire cristalline a disparu spontanément après l'apyrexie.

Conclusion : La miliaire cristalline généralisée, bien que rare et bénigne, peut survenir chez les patients en réanimation. Une reconnaissance rapide et un traitement simple, tel que le refroidissement cutané, permettent une résolution spontanée. Ces cas soulignent l'importance d'une surveillance étroite pour prévenir et gérer efficacement cette complication.

Naevi éruptifs sous oestroprogestatifs

Z.Loubaris ; S.Kerroum; N. Ismaili ; L. Benzekri ; K. Senouci; M. Meziane

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

Résumé :

Introduction

Les œstroprogestatifs est un traitement hormonal associant dans chaque comprimé de l'éthinyl-œstradiol et un progestatif. L'effet principal des œstroprogestatifs est de bloquer la libération de la FSH et de la LH conduisant à une inhibition de la croissance folliculaire et de l'ovulation. Les effets secondaires sont nombreux. Nous rapportons un cas de naevi éruptifs chez une patiente mise sous oestroprogestatifs.

Observation

Une patiente âgée de 18 ans, sans antécédents consultait pour des naevi dermiques multiples d'apparition récente. Elle était traitée par oestroprogestatifs microdosé monophasique de 3^{ème} génération pour trouble du cycle menstruel polyménorrhée évoluant depuis plusieurs mois. Le début du traitement a concordé avec l'éruption de 50 naevi étendus sur le visage, tronc et membres tous d'allure bénigne à la dermoscopie. Aucun mélanome n'a été déploré.

La patiente a confirmé l'absence de ces lésions avant le début du traitement, Un diagnostic de naevi éruptifs induit par les oestroprogestatifs a été posé.

Discussion

L'éruption de nævus est un phénomène rare, qui a été observé essentiellement au cours de maladies bulleuses et dans des contextes d'immunodépression liée à une affection maligne, une transplantation rénale, un traitement médicamenteux ou une infection par le VIH. Les effets secondaires cutanés les plus connus des oestroprogestatifs sont l'acné et l'hirsutisme. La survenue de naevi éruptif sous oestroprogestatifs est peu connue.

Conclusion

Les nævus éruptifs est un phénomène rare caractérisé par l'apparition rapide et simultanée de plusieurs nævi. Cette affection a été décrite dans différents contextes. La survenue de naevi suite à une prise d'oestroprogestatifs reste un phénomène rare.

Ectasie veineuse suite à la prise d'hormone de croissance :

Coïncidence ou causalité ?

A.Lahrougui, L.Bendaoud, M.Aboudourib, S.Amal, O.Hocar

Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Mohammed VI-Marrakech-Maroc.

Laboratoire bioscience et santé, FMPM.

- **Introduction :**

Le retard staturo-pondéral est un motif de consultation fréquent en pédiatrie, nécessitant dans les formes sévères le recours à l'hormone de croissance.

Toutefois, le recours à cette révolution thérapeutique n'est pas sans risque pouvant engendrer certains effets secondaires qui demeure encore peu connus.

Nous décrivons un cas d'ectasie veineuse probablement secondaire à la prise d'hormone de croissance chez un patient de 9 ans.

- **Observation :**

Il s'agit d'un patient de 9 ans, suivi en pédiatrie depuis 3 ans pour retard de croissance sévère harmonieux (-2DS) avec déficit en Somatomedine C (IGF1).

Le patient a été traité par hormone de croissance, notamment par des injections quotidiennes, nocturnes et sous cutanées de 0.56mg de Génotropine (16UI), actuellement à 18 mois de traitement avec bonne amélioration clinique et biologique.

Par ailleurs il présente deux tuméfactions indolores couleurs chair en regard de la face antérieure des deux jambes apparues 2 mois après la prise du traitement.

A l'examen on retrouve le caractère réductible, non inflammatoire et non pulsatile des lésions, avec comme particularité leur apparition en position debout avec une disparition totale en décubitus.

Une échographie des parties molles a été faite qui s'est avérée sans anomalies, un complément par un doppler veineux superficiel et profond a objectivé une dilatation des veines perforantes associée à un discret reflux veineux lors de la création de pression au niveau du membre inférieur.

Compte tenu de l'âge et du tableau clinique et radiologique du patient ainsi que de la relation temporelle avec la prise d'hormone de croissance, nous avons conclu à une ectasie vasculaire probablement secondaire à la prise de l'hormone de croissance.

- **Discussion :**

Nous assistons de nos jours à une extension du spectre d'indications au traitement par hormone de croissance, néanmoins les données de la littérature concernant sa tolérance à long terme restent très limitées et scindés en trois axes :

- Risque neurovasculaire suite à une fragilité de la paroi vasculaire, expliquant l'augmentation du risque d'accident vasculaire cérébral et plus particulièrement d'hémorragies sous-arachnoïdiennes.
- Risque de diabète du fait d'une augmentation de l'insulino-sécrétion et une diminution de l'insulino-sensibilité au cours du traitement par hormone de croissance.
- Risque néoplasique : Le risque de développer une tumeur osseuse est 3.5 fois plus élevé chez les sujets exposés à l'hormone de croissance dans l'enfance.

La particularité de notre observation réside dans l'ectasie vasculaire probablement secondaire à la prise d'hormone de croissance ne figurant pas dans les différents effets secondaires précédemment décrits.

Néanmoins sommes-nous en droit de considérer ce constat comme une causalité ou serais-ce une simple coïncidence ? Pour y répondre il est nécessaire de multiplier les études et d'élargir le champ de recherche sur les principaux effets secondaires du traitement au long cours par l'hormone de croissance.

Conclusion :

Aucune médication n'est sans risque, chaque indication de traitement doit dépendre du rapport bénéfice/risque pour le patient.

Toutefois une surveillance rapprochée demeure nécessaire afin de détecter les effets secondaires connus mais également de mettre en évidence de nouveaux constats non encore décrits dans la littérature.

La calcinose vulvaire idiopathique : à propos d'un cas

Y. FARAI, E. EL Bakali, L. ALAMI, M. El Amraoui, Y. Zemmez, R. Frikh, N. Hjira
Service de dermatologie, hôpital militaire d'instruction Mohammed V, université Mohammed
V, Rabat

Introduction : La calcinose cutis (CC) idiopathique est une affection cutanée peu fréquente. Bien qu'elle ait été signalée à de nombreuses reprises dans le scrotum, elle est extrêmement rare dans la vulve. La plupart des rapports sur la CC vulvaire concernent des filles. Les CC vulvaires peuvent être considérées cliniquement comme des kystes d'inclusion. D'autres causes de calcinose doivent être envisagées avant de considérer un cas comme idiopathique. Nous rapportons un cas de calcinose vulvaire idiopathique.

Observation : Une patiente de 40 ans a développé des papules sur les grandes lèvres. Il n'y avait pas d'autres papules ailleurs sur le corps, ses antécédents familiaux ne montraient rien de significatif et il n'y avait pas d'antécédents de traumatisme. A l'examen, il y avait quinze papules jaunâtres de la taille d'une tête d'épingle sur les grandes lèvres bilatérales. Ces papules avaient progressivement augmenté en taille et en nombre au cours des 3 dernières années. La patiente ressentait occasionnellement un prurit au niveau des lésions mais n'avait aucun antécédent d'exsudation de matière crayeuse. Les bilans biologiques étaient tous normaux. La patiente a bénéficié d'une résection chirurgicale des papules.

Discussion : La calcinose cutis est le dépôt de sels de calcium dans le tissu sous-cutané. Bien qu'elle ait été signalée plus de 50 fois dans le scrotum, elle est extrêmement rare dans la vulve, et cette prédominance masculine a été suggérée comme pouvant représenter une relation avec les hormones ... D'autres sites rapportés incluent le sein et le pénis, ainsi que d'autres sites cutanés. Elle survient plus fréquemment chez les filles que chez les femmes adultes. Elle peut être associée à des anomalies métaboliques ou à un traumatisme mineur, mais une étiologie sous-jacente peut ne pas être identifiée. La calcinose cutis se présente généralement sous la forme de nodules sous-cutanés de couleur blanche. Les CC vulvaires peuvent être considérés cliniquement comme des kystes d'inclusion épidermiques ou, s'ils sont petits et multiples chez les enfants, comme des molluscums contagiosums. Il est important de poser le diagnostic, afin d'écartier les perturbations métaboliques, qui peuvent être associées à un taux élevé de calcium et de phosphore, notamment les tumeurs malignes sous-jacentes et les maladies vasculaires du collagène. Histologiquement, des calcifications peuvent être observées dans le derme. La seule thérapie pour cette maladie qui a été rapportée est la résection chirurgicale.

Conclusion : La calcinose vulvaire idiopathique est une affection rare qui est un diagnostic posé lorsque les autres étiologies sous-jacentes sont écartées.

Titre : Présentation atypique d'une éruption polymorphe de la grossesse : À propos d'un cas

Auteurs : A. Alshbiti, N. Ammar, S. Hamada, M. Meziane, L. Benzekri, K. Senouci, N. Ismaili.

Mots-clés : Grossesse – prurit – éruption – papules.

L'éruption polymorphe de la grossesse (EPG) est une dermatose bénigne qui survient généralement au troisième trimestre, surtout chez les primipares. Elle se caractérise par des lésions prurigineuses, sous forme de papules et plaques érythémateuses, siégeant principalement sur l'abdomen. Le diagnostic est évoqué cliniquement, et confirmé histologiquement.

Nous rapportons le cas d'une patiente de 28 ans, diabétique type 1, multipare, qui s'est présentée en notre formation à 36 semaines d'aménorrhée, pour une éruption papuleuse prurigineuse associée à un œdème suivant le trajet des vergetures de grossesse, évoluant depuis 4 mois, faisant évoquer un œdème des vergetures. Néanmoins, les données clinico-biologiques, histologiques et l'évolution ont permis de retenir le diagnostic d'une éruption polymorphe de la grossesse.

Nous discutons la démarche diagnostique, les présentations cliniques, la prise en charge et l'évolution de cette affection. Ce cas illustre l'importance d'un diagnostic différentiel précis, afin de distinguer l'EPG d'autres dermatoses spécifiques de la grossesse ou d'autres causes d'éruptions cutanées prurigineuses.

Radiodermite aiguë du périnée sur cancer de la vulve

H. Majdoul, F. Hali, B. Baghdad, S. Chiheb

Service de dermatologie et de vénéréologie, Centre hospitalier universitaire Ibn Rochd,
Casablanca, Maroc

Introduction : La radiodermite aiguë est de loin l'effet secondaire le plus fréquent de la radiothérapie, conduisant souvent à l'interruption et donc la réduction de l'efficacité du traitement. Ce rapport de cas se veut telle une piqûre de rappel, afin d'espérer un jour réduire l'incidence de cet effet secondaire limitant et potentiellement fatal.

Observation : Une patiente de 50 ans, suivie pour cancer de la vulve depuis 2 ans, ayant bénéficié d'une vulvectomie totale avec 30 séances de radiothérapie externe, se présente au service de dermatologie pour une éruption cutanée aiguë, très prurigineuse, apparue 10 jours après sa séance. L'examen clinique retrouve un érythème intense, légèrement œdémateux, disposé en larges nappes confluentes, intéressant les régions pelvienne et périnéale, ainsi que la partie proximale des cuisses ; associé à une desquamation suintante des plis inguinaux, avec issue de liquide jaunâtre malodorant, asséché par endroits laissant place à des croûtes mélicériques. Le diagnostic de radiodermite grade 2 est retenu. La patiente est mise sous traitement local, associant un gel lavant surgras, un antiseptique asséchant incolore et une crème apaisante à base de trolamine ; en plus d'une antibiothérapie orale anti-staphylococcique devant les stigmates francs de surinfection. L'évolution est favorable avec régression totale de la symptomatologie en une semaine.

Discussion : La radiodermite aiguë est la complication la plus courante de la radiothérapie, et ce malgré une meilleure connaissance des facteurs de risque de toxicité cutanée radio-induite. Bien qu'elle soit mieux maîtrisée, elle demeure néanmoins éprouvante pour des patients préalablement affaiblis, et peut considérablement impacter à la fois la tolérance, l'acceptabilité et l'efficacité thérapeutique.

La prise en charge doit être avant tout préventive, donc relevant d'abord du rôle du radiothérapeute et/ou de l'oncologue ; par le biais de l'éducation thérapeutique sur l'observance de mesures simples d'hygiène tel que le lavage à l'eau tiède, l'usage de savon à pH physiologique, le séchage méticuleux, l'hydratation, le port de vêtements en coton, la photoprotection, etc. L'apparition des premiers signes cutanés doit rapidement conduire à une prise en charge dermatologique adaptée au grade de la radiodermite (1 à 5), moyennant différents topiques dermocorticoïdes, antiseptiques, émoullients hydratants ou apaisants telles les crèmes à base de trolamine, de calendula ou d'acide hyaluronique, ainsi que le recours occasionnel à des pansements type hydrocolloïde. Enfin, n'oublions pas le volet antalgique dans le traitement de cette condition parfois très douloureuse.

Conclusion : Bien qu'il n'existe actuellement aucun consensus concernant la prise en charge préventive ou curative des radiodermites, la sensibilisation préalable des patients, l'instauration de mesures hygiéniques rigoureuses et la consultation dermatologique précoce en constituent les principaux piliers.

L'apport de l'échographie haute résolution dans les tumeurs cutanées : A propos de 36 cas.

A.Lahrougui¹, M. Aboudourib¹, L.Bendaoud, O. Hocar¹, S. Amal¹

Service dermatologie-vénérologie, CHU Mohammed VI Marrakech-Maroc

- **Introduction :**

L'échographie conventionnelle est l'une des plus anciennes méthodes d'exploration du corps humain, la dermatologie n'a quant à elle pu bénéficier de l'emploi de cet outil radiologique, qu'après l'invention de l'échographie à haute résolution (EHR).

Nous avons mené une étude portant sur l'apport de l'échographie haute résolution dans le diagnostic et le bilan d'extension local des tumeurs cutanées bénignes et malignes.

- **Matériel et méthodes :**

Nous avons mené une étude prospective à visée descriptive étalée sur 6 mois, nous avons collecté un total de 36 tumeurs cutanées que nous avons répartis en deux groupes fait de tumeurs cutanées bénignes et malignes.

Concernant le groupe de tumeurs bénignes (55.5%, n=20 cas), l'âge moyen était de 38 ans, avec une prédominance féminine estimée à 65%, et du phototype 3 (44.4%)

En ce qui concerne le groupe des tumeurs malignes (44.5%, n=16), l'âge moyen était de 73 ans, avec une prédominance masculine à 75% et du phototype 3 (50%).

Cliniquement, les lésions nodulaires étaient les plus fréquentes dans les deux groupes.

Sur le plan histologique, les tumeurs bénignes étaient à 45% mélanocytaires, 35% kystes cutanés, 20% conjonctives, 5% annexielles et enfin 5% épidermiques.

Les tumeurs retrouvées dans ce groupe étaient par ordre de fréquence : Les naevus communs, les kystes cutanés épidermoïdes et trichilémals, les tumeurs vasculaires regroupant l'angiome en touffe, botryomycome, hémangiome, et pour finir une kératose séborrhéique et une kératose folliculaire inversée.

Concernant les tumeurs malignes ils étaient, par ordre de fréquence à 68.75% kératinocytaires fait de carcinomes basocellulaires et épidermoïdes, 12.5% mélanocytaires type mélanome, 12.5% annexielles avec un cas d'hydradénome malin à cellule claire et une tumeur d'origine lymphoïde type B à grande cellule.

À l'échographie haute résolution, toutes ces tumeurs étaient hypoéchogènes à degrés différents, les tumeurs bénignes ne présentaient en général pas d'infiltration des tissus sous cutanés, elles se présentaient comme des lésions de forme bien circonscrite. La vascularisation était présente uniquement dans les tumeurs d'origine vasculaire.

En revanche, les tumeurs malignes avaient pour la plupart, des contours irréguliers. Elles étaient richement vascularisées, la majeure partie infiltrait les tissus sous cutanés adjacents et se caractérisaient par la présence de nombreux spots hyperéchogènes.

- **Discussion:**

L'échographie haute résolution est une technique d'imagerie utilisée en médecine clinique, dont le principe repose sur la détection et l'affichage d'ondes acoustiques réfléchies par les tissus. C'est une technique simple, non invasive et peu coûteuse qui nous permet, grâce à ses sondes dotées d'ultrasons de fréquence supérieure à 15MHZ, une exploration claire et complète des structures cutanées, notamment de :

- L'échostructure de la lésion ; renseignant ainsi sur la nature solide, kystique ou solidokystique de ces tumeurs.

- La localisation épidermique, dermique ou hypodermique nous permettant de connaître le niveau d'invasion tumorale.

- L'épaisseur, l'extension latérale et en profondeur ; qui sont d'une aide cruciale au

Diagnostic et à la prise en charge chirurgicale permettant d'estimer les marges d'exérèse en montrant les limites de la tumeur.

- La vascularisation des tumeurs, offrant une visibilité de la probabilité de saignement lors de l'exérèse.

Et enfin de guetter une éventuelle récurrence infra-clinique au cours du suivi des tumeurs cutanées.

- **Conclusion:**

Notre étude a eu pour but d'analyser l'aspect échographique des tumeurs cutanées bénignes et malignes qui concorde avec la revue de la littérature, bien que cette dernière reste pauvre en raison de la récente utilisation de l'échographie haute résolution en dermatologie.

L'échographie haute résolution est une technique d'imagerie utilisée en médecine clinique, dont le principe repose sur la détection et l'affichage d'ondes acoustiques réfléchies par les tissus, c'est une technique simple, non invasive et peu coûteuse qui nous permet, grâce à ses sondes dotées d'ultrasons de fréquence supérieure à 15MHZ, une exploration claire et complète des structures cutanées.

Elle permet d'étudier l'échostructure de la lésion ; La localisation épidermique, dermique ou hypodermique, l'épaisseur, l'extension latérale et en profondeur, la vascularisation des tumeurs, offrant une visibilité de la probabilité de saignement lors de l'exérèse, permettant aussi de guetter une éventuelle récurrence infra-clinique au cours

Prévalence du prurit chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique terminale sous hémodialyse : A propos de 30 cas

O. Markouk, M. Aboudourib , O.Laadim L. Bendaoud, M. Aboudourib, O. Hocar, S. Amal
Service de dermatologie, Hôpital Arrazi, CHU Mohammed VI, Marrakech
Laboratoire de recherche en biosciences, FMPM, Université Cadi Ayyad, Marrakech

Introduction

Le prurit associé à une maladie rénale chronique (Pa-MRC) est une affection courante. Cependant, bien que le prurit affecte gravement la santé physique et mentale des patients, les cliniciens ont tendance à sous-estimer cette affection.

Description

Le but de cette étude est de déterminer la prévalence du prurit et son caractère chez les hémodialysés chroniques, l'évaluation de la sévérité du prurit chez les hémodialysés chroniques et son retentissement sur la qualité de vie.

Méthodes

Il s'agit d'une étude analytique prospective menée à l'unité d'hémodialyse au CHU ibn tofail et Arrazi de Marrakech (juin–octobre 2024). La présence et la sévérité de Pa-MRC étaient documentées sur la base d'un questionnaire SKINDEX-10 sur le prurit, les données démographiques et clinicobiologiques étaient extraites du registre de service. Les données ont été saisies et analysé par le logiciel spss le test de t student a été utilisé pour déterminer la différence statistique entre les variables. Les résultats étaient considérés comme significatifs si P inférieur a 0,05

Résultats

Au total, 30 patients hémodialysés chroniques (HDC) étaient recrutés dans cette étude, dont 86.7% présentaient un prurit le plus souvent généralisé (2/3 cas). Plus que la moitié des patients signalaient un prurit tout au long de la journée. Onze patients signalaient un Pa-MRC modérée à sévère. Les patients n'étaient pas traités pour le prurit dans 72 % de cas, Mais 92 % de ceux traités étaient satisfaits de leur traitement. Les patients rapportant un Pa-MRC plus sévère avaient une ancienneté de dialyse plus courte, un taux de phosphate et de parathormone plus élevé et un diabète plus fréquent. La qualité de vie se détériorait lorsque la sévérité du prurit augmentait. Les patients déclaraient avoir des difficultés à s'endormir, irritabilité, et une dépression ainsi qu'une limitation de la vie quotidienne.

Conclusion

Cette étude montre que le Pa-MRC est une condition pénible avec un impact énorme sur la qualité de vie des patients sous hémodialyse chronique. Cependant, il existe un besoin non satisfait en termes de traitement, d'où la nécessité de nouvelles approches thérapeutiques.

Radiation-Induced Breast Morphea : Light on an Overlooked Affliction

Imane Talhaoui¹, Ouiame EL Jouari¹, Salim Gallouj¹

¹*CHU - Mohammed VI University Hospital Center, La Nouvelle Ville Ibn Batouta, Morocco*

Introduction & Objectives: Morphea is a localized plaque scleroderma, in contrast to systemic scleroderma, which can affect several organs. The usual clinical presentation is characterized by the progressive appearance of a white, pearly and indurated plaque, surrounded by a characteristic purplish inflammatory border.

The pathophysiology remains poorly understood, and is multifactorial: traumatic and immunological factors, as well as alterations in collagen production, have been implicated. Since the 1990s, morphea has also been recognized as a complication of radiotherapy for breast cancer, and around forty cases have been described. Its incidence is 0.2%. It is a little-known complication that is often ignored. Its main differential diagnoses are recurrence, mastitis (carcinomatous, infectious), chronic radiodermatitis and radiation recall. Diagnosis can only be made by histological analysis. Because of the delay in onset, radiosensitization is not a classic differential diagnosis, but it can be considered in the event of new radiotherapy without a change in medication.

Observation: A 51-year-old female patient, followed since 2018 for breast carcinoma of the left breast after lumpectomy with axillary curage followed by chemotherapy followed by radiotherapy followed by hormone therapy (HT) presented 1.5 years after RT with an inflammatory, indurated and painful placard of the breast. Skin biopsy showed a banded lymphocytic infiltrate in the papillary dermis in favor of bullous lichen sclerosus, and thickened collagen fibers in the reticular dermis suggestive of morphea. Autoimmunity tests were normal. Treatment with dermocorticoids was ineffective, but the patient progressively improved under phototherapy B.

Discussion: Morphea is a localized scleroderma whose pathophysiology remains poorly understood. Radio-induced morphea is rare, but probably under-diagnosed. The etiology is thought to be a Koebner phenomenon with a favorable autoimmune background. Dosage regimen and total delivered dose of radiotherapy are not associated with the occurrence of radiation-induced morphea. The delay in onset is late: on average 1 year after the end of radiotherapy. Histological analysis may suggest bullous lichen sclerosus or morphea, depending on the evolutionary phase of the radiation-induced morphea, which is initially inflammatory and then sclerotic. Differential diagnoses include mastitis, chronic radiodermatitis and radiation recall. Treatment is not codified, ranging from dermocorticoids, phototherapy and systemic immunosuppressants to mastectomy.

Conclusion: Breast morphea represents a little-known complication of radiotherapy, often underdiagnosed as a potential cause of post-radiotherapy erythema. Only histological confirmation can distinguish this condition from the differential diagnoses considered during the clinical examination. To date, there is no consensus on the optimal treatment, and the most commonly used therapeutic approaches include simple clinical monitoring, application of steroid-containing topicals, excisional surgery or phototherapy at a more advanced stage of fibrosis.

Pyostomatite pyodermite végétante associée à la rectocolite hémorragique ; L'intérêt d'une bonne collaboration

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

Service de dermatologie et vénéréologie CHU Hassan II, Fès

Introduction : La pyostomatite pyodermite végétante (PPV) est une affection rare, associée dans 75 % des cas à une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) plus fréquemment la rectocolite hémorragique (RCH) pouvant la révéler. Nous rapportons les observations de trois patients présentant une PPV. Chez deux d'entre eux, le diagnostic de MICI a été suspecté à l'examen des lésions buccales et, chez le troisième, les lésions buccales annonçaient une nouvelle poussée d'une MICI déjà diagnostiquée.

Observations :

Observation 1 : Madame M âgée de 74 ans suivie depuis 4 ans pour une RCH sous mélasazine arrêtée pendant 1 an. Elle a fait apparaître une ulcération du cuir chevelu à surface fibrineuse avec un signe de clapier positif faisant suspecter le pyoderma gangrenosum ainsi que des ulcérations végétantes, siégeant sur les extrémités des doigts et une gingivite hypertrophique hémorragique surmontée de pustules coalescentes en trace d'escargot faisant évoquer une PPV.

Observation 2 : Madame L âgée de 17 ans a présenté des ulcérations buccales douloureuses, un érythème avec de multiples pustules regroupées par endroit au niveau des gencives et du palais dur. Trois mois plus tard, la patiente a rapporté des diarrhées glairo-sanglantes avec une fièvre, une coloscopie avec biopsie a révélé une RCH. La patiente a reçu une corticothérapie en association avec la mélasazine et des soins buccaux avec une bonne évolution.

Observation 3 : Monsieur H âgé de 33 ans a consulté pour une chéilite érosive ainsi que des ulcérations végétantes sur les lèvres supérieure et inférieure, surmontées de pustules confluentes ayant une disposition linéaire rappelant des « traces d'escargot », évoquant une pyostomatite végétante (PV). Il a présenté, au niveau des membres inférieurs, des nodules sous-cutanés inflammatoires et vésiculo-bulleux dont l'histologie a révélé un syndrome de Sweet. La coloscopie a objectivé des ulcérations de la muqueuse compatibles avec la rectocolite hémorragique (RCH).

Discussion : Initialement décrite par Hallopeau en 1989, la PPV se caractérise cliniquement par des pustules buccales qui fusionnent en motifs ressemblant à des traces d'escargots. Principalement situées sur les gencives, la face interne des joues, le palais et les lèvres, ces lésions indolores se rompent facilement et laissent place à des érosions à tendance végétante. La PPV peut survenir avant ou simultanément aux symptômes digestifs, et son évolution suit l'activité des MICI, ce qui en fait un bon indicateur de la maladie. À travers ces observations, nous soulignons l'intérêt de rechercher ces manifestations buccales faciles à observer, permettant non seulement le diagnostic précoce de la maladie intestinale, mais aussi la prédiction d'une nouvelle poussée.

Conclusion :

Les manifestations cutanéomuqueuses associées aux MICI sont non négligeables, pouvant faciliter le diagnostic précoce des MICI. Nous rappelons ainsi le rôle du dermatologue dans le dépistage de cette affection pour améliorer le pronostic fonctionnel de ces patients.

Un cas de purpura de Schamberg lié à la consommation d'alcool

F.ZEROUAL, L.BENDAOU, G.Erramli, B, AMAL, M.ABOUDOURIB, O.HOCAR,
S.AMAL

Service de dermatologie, Hôpital Arrazi, CHU Mohammed VI, Marrakech

Laboratoire de recherche en biosciences, FMPM, Université Cadi Ayyad, Marrakech

Introduction : Les manifestations cutanées de la consommation et l'abus d'alcool sont variées et impliquent rarement un purpura. Nous rapportons le cas d'un purpura de Schamberg récurrent sur abus d'alcool.

Observation : Une patiente de 32 ans, éthylique chronique depuis 13 ans, sans antécédents particuliers et sans prise médicamenteuse, consulte en dermatologie pour une éruption purpurique prurigineuse des membres inférieurs, évoluant depuis 6 mois, par poussées rémissions, 24 à 48h après la prise d'alcool. L'examen clinique a retrouvé des plaques purpuriques pigmentées brunâtres non infiltrées confluentes à contours polycycliques, au niveau des jambes et des cuisses. L'examen anatomopathologique d'une biopsie cutanée a objectivé un infiltrat dermique péri-vasculaire fait de lymphocytes, de plasmocytes et de quelques polynucléaires neutrophiles au avec dépôt d'hémossidérine et immuno-fluorescence directe négative. L'évolution s'est faite vers une nette amélioration sous antihistaminiques et dermocorticoïdes avec sevrage alcoolique .

Discussion : Le purpura pigmenté progressif de Schamberg, est une capillarite lymphocytaire d'étiologie inconnue et de physiopathologie encore mal définie liée à différents facteurs dont la stase veineuse, la prise médicamenteuse, l'hépatite B mais aussi la consommation excessive d'alcool. Dans la littérature, sont rapportés quelques cas de purpura de Schamberg associés à la consommation alcoolique chronique. Il s'agit d'une affection chronique, souvent bénigne et asymptomatique, siégeant préférentiellement sur les membres inférieurs sous forme de maculo-papules purpuriques brun rouge. L'examen histopathologique montre un infiltrat mononucléé périvasculaire dermique avec extravasation de globules rouges et dépôts d'hémossidérine, sans nécrose fibrinoïde. La prise en charge n'est à ce jour pas standardisée et reposerait sur les émoullients et les dermocorticoïdes, si échec, la puvarthérapie, la pentoxifylline et la griséofulvine peuvent être proposées.

Conclusion : Le cas rapporté se joint aux quelques cas de la littérature pour conforter l'hypothèse de l'association alcool et purpura de Schamberg, cependant le lien de causalité ne peut être formellement retenu que sous réserve d'études à large échelle.

Perioral Dermatitis Secondary to Lip Licking Tic

Z.Mouhsine, F-Z ElFatoiki, , F.Hali, H.Rachadi, S.Chiheb

Department of Dermatology and Venereology, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Morocco

Introduction:

Perioral dermatitis caused by lip licking is a skin manifestation characterized by irritation and inflammation of the lips due to excessive licking. It is less common than lip licking dermatitis on other parts of the body. Here, we report a new case.

Observation:

A 6-year-old child, with no significant medical history, was brought to the dermatology clinic by his parents due to severe lip irritation persisting for a year. During the interview, the mother reported that the child frequently licked his lips despite attempts to discourage this behavior, leading to discomfort, impact on well-being, and feeding difficulties. Clinical examination revealed redness, fissures with scales, and itching, hindering feeding. A psychological interview suggested obsessive-compulsive disorder triggered by feelings of abandonment after the birth of his younger brother. The diagnosis of severe lip licking dermatitis was established. Treatment involved the application of a repairing cream along with psychological support, resulting in notable improvement.

Discussion:

Lip licking dermatitis can be triggered by various factors, including stress, anxiety, allergies, and underlying medical conditions. In this context, considering the psychological and behavioral aspects of the condition, as well as available treatment options, is crucial. Interventions may include measures to reduce the child's stress, advice on dietary habits and lifestyle, and the use of topical creams to relieve skin irritation. By raising awareness among parents and healthcare professionals about this condition, we can enhance the management of lip licking dermatitis in children and contribute to their overall comfort and well-being.