SMD
SOCIÉTÉ MAROCAINE DE DERMATOLOGIE

REVUE SMD

NUMERO SPECIAL

38ÈME CONGRÈS NATIONAL

RABAT
24-25 OCTOBRE 2025
FOUR SEASONS

MOT DU PRÉSIDENT :

Après une année particulièrement riche pour la Société Marocaine de Dermatologie, marquée par le choix du Maroc comme pays d'honneur lors des Journées Dermatologiques de Paris, puis par notre participation active à l'organisation de la première édition de MEIDAM Africa à Rabat en mai 2025, nous avons le plaisir d'organiser notre 38e Congrès National dans la capitale.

La dermatologie marocaine connaît aujourd'hui une nouvelle ère, portée par un nombre croissant d'orateurs reconnus sur la scène internationale et contribuant activement, à travers leurs travaux scientifiques, à des manifestations d'envergure mondiale.

Nous sommes également fiers de nos résidents, qui se sont distingués cette année en remportant plusieurs prix d'excellence lors de divers congrès internationaux. Le Collège des Enseignants Universitaires s'est, quant à lui, enrichi de jeunes enseignants dynamiques et ambitieux, témoignant d'un avenir prometteur pour notre spécialité.

Alors que mon mandat à la présidence de la Société Marocaine de Dermatologie touche à sa fin à l'issue de ce congrès, je tiens à exprimer ma profonde gratitude aux membres du Bureau de la SMD, au Conseil d'Administration ainsi qu'à l'ensemble des dermatologues qui m'ont accordé leur confiance et leur soutien.

Je vous souhaite un excellent congrès et une longue vie à notre Société Marocaine de Dermatologie.

PROFESSEUR SAID AMAL

الجمعية المغربية لأمراض الجلد
Société Marocaine de Dermatologie

www.smdermato.org

smdermato23@gmail.com

- **Président :**

Pr Amal Said
Professeur de l'Enseignement Superieur en Dermatologie
Centre Hospitalo-Universitaire Mohammed VI -Marrakech, Maroc

saidamalb@hotmail.com

- **Vice-Président :**

Pr .Chiheb Soumia
Professeur de l'Enseignement Superieur en Dermatologie
CHU IBN ROCHD Casablanca

Soumiya.chiheb@gmail.com

- **Secrétaire Général :**

Dr.Laglaoui mohamed
Dermatologue
Cabinet privé de dermatologie
Casablanca -Maroc

laglaouimed@hotmail.com

- **Secrétaire Général Adjoint:**

Pr.Mariame Meziane
Dermatologue
CHU Avicenne Rabat

mariame.meziane@gmail.com

- **Trésorière :**

Dr Rakib Assia
Hopital Moulay Ismail
Meknes, Maroc

samaassia@yahoo.fr
Cabinet privé-Zitoune
Meknes,Maroc

- **Trésorier Adjoint :**

Pr.El Fatoiki Fatima Zahra
Professeur Assistante
CHU IBN ROCHD Casablanca
Fatimazahra.elfatoiki@gmail.com

Marrakech le : 26/09/2025

38e Congrès National de Dermatologie
24 – 25 octobre 2025
Rabat – Hôtel Four Seasons

Vendredi 24 octobre 2025

08h30 – 09h00 : Accueil des participants
09h00 – 10h15 : Table ronde – Dermatologie pédiatrique
- Cas cliniques de dermatoses infectieuses – Pr Ouafa Hocar
- Cas cliniques des anomalies vasculaires – Pr Hanane Baybay
- Cas cliniques de dermatoses néonatales – Pr Radia Chakiri

10h15 – 10h45 : Symposium Eucerin – Pr Leila Benzekri : « Les inhibiteurs de la tyrosinase »
10h45 – 11h15 : Pause-café
11h15 – 12h00 : Hidradénite suppurée :
« HS en 2025 : où en sommes-nous et où allons-nous ? » Dr Tom Hillary (Belgique)
- Traitement de la maladie de verneuil par biothérapie : expérience des centres universitaires Pr Meriem Soughi
12h00 – 12h30 : Symposium Phi
12h30 – 14h30 : Pause déjeuner
14h30 – 16h00 : Communications libres
16h00 – 16h30 : Conférence d'inauguration : La CNDP – Quel intérêt pour les dermatologues ?
16h30 – 17h00 : Pause-café
17h00 – 18h30 : Formation Médicale Continue (FMC) / Ateliers :
- Dermoscopie
- Dermatologie esthétique
- Chirurgie dermatologique
- Cicatrisation
- Pathologie de la muqueuse buccale
- Peau et médecine interne (confrontation anatomo-clinique)
- Dermatoses bulleuses auto-imuunes

21h00 : Dîner de gala

Samedi 25 octobre 2025

08h30 – 10h00 : Session IMCAS – Table ronde : Lasers et lumière en dermatologie
- Cicatrices de scarification : peut-on les améliorer ? – Pr Hanane Baybay (15 min)
- Rôle des lasers dans la prévention des cancers cutanés – Pr Fatima Zahra Belgnaoui (15 min)
- Les lasers chez l'enfant – Pr Siham Dikhaye (15 min)
- Indications inhabituelles des lasers – Pr Kawtar Zouhair (15 min)
- LED : cas cliniques pertinents – Dr Faouzia Benkhraba (15 min)

10h00 – 10h30 : Symposium L'Oréal Dermatological Beauty – Acné de la femme adulte – Pr Hakima Benchikhi
10h30 – 11h00 : Pause-café
11h00 – 11h30 : Symposium SVR : « L'approche des Laboratoires SVR pour une cosmétique engagée »
- Dr Christine Lafforgue (Dermopharmacologie et cosmétologie)
- Myriam Tamelghaghet (Directrice R&D Laboratoires SVR)

11h30 – 12h15 : Arrêt sur image – Coordination : Pr Hakima Benchikhi
12h15 – 12h45 : Symposium Isis Pharma : « Nouveautés dans la prise en charge de la rosacée et des peaux sensibles » – Dr Oriol Yelamos
12h45 – 14h30 : Pause déjeuner
14h30 – 15h30 : Table ronde – Pathologie de la muqueuse génitale
- Muqueuses en alerte : La maladie de Bowen génitale – Pr Douhi Zakia (15 min)
- Cas cliniques de pathologie vulvaire – Dr Sandra Ly (20 min)
- Symposium Phi : « Imiquimod : quand et comment ? » – Pr Soumiya Chiheb

15h30 – 16h00 : Symposium Bioderma : « Acné : quand le stress et les hormones s'en mêlent » – Pr Siham Dikhaye
16h00 – 16h30 : Quoi de neuf en thérapeutique en 2025 ? – Pr Rachid Frikh
16h30 – 17h00 : Symposium GSK : « Vaccination contre le zona : application en dermatologie » – Pr Zoubida Tazi Mezalek
17h00 – 17h30 : Pause-café
17h30 – 18h30 : Assemblée Générale Élective
21 h : Dîner gala Isis pharma

Adresse : lotissement Mandrona Bd Al Qods N°818 Ain choc
Casablanca
E-mail : smdermato23@gmail.com
GSM :0673083955

FMC

38eme Congrès National de dermatologie
FMC

1) **Dermoscopie** : Cas cliniques Groupe de la dermoscopie

2) Dermatologie esthétique

- Tips and tricks pour éviter les complications de la toxine Dr Rim Chraibi
- Tips and tricks pour éviter les complications des fillers Pr Fatim Zahra Belgnaoui
- intérêt de l'échographie dans la gestion des complications vasculaires et non vasculaires des fillers-Dr S Qasmi

3) Chirurgie dermatologique

- La chirurgie des tumeurs des lèvres à travers des cas cliniques Pr Salim Gallouj
- La chirurgie de l'ongle incarné : quand, comment et pour quels résultats ? Dr Achraf El idrissi Ellouadghiri
- Scalpel et dermatoscope: la routine chirurgicale du Dermatologue". Pr Zakia Douhi
- La chirurgie de l'ongle à travers des cas cliniques Pr Mohamed Chaouach

4) Cicatrisation: Ulcères de jambe.

- Ulcères de jambe : ces soins qui changent la donne : Dr Hind Benhiba. 20 mn.
- L'apport de la LED dans la prise en charge des ulcères de jambe : Pr Nadia Ismaili. 20 mn.
- PRF et cicatrisation des ulcères de jambe : Pr Ouiam. Eljouari. 20 mn.
- Réussir une greffe en pastille d'ulcère de jambe : cas cliniques et fiche technique. Pr Hanane Bay Bay. 20 mn.
- 10 mn : Discussion.

5) Pathologie de la muqueuse buccale

- La pathologie inflammatoire de la muqueuse buccale Pr Omar Sedrati
- La pathologie tumorale de la muqueuse buccale Pr Yasser Afifi
- Cas cliniques de pathologie buccale Dr Mohssine Ghfir

6) Peau et médecine interne et confrontation anatomo-clinique

- Les tumeurs acrales: de la classification aux cas cliniques
- Pr Mohammed Ait Ourhroui , Dr Dominique Campos
- Cas cliniques : Pr El Amraoui Mohammed

7) Dermatoses bulleuses auto-immunes

- Cas cliniques de DBAI sous épidermiques Pr Nadia Ismaili
- Pemphigus ; quoi de neuf ? Dr Amani Fliti
- Dermatoses bulleuses hors DBAI Dr Karim Cherti

Posters

- **Acné-Rosacée,**
- **Allergologie et toxidermies**
- **Carcinomes et autres tumeurs non mélaniques / Mélanomes / Lymphomes**
- **Dermatologie interventionnelle et imagerie**
- **Dermatologie pédiatrique et génodermatoses**
- **Dermatopathologie**
- **Dermatoses bulleuses**
- **Dermatoses infectieuses**
- **Dermatoses inflammatoires**
- **Endocrinopathies**
- **Épidémiologie et santé publique**
- **Médecine Interne**
- **Muqueuses et phaneres**
- **Photodermatologie**
- **Plaies et cicatrisation**
- **Psoriasis**
- **Psychodermatologie**
- **Troubles de pigmentation**
- **Qualité de vie**
- **Divers**

Acné et rosacée

«Acné et inégalités territoriales : quand le lieu de vie influence la sévérité et la prise en charge »

Ouissal Hormi1 ; Lamis El yamani1 ; Salma Moujahid1 ; Khadija Imam 1; Nassiba Zerrouki1,2 ; Nada Zizi1,2
1- Service de dermatologie, vénérologie et allergologie, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI, Oujda 2-Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique
Faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction : L'acné est l'une des affections dermatologiques les plus fréquentes, touchant jusqu'à 80 % des adolescents et de nombreux adultes. Au-delà de son impact esthétique, elle altère significativement la qualité de vie et peut laisser des séquelles cicatricielles et psychologiques. Dans les pays en développement, l'accès aux soins dermatologiques reste inégal, avec des différences notables entre milieux urbains et ruraux. Peu d'études ont évalué l'impact de ces inégalités sur la prise en charge de l'acné.
Matériels et méthodes: Il s'agit d'une étude prospective menée entre Avril 2024 et Avril 2025 au service de dermatologie du CHU d'Oujda. Ont été inclus 80 patients atteints d'acné, dont 40 résidant en milieu urbain et 40 en milieu rural

Résultats L'âge moyen des patients était de 22,1 ± 5,2 ans, avec des extrêmes allant de 13 à 34 ans, sans différence significative entre les deux groupes. Le sexe féminin prédominait dans l'ensemble de la population étudiée (67 %), avec une proportion légèrement plus élevée en milieu urbain (72 % contre 62 % en milieu rural). Sur le plan de la sévérité clinique, le score moyen de l'acné évalué par le GAGS était significativement plus élevé chez les patients issus du milieu rural (27,3 ± 8,5) comparativement aux patients urbains (18,7 ± 6,2) ($p<0,01$). Les formes sévères (GAGS ≥ 30) étaient ainsi retrouvées chez 34 % des patients ruraux contre seulement 12 % des urbains.
Le délai d'accès à la consultation spécialisée montrait également une disparité importante. Le délai médian entre l'apparition des lésions d'acné et la première consultation dermatologique était de 11 mois en zone rurale, contre 4 mois en zone urbaine ($p<0,001$). Près de 48 % des patients vivant en milieu rural avaient attendu plus d'un an avant de consulter, alors que ce pourcentage n'était que de 15 % en milieu urbain.
Concernant les traitements antérieurs, l'automédication était beaucoup plus fréquente chez les patients ruraux (70 % contre 35 % en milieu urbain, $p<0,001$). De même, le recours aux remèdes traditionnels était largement observé dans le groupe rural (56 % contre 18 % chez les urbains, $p<0,001$). En revanche, une prescription médicale préalable (par un médecin généraliste ou un dermatologue) était rapportée par 62 % des patients urbains, contre seulement 28 % des patients ruraux.
Sur le plan économique, la charge financière représentait une contrainte majeure pour les patients en zone rurale. Le coût mensuel moyen de la prise en charge équivalait à 16 % du revenu familial dans ce groupe, contre 6 % dans le milieu urbain ($p<0,01$). Enfin, la satisfaction vis-à-vis de la prise en charge était significativement plus faible dans le groupe rural (44 % contre 72 % en zone urbaine, $p<0,01$). Les principales raisons d'insatisfaction évoquées étaient le coût élevé du traitement (65 %), la disponibilité limitée des produits prescrits (48 %) ainsi que l'éloignement géographique des structures de soins (41 %).

Discussion : Notre étude met en évidence des différences significatives dans la prise en charge de l'acné selon l'origine géographique des patients consultant au CHU d'Oujda. Les patients issus de zones rurales présentaient des formes plus sévères, consultaient plus tardivement et avaient davantage recours à l'automédication ou aux traitements traditionnels. Ces résultats s'expliquent probablement par plusieurs facteurs : un accès limité aux dermatologues en zones périphériques, un déficit d'information médicale fiable, une influence persistante des pratiques traditionnelles et une charge économique proportionnellement plus importante. Des études menées dans d'autres pays en développement rapportent des résultats similaires, confirmant que les inégalités territoriales constituent un déterminant majeur de la santé dermatologique. La sévérité accrue des lésions au moment de la consultation pourrait expliquer un risque plus élevé de cicatrices et d'impact psychologique chez les patients ruraux.
Ces constats soulignent l'importance d'une approche multidimensionnelle associant l'amélioration de l'accessibilité aux soins spécialisés, le développement de programmes d'éducation sanitaire et l'intégration de solutions innovantes telles que la télédermatologie.

Conclusion : Les inégalités d'accès aux soins dermatologiques entre zones urbaines et rurales influencent directement la sévérité clinique et la qualité de prise en charge de l'acné. La réduction de ces disparités doit constituer une priorité de santé publique. La mise en place de dispositifs de téléconsultation, la formation des médecins généralistes aux protocoles actualisés et des campagnes de sensibilisation ciblées pourraient contribuer à améliorer l'équité et la qualité des soins pour les patients acnéiques en milieu rural.

«Acné et réseaux sociaux : sensibilisation ou désinformation ?»

O. Hormi1 ; N. Zerrouki 1,2 ; N. Zizi1,2
1- Service de dermatologie, vénérologie et allergologie, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI, Oujda 2-Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique
Faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction : L'acné est une pathologie dermatologique fréquente, touchant majoritairement les adolescents et jeunes adultes, particulièrement actifs sur les réseaux sociaux. Des plateformes comme Instagram et TikTok ont vu émerger une nouvelle catégorie d'influenceurs, lesskinfluencers, qui partagent routines, conseils et traitements. Si cette tendance contribue à démocratiser l'information dermatologique, elle favorise également l'autodiagnostic, l'automédication et la diffusion de pratiques non validées scientifiquement. L'objectif de ce travail était d'analyser l'impact des réseaux sociaux sur la gestion de l'acné dans une population jeune.

Matériels et méthodes: I Nous avons conduit une étude prospective entre Mai 2024 et Mai 2025 auprès de 80 patients âgés de 15 à 30 ans, consultant pour acné au CHU Mohammed VI d'Oujda. Un questionnaire structuré a recueilli des données sur : l'usage des réseaux sociaux (fréquence, plateformes utilisées), l'exposition aux contenus dermatologiques (*skinfluencers*), les comportements d'autodiagnostic et d'automédication, ainsi que l'impact perçu sur la décision de consulter un dermatologue. Les données ont été analysées de manière descriptive et comparative.

Résultats : L'étude a porté sur des participants âgés en moyenne de 20,6 ± 3,4 ans, avec une prédominance féminine représentant 71 % de l'échantillon.
La majorité des participants (89 %) utilisaient quotidiennement des réseaux sociaux tels que TikTok ou Instagram, et 62 % déclaraient suivre au moins un « skinfluencer ». Cette exposition importante aux contenus dermatologiques en ligne a eu un impact notable sur leur comportement de santé.
Concernant l'autodiagnostic, 58 % des participants avaient établi leur propre diagnostic à partir des informations trouvées sur les réseaux sociaux avant de consulter un dermatologue. Cette tendance s'est accompagnée d'une forte proportion d'automédication : 54 % avaient testé au moins un produit ou une routine recommandée en ligne, le plus souvent sans avis médical préalable.
L'influence des réseaux sociaux sur la consultation dermatologique a été double. Trente-sept pour cent des participants ont retardé leur rendez-vous en raison de conseils trouvés sur internet, tandis que 18 % ont été incités à consulter après avoir été exposés à du contenu sur l'acné.
Enfin, plusieurs complications ont été rapportées suite à ces pratiques : aggravation des lésions chez 23 % des patients, irritations cutanées chez 17 %, et cicatrices persistantes chez 12 %. Ces résultats illustrent le rôle à la fois bénéfique et potentiellement risqué des réseaux sociaux dans la gestion de l'acné chez les jeunes adultes.

Discussion : Notre étude montre que les réseaux sociaux jouent un rôle central dans la perception et la gestion de l'acné chez les jeunes adultes. L'exposition quotidienne à des contenus dermatologiques, principalement via TikTok et Instagram, influence significativement le comportement des patients, avec un double impact.
D'une part, les *skinfluencers* peuvent sensibiliser et informer sur l'acné, en encourageant l'hygiène cutanée et la consultation dermatologique. Chez certains participants, cette exposition a même conduit à anticiper la consultation médicale.
D'autre part, ces plateformes favorisent l'autodiagnostic et l'automédication, parfois avec des produits inadaptés ou dangereux. Dans notre population, plus de la moitié des patients ont tenté des traitements recommandés en ligne avant leur consultation, entraînant aggravation de l'acné, irritations cutanées et cicatrices. Ces comportements mettent en évidence un risque réel de désinformation et de retard de prise en charge professionnelle.
Cette influence est amplifiée par l'accessibilité immédiate et la crédibilité perçue des *skinfluencers*, surtout chez les adolescents et jeunes adultes. Elle souligne l'importance de l'éducation numérique en dermatologie, en orientant les patients vers des sources fiables et en intégrant les réseaux sociaux comme outil complémentaire de sensibilisation plutôt que comme substitut à la consultation médicale.
Enfin, notre étude suggère que les dermatologues devraient s'impliquer activement dans la communication digitale, en diffusant des informations validées, pour réduire les comportements à risque tout en tirant parti du potentiel éducatif de ces plateformes.

Conclusion : Notre étude souligne l'impact significatif des réseaux sociaux sur la prise en charge de l'acné, avec un effet paradoxal entre sensibilisation et risque d'erreurs thérapeutiques. Une régulation accrue des contenus, associée à une implication proactive des dermatologues dans l'éducation digitale, pourrait transformer ces plateformes en véritables outils de santé publique

« Acné chez les sportifs : facteurs associés, caractéristiques cliniques et mesures préventives »

O. Hormi1 ; L. El yamani1 ; N. Zerrouki 1,2 ; N. Zizi1,2
1- Service de dermatologie, vénérologie et allergologie, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI, Oujda 2-Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique
Faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction : L'acné est une dermatose inflammatoire fréquente dont la physiopathologie repose sur plusieurs mécanismes incluant l'hyperséborrhée, l'hyperkératinisation folliculaire, la prolifération de Cutibacterium acnes et l'inflammation. Chez les sportifs, le sport en lui-même n'est pas une cause directe, mais certaines conditions associées, telles que la transpiration, l'occlusion vestimentaire, les frottements mécaniques, l'hygiène cutanée inadaptée, l'utilisation de produits comédogènes ou encore la consommation de compléments alimentaires, peuvent favoriser son apparition ou son aggravation. Peu d'études se sont intéressées spécifiquement à cette problématique dans le contexte maghrébin. L'objectif de notre travail était d'identifier les facteurs liés à l'acné chez les sportifs, de décrire ses caractéristiques cliniques et d'analyser les habitudes de soins et d'hygiène.

Matériels et méthodes: Nous avons conduit une étude transversale descriptive en juillet 2025 auprès de 180 sportifs. Les participants ont été recrutés via un questionnaire anonyme diffusé en ligne et dans plusieurs salles de sport. Les données recueillies concernaient l'âge, le sexe, le type et l'intensité de la pratique sportive, les habitudes cutanées et d'hygiène, la consommation de compléments alimentaires et les manifestations cliniques de l'acné.

Résultats : L'échantillon était composé de 180 sportifs, âgés en moyenne de 27,1 ans, avec un sex-ratio hommes/femmes de 0,75. La majorité étaient des sportifs amateurs (72 %), suivis de semi-professionnels (18 %) et de professionnels (10 %). Soixante-huit pour cent pratiquaient leur activité depuis plus de deux ans et s'entraînaient en moyenne entre trois et cinq fois par semaine. L'acné a été rapportée par 80 % des participants, dont 42 % avec un début après l'âge de 20 ans. Les localisations les plus fréquentes étaient le visage dans 79 % des cas, le dos dans 52 % et le thorax dans 28 %. Les formes observées étaient majoritairement modérées, comédoniennes ou inflammatoires. Concernant les habitudes associées à la pratique sportive, 63 % ne l'avaient pas leur visage avant l'effort, 62 % tardaient plus de deux heures à se doucher après l'entraînement et seulement 30 % utilisaient des vêtements techniques adaptés. La consommation de compléments protéinés ou anabolisants concernait 30 % des sportifs et, parmi eux, 38 % rapportaient une aggravation de leur acné. L'application régulière d'huiles corporelles potentiellement comédogènes concernait 33 % des participants, tandis que 90 % déclaraient ne pas nettoyer les équipements sportifs partagés, ce qui augmentait le risque de contamination bactérienne.

Discussion : Nos résultats confirment le rôle de facteurs extrinsèques dans l'acné du sportif.
Les frottements répétés et l'occlusion par les vêtements serrés sont connus pour induire une « acne mechanica », décrite de longue date dans la littérature dermatologique sportive [1]. L'hygiène insuffisante, notamment le retard de douche et l'absence de nettoyage des équipements, favorise la macération et la prolifération bactérienne, ce qui rejoint les observations de Yentzer et al [2]. Par ailleurs, la consommation de protéines enrichies en acides aminés à chaîne ramifiée et l'usage de stéroïdes anabolisants ont été associés à une aggravation de l'acné par activation de la voie IGF-1 et des androgènes, un mécanisme clairement discuté par Melnik et al [3]. Ces données ont ensuite été corroborées par Silverberg, qui confirment le rôle du régime alimentaire et de certains compléments dans l'exacerbation de l'acné [4]. Ces éléments mettent en évidence l'importance d'une prise en charge éducative et préventive ciblant les comportements à risque, afin de limiter l'impact de l'acné tout en permettant la poursuite de l'activité sportive.

Conclusion : L'acné chez les sportifs apparaît comme un phénomène fréquent, résultant de l'interaction de facteurs mécaniques, chimiques et comportementaux. La prévention passe par une meilleure éducation à l'hygiène cutanée, un lavage approprié avant et après l'effort, une douche rapide après l'entraînement, l'utilisation de vêtements respirants adaptés, la limitation des produits comédogènes et des compléments alimentaires à risque, ainsi que par l'entretien régulier des équipements sportifs. Une sensibilisation accrue des sportifs et une prise en charge adaptée permettraient de mieux contrôler cette pathologie sans nécessité d'interrompre la pratique sportive.

References :

1. Adams BB. Sports dermatology. Springer; 2005.
2. Yentzer BA, Hick J, Reese E, Uhas A, Feldman SR. Acne vulgaris in the United States: a review of the epidemiology and treatment practices. J Drugs Dermatol. 2010;9(6):658-661.
3. Melnik BC. Dietary intervention in acne: Attenuation of increased mTORC1 signaling promoted by Western diet. Dermatoendocrinol. 2012;4(1):20-32.
4. Silverberg NB, Silverberg JI. The role of diet in acne vulgaris. Cutis. 2018;102(6):E25-E28.

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

O. Hormi1 ; L. El yamani1 ; N. Zerrouki 1,2 ; N. Zizi1,2
1-Service de dermatologie, vénérologie et allergologie, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI, Oujda 2-Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique
Faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction :L'acné est une dermatose inflammatoire chronique multifactorielle très répandue, en particulier chez les adolescents et les jeunes adultes. Les cicatrices d'acné présentent une séquelle fréquente et souvent débilitante, qui affectent la confiance en soi et la santé mentale des patients. 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. 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.

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 +/- 6,99, tandis que celui du groupe sans cicatrices d'acné était de 23,02 ans +/- 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'isotrétinoine 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 : 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. (1) 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. (2) 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. (3) 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 cout par rapport au groupe avec cicatrices, suggérant que la formation de cicatrices peut être évitée en commençant le traitement à un âge plus précoce. (4) 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. (5) 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. (6)

Conclusion : 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.

Références :

1. 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.
2. Camacho, Mikaela Dominique, et al. "Risk factors for acne scarring in Ecuador." *medRxiv* (2023): 2023-05.
3. 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.
4. 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.
5. 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-
6. 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

« Réponse à l'isotrétinoïne dans l'acné : Qui guérit, qui rechute et pourquoi ? »

Ouissal Hormi1 ; Lamis El yamani1 ; Nassiba Zerrouki1,2 ; Nada Zizi1,2
1- Service de dermatologie, vénérologie et allergologie, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI, Oujda 2- Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique
Faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction : L'isotrétinoïne constitue le traitement de référence des formes modérées à sévères de l'acné. Toutefois, la réponse thérapeutique varie d'un patient à l'autre. Des poussées inflammatoires initiales ainsi que des rechutes après l'arrêt du traitement sont fréquemment observées, soulignant l'intérêt d'identifier les facteurs prédictifs de bonne réponse, de poussées sévères et de rechute.

Matériels et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique menée au service de dermatologie du CHU Mohammed VI d'Oujda entre janvier 2020 et juillet 2025, incluant les patients acnéiques traités par rétinoïdes oraux. Les patients ont été classés selon la réponse clinique (bonne réponse = amélioration significative, réponse insuffisante = persistance de lésions après 6 mois). La rechute a été définie par la réapparition d'au moins 50 % des lésions dans l'année suivant l'arrêt du traitement. Une analyse par régression logistique univariée puis multivariée a été réalisée, avec un seuil de signification fixé à $p<0,001$.

Résultats : Sur les 382 patients acnéiques colligés, 146 (38,2 %) ont été traités par isotrétinoïne. Parmi ces 146 patients, 95 (65,1 %) ont montré une amélioration clinique significative, tandis que 51 (34,9 %) n'ont pas répondu favorablement au traitement. L'âge moyen des patients ayant bien répondu au traitement était de 24,2 ± 5,8 ans, plus jeune que ceux n'ayant pas bien répondu (29,9 ± 6,4 ans), avec une différence statistiquement significative (odds ratio (OR) = 1,075 [IC à 95 % : 1,035-1,117]; $p<0,001$). Cette différence d'âge suggère que les jeunes patients ont tendance à mieux répondre à l'isotrétinoïne. En ce qui concerne la répartition par sexe, une prédominance féminine a été notée dans les deux groupes.
La sévérité de l'acné au début du traitement était un facteur prédictif majeur de la réponse. Parmi les patients ayant une acné sévère, 88,4 % ont bien répondu au traitement, contre seulement 56,9 % parmi ceux ayant une acné modérée à légère. Cela indique que l'isotrétinoïne est particulièrement efficace pour les formes sévères d'acné, avec un OR de 3,9 (IC 95 % : 2,2-7,1 ; $p<0,001$). Les antécédents familiaux d'acné semblent réduire l'efficacité de l'isotrétinoïne : 58,3 % des patients avec antécédents familiaux ont répondu favorablement contre 80,5 % chez ceux sans (OR = 0,38 ; IC 95 % : 0,19-0,77 ; $p = 0,01$). Le délai de consultation est également déterminant, avec un taux de réponse de 85,2 % pour les patients ayant consulté dans les 6 mois suivant l'apparition des lésions, contre 58,8 % pour ceux ayant attendu plus de 6 mois (OR = 4,5 ; IC 95 % : 2,1-9,4 ; $p<0,001$). La manipulation des lésions, le tabagisme et le surpoids réduisent l'efficacité de l'isotrétinoïne. Les patients manipulant leurs lésions avaient un taux de réponse de 60,4 % vs 82,1 % chez ceux qui ne les manipulaient pas (OR = 0,32 ; IC 95 % : 0,15-0,69 ; $p = 0,003$). Les fumeurs ont montré un taux de réponse de 54,3 % vs 72,8 % chez les non-fumeurs (OR = 0,45 ; IC 95 % : 0,21-0,95 ; $p = 0,03$), et les patients en surpoids ou obèses, 60,5 % vs 72,4 % chez les poids normaux (OR = 0,58 ; IC 95 % : 0,34-0,97 ; $p = 0,04$).Concernant les poussées inflammatoires, 32 % ont présenté une aggravation de leurs symptômes en début de traitement. Les facteurs prédictifs de poussée sévère incluaient le sexe masculin (OR = 2,3 [IC 95 % : 1,1-4,9]; $p<0,001$), une acné sévère (OR = 7,6 [IC 95 % : 3,9-14,9]; $p<0,001$), ainsi que la présence de nodules faciaux (OR = 2,5 [IC 95 % : 1,2-5,2]; $p<0,05$) et tronculaires (OR = 2,6 [IC 95 % : 1,1-6,1]; $p<0,001$).
Enfin, 29 % ont présenté une rechute après l'arrêt du traitement. Les facteurs associés à un risque accru de rechute étaient une durée de traitement inférieure à 6 mois (OR = 2,6 [IC 95 % : 1,3-5,3]; $p<0,001$), une dose cumulative totale inférieure à 120 mg/kg (OR = 4,5 [IC 95 % : 2,1-9,5]; $p<0,001$) et la présence de signes d'hyperandrogénie chez les femmes (OR = 1,9 [IC 95 % : 1,1-3,3]; $p<0,001$).

Discussion : Notre étude souligne l'importance de plusieurs facteurs cliniques et comportementaux dans la réponse à l'isotrétinoïne chez les patients acnéiques. Une meilleure efficacité est observée chez les jeunes adultes, probablement en raison d'une glande sébacée plus sensible et d'une régénération cutanée plus rapide. La sévérité initiale de l'acné influence également la réponse, les formes sévères répondant mieux au traitement, tandis que les formes légères ou modérées nécessitent parfois un suivi prolongé. Les antécédents familiaux positifs semblent réduire la réponse, suggérant un rôle génétique ou environnemental spécifique. La prise en charge précoce améliore le pronostic, tandis que la manipulation des lésions compromet l'efficacité du traitement. Les poussées inflammatoires initiales sont fréquentes, surtout chez les hommes et dans les formes nodulocystiques. Enfin, la rechute après arrêt du traitement dépend de la durée et de la dose cumulative, et l'hyperandrogénie féminine représente un facteur de risque majeur, justifiant une prise en charge combinée hormonale et rétinoïde.

Conclusion : L'identification des facteurs prédictifs d'une réponse favorable au traitement par rétinoïdes dans le cadre de l'acné est essentielle pour une prise en charge personnalisée et plus ciblée, optimisant ainsi les résultats thérapeutiques et réduisant les échecs.

Références :

1. Chia, H. et al. (2014). Effect of age on the clinical response to oral isotretinoin in the treatment of acne vulgaris. *Dermatology*, 228(3), 203-210.
2. Zaenglein, A.L. et al. (2016). Acne vulgaris: Epidemiology, pathogenesis, and treatment. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 74(1), 1-14.
3. Eichenfield, L. F., et al. (2016). "A review of the current guidelines for the management of acne vulgaris." *Journal of the American Academy of Dermatology*, 74(5), 880-888.
4. Bremmer, S. et al. (2021). Genetic factors in acne vulgaris: Role of heredity in treatment response. *Journal of Dermatology Research*, 36(2), 157-163.
5. Dreno, B. et al. (2017). Early treatment of acne vulgaris to reduce scarring: A review. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 31(1), 1-8.
6. Fulton, J.E. et al. (2015). The role of isotretinoin in the treatment of acne vulgaris. *American Journal of Clinical Dermatology*, 16(4), 265-272.
7. Patel, M., et al. (2022). "Nodulocystic acne and isotretinoin: clinical features and treatment response." *Journal of Dermatological Treatment*, 33(5), 302-308.
8. Harries, M., et al. (2021). "Sex differences in acne severity and treatment outcomes: A review of isotretinoin therapy." *International Journal of Dermatology*, 60(3), 345-350.
9. Gollnick, H. P., et al. (2019). "The role of therapy duration and cumulative dose in preventing acne relapse after isotretinoin treatment." *Dermatology*, 235(2), 145-150.
10. Choi, J. H., et al. (2020). "Isotretinoin dosage and acne relapse: A retrospective study of long-term outcomes." *Clinical and Experimental Dermatology*, 45(1), 91-96.
11. Azziz, R., et al. (2020). "Androgen excess and its role in acne vulgaris." *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 105(4), 1231-1239.

L'acné dans les troubles alimentaires

Boulhilat; M. El Amraoui; Y. Zemmez ; T. Hanafi; R. Frikh ; N. Hjira
Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction : Les troubles alimentaires (TA) peuvent avoir un impact significatif sur la santé et le bien-être général et peuvent causer de nombreux problèmes cutanés tels que l'acné. Bien que le lien entre l'acné et certaines autres troubles mentaux soit bien établi, il existe peu d'études évaluant les troubles alimentaires chez les patients acnéiques. Dans notre étude rétrospective, nous évaluons le lien entre ces deux phénomènes.

Matériel (ou, patients) et méthode : Cette étude a porté sur 254 patients souffrant d'acné et de différents troubles alimentaires entre janvier 2014 et janvier 2025. La gravité de l'acné a été évaluée par des dermatologues à l'aide de l'échelle d'évaluation de la gravité de l'acné (GAGS). Les patients ont rempli le test d'attitude alimentaire-26 (EAT) et l'échelle de qualité de vie liée à l'acné (AQLS). Résultats Sur les 254 cas, 75,17 % étaient des femmes et 24,83 % des hommes, avec un âge médian de 24,5 ans et un GAGS médian. Les troubles alimentaires étaient l'anorexie (10 %), la boulimie (32 %), l'hyperphagie boulimique (37 %) et d'autres troubles alimentaires (21 %) avec un EAT médian > 30. Ces troubles alimentaires étaient associés à d'autres problèmes de santé mentale dans 88 % des cas. Outre l'acné, d'autres observations dermatologiques étaient pertinentes dans 67 % des cas (xérose, hirsutisme, perte de cheveux, lanugo, caroténémie et signe de Russell).

Discussion : Sur la base de nos résultats et de ceux de deux autres études (États-Unis et Turquie), il existe une association accrue entre l'acné et les différents troubles alimentaires, même après ajustement pour d'autres troubles de santé mentale diagnostiqués. Il est donc pertinent de considérer l'acné comme un facteur de risque potentiel pour les troubles alimentaires (en tant que stimulus) ou comme un effet secondaire des changements hormonaux, et également les troubles alimentaires comme un mécanisme d'adaptation à l'acné (régime alimentaire extrême en cas de poussée d'acné), mais il n'y a pas de corrélation entre les troubles alimentaires et la gravité de l'acné.

Conclusion : l'acné et les troubles alimentaires ont des mécanismes psychopathologiques communs, ce qui rend cette association très fréquente. Nous devons donc la rechercher systématiquement et, surtout, orienter nos patients souffrant d'acné vers des spécialistes pour des évaluations plus approfondies.

Acné et intelligence artificielle : apport des applications mobiles au suivi et à l'éducation thérapeutique

Hajar Dahmani[1], Ouiame El Jouari[1], Salim Gallouj[1]

Introduction

L'essor des technologies mobiles et de l'intelligence artificielle (IA) a permis le développement d'applications permettant aux patients de réaliser des selfies standardisés, parfois avec filtres d'IA, pour évaluer la gravité de l'acné. Ces outils sont de plus en plus utilisés par le grand public, mais leur rôle en pratique dermatologique et leur impact sur l'adhésion thérapeutique restent à préciser. Dans cette optique, l'objectif de cette étude était d'explorer l'usage de ces plateformes, leur fiabilité et leur intérêt en complément du suivi dermatologique.

Matériels et méthodes :

Une étude observationnelle transversale a été menée auprès de 530 participants atteints d'acné, répartis en deux groupes : utilisateurs réguliers d'une application mobile d'auto-évaluation de l'acné (type AcneTrack ou équivalent) et non-utilisateurs. Les données ont été recueillies via un questionnaire en ligne portant sur le stade de l'acné, le type de traitement suivi, l'adhésion thérapeutique (évaluée en termes d'oublis de prise de traitement) et la réponse clinique à deux mois d'utilisation (mesurée par la réduction du nombre de lésions). Les comparaisons entre groupes ont été réalisées par analyse des proportions (test du Chi^2), avec un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$.

Résultats :

Parmi les 530 répondants, 246 (46,4 %) utilisaient régulièrement la plateforme et 284 (53,6 %) ne l'utilisaient pas. L'acné était le plus souvent légère à modérée, avec chez les utilisateurs 60 % de formes légères, 35 % modérées et 5 % sévères, contre respectivement 50 %, 40 % et 10 % chez les non-utilisateurs. Les traitements prescrits étaient majoritairement topiques seuls (55 % chez les utilisateurs vs 45 % chez les non-utilisateurs) ou associant topique et oral (45 % vs 55 %). L'adhésion thérapeutique était significativement plus élevée chez les utilisateurs (88 % vs 76 %, $p < 0,05$). Après 2 mois de traitement, une régression ≥ 50 % des lésions était observée chez 62 % des utilisateurs contre 48 % des non-utilisateurs.

Conclusion

L'utilisation régulière d'une application mobile d'évaluation de l'acné, associant selfies et intelligence artificielle, est liée à une meilleure adhésion thérapeutique et à une réponse clinique plus favorable. Ce type d'outil favorise également un meilleur comportement thérapeutique et se révèle prometteur pour le suivi et l'éducation des patients.

Acné et dysbiose intestinale: quelle corrélation ?

S. Alaoui, M. El Amraoui, R. Frikh, N. Hjira
Service de Dermatologie de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction

L'implication du microbiote intestinal dans les pathologies inflammatoires, dont l'acné, est de plus en plus suspectée. Cette étude explore les liens entre troubles digestifs, habitudes alimentaires et sévérité de l'acné.

Matériels et méthodes

Une étude observationnelle transversale a été réalisée auprès de 118 patients présentant de l'acné. Un questionnaire standardisé a recueilli les données cliniques, digestives et alimentaires. La sévérité de l'acné a été évaluée selon l'échelle Global Acne Evaluation (GEA). L'analyse statistique a été conduite avec Jamovi et R, en utilisant les tests de Fisher, Mann-Whitney et Kruskal-Wallis.

Résultats

L'étude a inclus 118 patients présentant de l'acné, dont 82,9 % de femmes, majoritairement âgées de 25 à 40 ans (67,8 %). La forme clinique était légère à modérée dans la majorité des cas, avec 87,4 % des patients classés entre les stades 0 et 2 selon l'échelle Global Acne Evaluation (GEA). Des troubles digestifs ont été rapportés par 79,7 % des participants. Les plus fréquents étaient les ballonnements (51,7 %), les gaz (45,8 %), la constipation (34,7 %) et le reflux gastro-œsophagien (23,7 %). Toutefois, aucune corrélation significative n'a été retrouvée entre la présence ou le nombre de troubles digestifs et la sévérité de l'acné ($p = 0,706$). En revanche, le nombre de troubles digestifs était significativement associé à la présence de signes fonctionnels généraux : fatigue chronique (47,5 %), chute de cheveux (49,2 %), troubles anxieux ou dépressifs (41,5 %) (ρ de Spearman = 0,427 ; $p < 0,001$). Sur le plan alimentaire, 93,2 % des patients rapportaient un lien entre certains aliments et les poussées d'acné. Les plus souvent impliqués étaient les sucres raffinés (66,9 %), les produits laitiers (59,3 %) et le gluten (78,8 %). Un régime d'éviction avait été tenté par 42,4 % des patients, et parmi eux, 67,2 % déclaraient une amélioration de leur acné, observée majoritairement dans le mois suivant le changement alimentaire.

Discussion

Nos résultats montrent une forte prévalence des troubles digestifs chez les patients acnéiques, bien que ces troubles ne soient pas associés à une acné plus sévère. Ce constat est en accord avec plusieurs études récentes qui soulignent l'importance du microbiote intestinal dans les maladies inflammatoires cutanées, sans pour autant établir un lien direct avec la sévérité de l'atteinte dermatologique. La corrélation observée entre les troubles digestifs et les signes systémiques (fatigue, anxiété, chute de cheveux) suggère une dysbiose intestinale fonctionnelle, ce qui rejoint les hypothèses actuelles sur l'axe intestin–peau–cerveau. Cette relation est documentée dans la littérature, notamment dans les travaux de Bowe & Logan, qui mettent en évidence le rôle des perturbations du microbiote dans la modulation de l'immunité, de l'inflammation et de l'humeur chez les patients acnéiques. Par ailleurs, notre étude montre que les patients perçoivent très fortement l'impact de l'alimentation sur leur acné, ce qui reflète une tendance observée dans d'autres cohortes. Les aliments à index glycémique élevé, les produits laitiers et le gluten sont régulièrement mis en cause, ce qui concorde avec les recommandations nutritionnelles proposées dans plusieurs revues récentes. L'amélioration subjective rapportée suite aux régimes d'éviction dans notre population (67,2 % des cas) soutient l'idée d'une influence potentielle de l'alimentation sur les poussées acnéiques, bien qu'il reste difficile d'en établir la causalité sans intervention contrôlée. Ces données appellent à une prise en charge globale de l'acné, intégrant une évaluation digestive et nutritionnelle individualisée.

Conclusion

L'étude met en lumière l'intérêt d'une approche globale de l'acné, intégrant l'évaluation des troubles digestifs et du régime alimentaire. Une exploration du microbiote intestinal pourrait permettre de mieux cibler les interventions thérapeutiques.

L'acné au quotidien : quand le mode de vie fait la différence

S.Alaoui, S.Hamada, N.Ammar, N.Ismaili, L.Benzekri, M. Meziane.

Introduction

L'acné est une affection inflammatoire chronique du follicule pilo-sébacé, fréquente chez les adolescents et les jeunes adultes. Si les mécanismes hormonaux, génétiques et microbiens sont bien établis, l'influence du mode de vie quotidien demeure insuffisamment explorée dans la pratique clinique. Certains facteurs tels que le stress, le sommeil, l'exposition solaire ou l'utilisation de cosmétiques sont potentiellement modifiables et pourraient influencer l'expression et la sévérité de la maladie. L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs comportementaux et environnementaux significativement associés à la gravité de l'acné, afin d'orienter vers une prise en charge plus personnalisée.

Matériels et Méthodes

Une étude observationnelle, transversale, a été menée pendant six mois (janvier–juin 2025) au service de dermatologie du CHU Ibn Sina de Rabat, avec un complément de recrutement via les réseaux sociaux. Ont été inclus 121 patients ayant un diagnostic clinique d'acné, en capacité de répondre à un questionnaire structuré. Les variables étudiées couvraient les données sociodémographiques, les habitudes de vie, les pratiques de soins cutanés et le stade de gravité de l'acné évalué selon l'échelle GEA (Global Evaluation Acne) de 0 à 5. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel Jamovi 2.2. Le seuil de significativité a été fixé à $p < 0,05$.

Résultats

L'étude a inclus 121 patients atteints d'acné, dont 72 % étaient des femmes. L'âge moyen était de 26,3 ± 7,4 ans, avec une prédominance de jeunes adultes. La majorité des participants présentaient une acné de sévérité légère à modérée, classée GEA 2 (46,3 %).

L'analyse statistique a mis en évidence plusieurs facteurs significativement associés à la gravité clinique de l'acné tels que le sexe féminin ($p < 0,001$), l'âge plus jeune ($p < 0,001$), le sommeil irrégulier ($p = 0,010$ et le stress ($p < 0,001$). L'exposition solaire fréquente ($p < 0,001$) ainsi que les changements saisonniers ($p = 0,019$) ont également été associés à la sévérité. Concernant les pratiques de soins, un nettoyage du visage trop fréquent ($p < 0,001$) et l'utilisation de produits topiques anti-acné ($p < 0,001$) étaient paradoxalement liés à une acné plus marquée, possiblement en lien avec une irritation cutanée ou une utilisation de produits inadaptés.

Par ailleurs, l'usage d'écrans solaires ($p = 0,002$), ainsi que l'emploi de remèdes naturels comme les plantes ou les recettes maison ($p = 0,001$), ont également été identifiés comme facteurs associés à une acné plus sévère dans cette population.

À l'inverse, certains facteurs classiquement suspectés n'ont pas montré de lien avec la gravité de l'acné. Notamment le recours à des cosmétiques couvrants pour camoufler l'acné ($p = 0,001$), l'habitat (urbain ou rural, $p = 0,067$), le tabagisme ($p = 0,072$), la consommation d'alcool ($p = 0,074$), l'usage de crèmes hydratantes ($p = 0,055$) ou encore la pratique d'une activité sportive régulière ($p = 0,414$).

Enfin, l'alimentation dite acnéogène, incluant les produits sucrés, les fast-foods et les produits laitiers, n'a pas été associée de manière significative à une acné plus sévère ($p = 0,325$), contrairement à ce que rapportent certaines publications.

Discussion

Les résultats révèlent un lien fort entre certains aspects du mode de vie et la sévérité de l'acné. Le sommeil irrégulier et le stress élevé sont significativement associés à une acné plus sévère. Cela rejoint la littérature, où l'activation de l'axe HHS (hypothalamo-hypophyso-surrénalien) en situation de stress entraîne une augmentation de la production du sébum et de l'inflammation cutanée.

Le sommeil irrégulier, quant à lui, induit des perturbations hormonales et immunitaires, aggravant les pathologies inflammatoires.

L'exposition solaire excessive, les changements saisonniers et l'utilisation fréquente de produits cosmétiques (y compris les écrans solaires, les maquillages couvrants inadaptés ou les remèdes naturels) apparaissent paradoxalement associés à une acné plus sévère. Ces résultats suggèrent que certaines pratiques, bien que motivées par une volonté de protection ou de camouflage, peuvent être inadaptées ou mal contrôlées, contribuant potentiellement à l'irritation ou à l'obstruction folliculaire.

En revanche, des facteurs souvent soupçonnés comme le tabac, l'alcool ou l'alimentation acnéogène n'ont pas montré d'association significative dans cette cohorte, contrairement à d'autres travaux ayant souligné le rôle de l'alimentation à index glycémique élevé ou des produits laitiers. Il est possible que la perception déclarative de ces comportements ou la taille de l'échantillon ait limité la mise en évidence de certaines associations.

Conclusion

Cette étude confirme l'impact déterminant de plusieurs éléments du mode de vie sur la gravité de l'acné, notamment le stress, le sommeil, l'exposition solaire et certaines pratiques cosmétiques. Ces facteurs, souvent négligés en consultation, doivent être intégrés dans l'évaluation et la prise en charge des patients. Une approche éducative et personnalisée, centrée sur les habitudes de vie, est essentielle pour optimiser l'efficacité thérapeutique et améliorer le pronostic et la qualité de vie des patients acnéiques.

Isotrétinoïne et réseaux sociaux : entre désinformation et risques cliniques

M. El Bakkali; O. El jouari; B. Khedija; S. Gallouj

Service de dermatologie, Centre Hospitalier Universitaire Mohamed VI, Tanger, Maroc

« Entre peur exagérée des effets secondaires et banalisation dangereuse du traitement, les réseaux sociaux façonnent la perception de l'isotrétinoïne et menacent l'adhésion thérapeutique des jeunes patients. »

Résumé

L'isotrétinoïne reste le traitement de référence de l'acné sévère et résistante, mais son utilisation demeure entachée de controverses, notamment en raison d'effets secondaires psychiatriques largement médiatisés. Parallèlement, les jeunes patients — principaux candidats à ce traitement — s'informent de plus en plus via les réseaux sociaux, qui constituent des espaces puissants mais non régulés de diffusion de contenus médicaux.

Nous avons conduit une analyse transversale de 90 publications non médicales (30 sur Instagram, 30 sur TikTok, 30 sur YouTube), sélectionnées aléatoirement. Chaque contenu a été évalué selon quatre critères : conformité aux recommandations dermatologiques, présence de références crédibles, biais émotionnel et clarté pour un public non expert.

Les résultats montrent une forte prévalence de désinformation et de récits émotionnels. Sur Instagram, 65 % des publications étaient inexactes ou simplifiées, souvent illustrées par des photos avant/après dépourvues de contexte médical. Sur TikTok, 50 % des vidéos contenaient des informations erronées, et le biais émotionnel atteignait 85 %, principalement via l'exagération des effets psychiatriques. YouTube présentait un meilleur taux de références (50 % de vidéos citant une source scientifique), mais 40 % restaient partiellement incorrectes et 60 % jouaient sur l'émotionnel.

Deux risques majeurs émergent : d'une part, le rejet ou l'abandon de l'isotrétinoïne sous l'influence de témoignages négatifs alarmistes ; d'autre part, l'usage anarchique et non supervisé, favorisé par des récits trop positifs présentant la molécule comme un « traitement miracle ». Ces dérives exposent particulièrement les adolescents et jeunes adultes, déjà vulnérables et surreprésentés sur ces plateformes.

Nos résultats confirment les observations d'études antérieures sur la désinformation dermatologique en ligne (Basch et al., 2022 ; Puri et al., 2020), mais mettent en lumière la spécificité de l'isotrétinoïne, où les conséquences cliniques sont particulièrement préoccupantes.

En conclusion, la désinformation sur l'isotrétinoïne dans les réseaux sociaux constitue un enjeu majeur en dermatologie, à la croisée de la santé publique et de la communication médicale. L'implication active des dermatologues dans l'espace numérique et la mise en place de mécanismes de validation de l'information en ligne apparaissent essentielles pour protéger les patients et préserver l'adhésion thérapeutique.

Rosacée cortico-induite chez un enfant de 9 ans : un défi diagnostique et thérapeutique

S. Lazouzi, B. Baghad, F-Z El Fatoiki, F. Hali, S. Chiheb
Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction :

La rosacée de l'enfant est une pathologie rare, souvent méconnue et difficile à diagnostiquer, en particulier lorsqu'elle survient sur un terrain de dermatose chronique. Nous rapportons un cas de rosacée cortico-induite chez un enfant suivi pour dermatite atopique.

Observation :

Un garçon de 9 ans, suivi pour une dermatite atopique, se présentait pour des lésions érythémateuses du visage évoluant depuis deux mois. L'interrogatoire révélait une automédication depuis un an par bétaméthasone topique, initialement efficace, suivie de l'apparition de lésions papuleuses jugales persistantes. L'examen clinique retrouvait des papules inflammatoires et quelques pustules sans comédons, associées à une atrophie cutanée et des télangiectasies s'étendant au cou et à la partie haute du thorax (Fig. 1). La dermoscopie montrait un érythème diffus, des télangiectasies linéaires et arborisées (Fig. 2), ainsi que des pustules, évoquant le diagnostic de rosacée cortico-induite. Le patient a été traité par métronidazole topique en gel à 0,75% puis par acide azélaïque, avec arrêt de la corticothérapie locale. L'évolution était favorable après six semaines.

Discussion :

La rosacée est une pathologie rare et souvent méconnue chez l'enfant, en particulier lorsqu'elle survient sur un terrain de dermatose chronique comme la dermatite atopique. L'absence de critères pédiatriques validés et la similitude clinique avec d'autres dermatoses retardent le diagnostic. Dans notre observation, l'automédication prolongée par dermocorticoïdes puissants a initialement amélioré les lésions eczémateuses, mais a secondairement induit puis aggravé la rosacée, rendant son diagnostic d'autant plus difficile. Le diagnostic précoce a permis l'arrêt des dermocorticoïdes et la mise en place d'un traitement adapté, qui, comme chez l'adulte, repose sur le métronidazole topique, l'acide azélaïque, et les antibiotiques systémiques dans les formes sévères. La bonne réponse clinique observée chez notre patient illustre l'intérêt d'un diagnostic rapide pour limiter la corticothérapie prolongée et ses effets secondaires cutanés.

Conclusion :

Rare et souvent méconnue, la rosacée de l'enfant représente un véritable défi diagnostique, notamment en présence d'une dermatose chronique. Elle doit être suspectée devant toute éruption faciale persistante ou atypique, surtout en cas d'usage prolongé de dermocorticoïdes. Une identification précoce est cruciale pour prévenir les complications cutanées et optimiser la prise en charge.

Fig.1

Fig. 2

Allergologie et toxidermies

Dermatite de contact allergique à l'huile d'argan utilisée pour les sourcils : une dermose culturelle émergente avec enjeux pour la sécurité cosmétique mondiale

S.BARAZ, R.BABA, M.AMRAOUI, Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA
Service de dermatologie vénérologie, Hopital militaire d'instruction Mohammed V RABAT

Introduction :
L'huile d'argan, emblème du patrimoine botanique marocain, est largement utilisée à des fins cosmétiques, tant localement qu'à l'international. Bien que réputée naturelle et bénéfique pour la peau et les cheveux, elle reste un produit non standardisé dans ses formes artisanales. Peu de cas de dermatite de contact allergique à l'huile d'argan ont été rapportés dans la littérature, et encore moins lorsqu'elle est appliquée sur une zone spécifique telle que les sourcils. Ce cas illustre une réaction eczémateuse localisée à cette huile dans un contexte d'usage culturel répandu, soulevant des questions de diagnostic, d'identification allergénique et de sécurité des cosmétiques dits « naturels ».

Observation :
Une adolescente de 17 ans, en bonne santé générale, a consulté pour une éruption prurigineuse sévère, évoluant depuis 4 semaines, localisée exclusivement aux deux sourcils. Les lésions étaient apparues 15 jours après le début de l'application quotidienne d'huile d'argan artisanale, dans le cadre d'un rituel de beauté visant à densifier les sourcils. Malgré l'arrêt du produit et l'usage d'hydrocortisone topique pendant 10 jours, aucune amélioration n'a été notée. L'examen clinique retrouvait un érythème œdémateux intense, bien limité à l'arcade sourcilière, avec desquamation, croûtes séro-hématiques épaisses, et présence de micro-pustules folliculaires. Il n'existait pas d'atteinte des cheveux, des ongles ni de symptômes systémiques. L'examen dermoscopique montrait des pustules folliculaires sur fond érythémateux, sans éléments évocateurs de psoriasis. Le test épicutané, réalisé avec la série standard européenne (ESCD) complétée par de l'huile d'argan (5% dans vaseline), retrouvait une réaction positive forte (++ à 72 h) uniquement pour l'huile d'argan. Les examens bactériologiques et mycologiques étaient négatifs. Le diagnostic de dermatite de contact allergique à l'huile d'argan a été retenu. Le traitement par tacrolimus 0,1% topique a permis une nette amélioration en deux semaines.

Discussion :
L'huile d'argan contient des acides gras insaturés, du squalène, des tocophérols et des polyphénols. L'oxydation de ses composants, notamment dans les préparations artisanales, pourrait générer des haptènes responsables de sensibilisation. La région des sourcils, riche en follicules, estb particulièrement perméable aux allergènes liposolubles. Ce cas souligne aussi un biais fréquent : l'idée que les produits « naturels » seraient exempts de toxicité ou d'allergénicité. À l'échelle locale, une enquête récente montre que plus de 60 % des femmes marocaines utilisent régulièrement de l'huile d'argan à visée cosmétique. Pourtant la traçabilité, la conservation et la composition exacte de ces préparations sont rarement contrôlées. Ce cas met en lumière l'importance de penser à une allergie de contact devant une dermatose faciale localisée, d'interroger sur l'usage de produits traditionnels, et d'inclure ces substances dans les séries de tests épicutanés, notamment en zone endémique.

Conclusion :
Ce cas, à notre connaissance le premier documenté sur une localisation sourcilière, illustre la nécessité d'une vigilance accrue face aux produits traditionnels, souvent considérés comme inoffensifs. Il interpelle sur la sécurité des cosmétiques artisanaux et plaide pour une intégration des pratiques culturelles dans l'approche diagnostique des dermatoses de contact. Une sensibilisation des patients, mais aussi des professionnels, est indispensable pour une cosmétovigilance adaptée aux réalités locales.

SDRIFE induit par amoxicilline-acide clavulanique chez une femme enceinte : À propos d'un cas rare

Sanae Aquel, Mohamed Houbayeli, Layla Bendaoud, Meryem Aboudourib, Ouafa Hocar, Said Amal
Service de Dermatologie, Centre hospitalier universitaire Mohammed VI, Marrakech, Maroc.

Introduction :

Le syndrome de Babouin, ou SDRIFE (*Symmetric Drug-Related Intertriginous and Flexural Exanthema*), est une dermatose médicamenteuse rare, caractérisée par un exanthème symétrique des zones intertrigineuses et fessières, sans atteinte systémique. Il résulte d'une exposition systémique à un médicament, souvent chez des patients préalablement sensibilisés. L'amoxicilline-acide clavulanique en est l'un des agents les plus fréquemment impliqués.

À ce jour, aucun cas n'a été rapporté chez la femme enceinte dans ce contexte, malgré l'utilisation courante de cet antibiotique durant la grossesse , ce qui rend ce cas exceptionnel et pertinent à signaler, à la fois pour sa rareté et pour la prise en charge dermatologique spécifique chez la femme enceinte. Nous rapportons ici une observation de SDRIFE chez une femme enceinte induit par l'amoxicilline-acide clavulanique.

Observation :

Il s'agit d'une patiente de 24 ans, enceinte de 39 semaines d'aménorrhée, suivie pour asthme, ayant présenté une infection urinaire nécessitant la prescription d'amoxicilline-acide clavulanique à la dose de 3g/j. 48h après le début du traitement, elle a développé une éruption **érythémateuse**, associée à des **plages érosives surmontées de pustules**, localisée au niveau de la **région fessière**, puis s'étendant jusqu'à la **moitié inférieure du dos**, tout en **respectant la région génitale antérieure**. La patiente ne présentait ni atteinte muqueuse, ni signes systémiques.

Les examens biologiques (NFS, bilan hépatique et rénal) étaient normaux. L'examen histologique d'une **biopsie cutanée** a révélé un **infiltrat dermique et péri vasculaire riche en lymphocytes, polynucléaires neutrophiles et éosinophiles en faveur de diagnostic.**

L'évolution obstétricale a montré un bon état fœtal, sans anomalie cliniques ni biologiques.
L'évolution maternelle a été favorable, marquée par une nette amélioration après l'arrêt de l'antibiotique incriminé et l'application de dermocorticoïde, avec une quasi-résolution complète de l'éruption.

Discussion :

Le syndrome du babouin (BS) est une dermatite de contact systémique survenant après une exposition systémique à un allergène chez des individus préalablement sensibilisés. Il a été décrit pour la première fois en 1984 par Andersen . En 2004, Hausermann et al. ont proposé le terme SDRIFE (Symmetrical Drug-Related Intertriginous and Flexural Exanthema) .

Le SDRIFE est défini par les critères suivants : Une exposition systémique à un médicament, érythème bien limité au niveau de la région péri-anale et fessière, ou prenant la forme d'un érythème en V touchant les régions inguinales et péri-génitales , une atteinte d'au moins un autre pli cutané, une symétrie des lésions , et l'absence de signes ou de symptômes systémiques .

Le SDRIFE peut survenir quelques heures à quelques jours après l'exposition à l'agent responsable, et peut survenir à tout âge . Son mécanisme exact reste mal élucidé , mais il s'agirait d'une réaction immunitaire retardée de type IV , impliquant des lymphocytes T induisant une inflammation localisée, exacerbée par la chaleur et l'humidité des zones de plis.

Le diagnostic différentiel inclut plusieurs dermatoses inflammatoires , telles que la dermatite de contact allergique, la dermatite irritative , le psoriasis inversé, ainsi que des infections cutanées comme l'intertrigo ou la teigne crurale.

Plusieurs cas de SDRIFE après prise d'amoxicilline-acide clavulanique ont été rapportés. Cependant, d'autres médicaments sont aussi impliqués, comme la rivastigmine, la rispéridone ou encore le valaciclovir . Le traitement repose essentiellement sur l'arrêt immédiat du médicament suspecté, associé à une prise en charge symptomatique, avec une évolution généralement rapide et favorable.

Ce cas présente un intérêt particulier du fait de la rareté du SDRIFE chez la femme enceinte, en particulier suite à une prise d'amoxicilline-acide clavulanique . À notre connaissance, aucun cas similaire n'a été décrit dans la littérature, les rares observations rapportées en cours de grossesse étant principalement associées à une infection par le parvovirus B19 , sans prise médicamenteuse concomitante . Or, l'amoxicilline-acide clavulanique est couramment prescrite pendant la grossesse et bénéficie d'un bon profil de tolérance, ce qui rend cette réaction d'hypersensibilité d'autant plus inattendue. Ce cas souligne également que les modifications immunologiques propres à la grossesse pourraient favoriser l'émergence de réactions cutanées atypiques, et souligne l'importance de considérer ce diagnostic en contexte obstétrical.

Conclusion :

Bien que rare chez la femme enceinte , le SDRIFE doit être évoqué devant toute éruption symétrique des plis, surtout chez les patientes ayant récemment reçu un traitement médicamenteux. Il est essentiel , pour les cliniciens de reconnaître et différencier cette réaction d'hypersensibilité des autres dermatoses, afin d'éviter toute réexposition accidentelle.

Ce cas met également en lumière la nécessité d'une vigilance accrue en pharmacovigilance pour mieux documenter ces réactions rares mais potentiellement déroutantes en pratique clinique.

Dermatite atopique suivant les lignes de Blaschko chez un adulte : une présentation exceptionnelle, à propos d'un cas.

Salma Abid, Hasnaa Zerhouni, Najoua Ammar, Syrine Hamada, Mariame Meziane, Nadia Ismaili, Laïla Benzekri
Service de dermatologie-vénérologie du CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc.

La dermatite atopique (DA) est une dermatose inflammatoire chronique fréquente, habituellement caractérisée par une atteinte symétrique des zones de flexion dès l'enfance. Une distribution suivant les lignes de Blaschko est classiquement décrite dans les dermatoses monogéniques en mosaïque, mais reste tout à fait exceptionnelle dans les affections polygéniques comme la DA. Seuls quelques cas isolés sont rapportés dans la littérature. Nous rapportons un cas de dermatite atopique blaschkolinéaire de l'adulte, afin de souligner l'importance de cette présentation atypique, souvent sévère et réfractaire aux traitements conventionnels.

Un homme de 41 ans, ayant des antécédents de rhinoconjonctivite allergique, de toux chronique et d'hypoacousie bilatérale depuis l'enfance, consultait pour des lésions prurigineuses évoluant depuis 3 mois. L'éruption avait débuté aux avant-bras et à l'abdomen, puis s'était progressivement étendue au tronc et aux membres inférieurs. L'examen clinique retrouvait des plaques érythémato-violines lichénifiées, disposées selon les lignes de Blaschko, siégeant aux bras, fesses et abdomen, associées à une hyperkératose palmaire, associée à des papules excoriées. L'étude histologique montrait une hyperkératose avec spongiose, compatible avec une dermatite atopique. La corrélation clinico-histologique, avec le terrain d'atopie, nous a permis de retenir le diagnostic de dermatite atopique sur les lignes de Blaschko.

La dermatite atopique est l'une des dermatoses inflammatoires les plus fréquentes, néanmoins, seulement une dizaine de cas de disposition segmentaire sur les lignes de Blaschko ont été rapportés dans la littérature. La présence d'une atteinte cutanée plus sévère d'une maladie de disposition segmentaire, chez un patient attaint de cette même pathologie est appellee une manifestation segmentaire superpose. [1]
Sur les 9 cas rapportés dans la littérature, à notre connaissance, l'atteinte était linéaire, unilatérale, pouvant toucher plusieurs localisations, chez des patients présentant tous un terrain atopique.
Elle pourrait donc être plus fréquente qu'il n'y paraît. Cette distribution segmentaire peut passer inaperçue, surtout en l'absence de lésions typiques symétriques de DA et/ou de signes extra-cutanés d'atopie. Chez notre patient, la présentation initiale avait soulevé la possibilité d'un mycosis fungoïdes. La disposition clinique particulière, l'histoire personnelle d'atopie et les données histologiques nous ont permis de redresser le diagnostic.

Les formes segmentaires sévères de maladies polygéniques constituent un modèle unique d'étude du mosaïcisme en dermatologie. Leur reconnaissance est essentielle, car elles se caractérisent souvent par une sévérité accrue et une résistance aux thérapeutiques habituelles.

Dermatite de contact iatrogène en contexte d'anesthésie spinale

S. Alaoui, M. El Amraoui, R. Frikh, N. Hjira
Service de dermatologie de Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction

Les éruptions cutanées localisées survenant après une intervention sous anesthésie peuvent refléter une dermatite de contact, notamment en lien avec les antiseptiques topiques utilisés en préopératoire.

Observation

Une patiente de 32 ans, sans antécédents allergiques, a présenté 48 heures après une aspiration utérine sous rachianesthésie (indiquée pour une mort fœtale intra-utérine) un érythème bien circonscrit du dos, des fesses et de la face postérieure des cuisses. La zone atteinte correspondait strictement à celle du badigeonnage préopératoire à la povidone iodée. L'éruption était légèrement prurigineuse, non infiltrée, sans signes systémiques associés. Une antibiothérapie prophylactique avait également été administrée. Un traitement par dermocorticoïdes topiques a permis une régression complète de l'érythème en quelques jours, sans séquelles.

Discussion

La dermatite de contact induite par la povidone iodée est rare mais bien décrite, notamment dans les contextes de soins invasifs. L'aspect bien limité aux zones exposées, l'absence d'atteinte générale et l'évolution favorable sous dermocorticoïdes confortent ce diagnostic. Le diagnostic différentiel inclut une toxidermie ou une dermite positionnelle, moins probables ici.

Conclusion

Cette observation met en évidence une dermatite de contact post-anesthésique probablement liée à la povidone iodée. Sa reconnaissance permet une prise en charge rapide et la prévention de récidives lors de procédures futures.

Amylose papuleuse sur dermatite atopique

W. Boudi[1]; Y. Farai[1]; S. El Mellouki[1]; L. Alami[1]; M. El Amraoui[1]; I. Anouar[1]; Z. Youssef[1]; T. Hanafi[1]; R. Frikh[1]
[1]Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction : L'amylose cutanée est une pathologie rare, caractérisée par l'accumulation de dépôts amyloïdes dans le derme. Parmi ses formes localisées, l'amylose papuleuse est généralement bénigne, mais peut survenir dans un contexte inflammatoire chronique. Ce cas illustre une présentation peu commune, associée à une dermatite atopique, chez une jeune adulte.

Observation : Une patiente de 32 ans, phototype IV, connue pour des antécédents d'asthme dans l'enfance et de rhinite allergique, consulte pour un prurit diffus, résistant aux soins habituels . L' e x a me n d e r ma t o l o g i q u e me t e n é v i d e n c e d e s p l a q u e s érythémato-vésiculeuses aux contours irréguliers, mal définis, localisées à la nuque, aux plis axillaires et inguinaux, ainsi qu'à la poitrine. Le visage présente également des lésions, tandis que les bras et les jambes montrent des zones lichénifiées et hyperpigmentées , témoignant d'un grattage chroniques. Les muqueuses et les phanères ne présentent pas d'anomalie. L'examen général est sans particularité, et le bilan biologique revient normal. Une biopsie cutanée est réalisée. Elle montre un épiderme modérément épaissi, avec papillomatose, hyperkératose compacte et parakératose focale. Une spongiose modérée est présente, accompagnée d'une exocytose lymphocytaire et de quelques kératinocytes apoptotiques. Au niveau des papilles dermiques, on retrouve des dépôts acidophiles feuilletés, positifs à la coloration PAS (Periodic Acid-Schiff) et mis en évidence au cristal violet. Une incontinence pigmentaire superficielle est également notée. Un traitement à base de dermocorticoïdes topiques, émollients et antihistaminiques a été prescrit. Au niveau du visage, l'application de tacrolimus a permis une amélioration nette des lésions et du prurit.

Discussion : Le tableau clinique, renforcé par les données histologiques, oriente vers une amylose papuleuse développée sur un terrain de dermatite atopique. Bien que peu fréquente, cette association a été rapportée dans plusieurs observations. Les formes localisées d'amylose cutanée apparaissent souvent dans des zones de frottement ou de grattage chronique, ce qui est compatible avec le contexte atopique de notre patiente. La littérature souligne que ces cas sont probablement sous-estimés, leur diagnostic reposant essentiellement sur l'analyse histologique. Les lésions peuvent mimer un eczéma chronique, ce qui retarde parfois la mise en place d'un traitement adapté.

Conclusion : Ce cas rappelle l'intérêt de réaliser une biopsie devant des lésions prurigineuses atypiques, en particulier chez les patients atopiques. Un diagnostic précis permet d'instaurer une prise en charge ciblée, centrée sur le contrôle de l'inflammation et du prurit, contribuant ainsi à améliorer la qualité de vie.

L’allergie au PPD : Une préoccupation qui ne concerne pas que les femmes.

A.Cheab, F.Hali, S.Chiheb
Service de dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

La dermatite de contact ou eczéma de contact est une réaction cutanée résultant de l'exposition à des substances allergènes provoquant une dermatite de contact allergique ou irritantes entrant dans le cadre d’une dermatite d’irritation. Si l’atteinte des paupières est fréquemment observée, celle de la région de la barbe demeure plus rare. Nous rapportons le cas d’un patient ayant développé un eczéma de contact suite à l’application d’une teinture capillaire au niveau de la barbe.

Observation :

Il s’agit d’un patient de 31 ans, sans antécédents pathologiques notables, consultant pour une éruption vésiculeuse prurigineuse survenue environ huit heures après l’application d’un shampoing colorant de la barbe. L’examen clinique retrouvait des lésions érythémato-vésiculeuses bien limitées, siégeant sur l’ensemble de la région de la barbe, constituées de petites vésicules à contenu clair regroupées en placards inflammatoires aux contours irréguliers. Certaines vésicules étaient rompues, laissant place à des érosions suintantes, L’érythème était intense, avec un œdème sous-jacent marqué, et des squames fines en périphérie des plaques. Le patient rapportait un prurit important, sans douleur spontanée ni signe de surinfection secondaire. L’examen des muqueuses, notamment labiale et buccale, était normal, et le reste du revêtement cutané indemne. Devant la chronologie des symptômes et l’aspect clinique des lésions, le diagnostic d’eczéma de contact aigu au paraphénylènediamine (PPD) a été retenu. Le patient a été pris en charge par l’application de dermocorticoïdes d’intensité modérée associée à des mesures d’éviction de la substance incriminée, avec une évolution favorable marquée par une régression des lésions en quelques jours, sans complication.

Discussion :

Les colorations permanentes, encore appelées «teinture d’oxydation» permettent une coloration permanente des cheveux, cependant, indépendamment des différents effets esthétiques attendus, ces produits de coloration contiennent des molécules allergisantes comme la PPD.
Cette molécule découverte pour la première fois en 1909 est connue comme capable de produire des réactions allergiques, dont certaines sont graves. Deux types de réactions allergiques sont possibles selon la classification de GELL et COOMBS : les plus fréquentes sont les réactions allergiques retardées de type IV, suivi des réactions allergiques immédiates de type I, immunoglobulines E (IgE) dépendantes.
Ces réactions allergiques se traduisent, dans la majorité des cas, par un eczéma de contact qui survient quelques heures voire quelques jours après la réalisation de la coloration.
Les dermocorticoïdes restent le traitement local de première intention des eczémas causés pas les produits cosmétiques.

Conclusion :

Bien que les réactions allergiques à la paraphénylènediamine (PPD) soient souvent associées aux femmes, ce risque concerne également les hommes , notamment en raison de l'utilisation croissante de produits de coloration pour la barbe. Cette réalité souligne l’importance d’une sensibilisation inclusive, ciblant à la fois les hommes et les femmes

Érythème pigmenté fixe généralisé après ingestion de viande de cheval : implication alimentaire ou toxidermie cachée ?

S. Hachich [1]; R. Zerouati[1]; A. Diouri[1]; N. El Omari[1]; M. El Amraoui[1]; I. Anouar[1]; Z. Youssef[1]; T. Hanafi[1]; R. Frikh[1]
[1]Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction : L'érythème pigmenté fixe est une dermatose récurrente caractérisée par la présence de macules érythémato-violacées, à bordure bien délimitée. Elle est le plus souvent d'origine médicamenteuse, plus rarement de cause alimentaire. La recherche du déclencheur en cause est parfois complexe, surtout en cas de suspicion de contaminant alimentaire. La réintroduction de l'agent responsable entraîne la récidive des lésions au même site, laissant place à une pigmentation résiduelle.

Observation : Il s'agit d'une patiente de 47 ans, avec comme antécédents une éruption maculeuse érythémateuse récurrente depuis 2011, localisée principalement sur les membres et le tronc, survenant après la prise de certains médicaments (paracétamol, vitamine C et pilule contraceptive), l'exposition à la chaleur et lors de la période prémenstruelle ou après ingestion de certains aliments (poisson). L'épisode actuel a été déclenché après la consommation de viande de cheval épicée par du gingembre. Aucune notion de prise médicamenteuse n'a été retrouvée. À l'examen : de multiples macules érythémato-violacées, arrondies, bien limitées, douloureuses, non prurigineuses, étendues sur tout le tégument, sans atteinte muqueuse. De multiples lésions cicatricielles. La biopsie cutanée retrouve : un revêtement épidermique sans anomalie, un infiltrat inflammatoire mononuclée avec une incontinence pigmentaire importante au niveau du derme sous-jacent, concluant à un EPF.

Discussion : L'origine alimentaire, ici la viande de cheval, est suspectée en tant que déclencheur d'érythème pigmenté fixe.Si certains cas rares d'EPF induits par des épices ont été décrits dans la littérature, une toxidermie liée à la présence potentielle d'antibiotiques, notamment les quinolones, dans la viande ne peut être exclue. En effet, les quinolones, souvent incriminées dans la survenue d'EPF médicamenteux, renforcent cette hypothèse.
L'identification précise de la cause est souvent difficile en raison de l'absence de preuve analytique directe, notamment l'analyse toxicologique de la viande consommée ou le dosage sanguin des substances incriminées. Ce cas souligne l'importance de la pharmacovigilance alimentaire, un domaine encore peu exploré, mais crucial pour détecter les réactions médicamenteuses secondaires à des résidus alimentaires. Les toxidermies alimentaires représentent un défi diagnostique important, d'autant plus que les patients et les cliniciens ne soupçonnent pas toujours cette origine. Dans ce contexte, la prise en charge repose sur un interrogatoire alimentaire rigoureux, une biopsie cutanée pour confirmer la nature de la lésion et, idéalement, des investigations complémentaires (analyses toxicologiques, patch-tests médicamenteux) permettant de confirmer l'agent causal. Une sensibilisation accrue des professionnels de santé à ce risque méconnu est également nécessaire pour améliorer la prévention et la prise en charge de tels cas.

Conclusion : Un EPF peut révéler une toxidermie alimentaire lorsque des résidus médicamenteux sont présents dans la nourriture. La biopsie confirme le diagnostic, et l'interrogatoire alimentaire attentif est indispensable pour la prise en charge et la prévention des récidives. Le seul vrai garant de la guérison est l'éviction de l'agent responsable.

Dermatite de contact allergique après tatouage artisanal en milieu carcéral : série de cas

Aimane Zaim, Zakia Douhi, Meryem Soughi, Sara Elloudi, Hanane Baybay, Fatima Zahra Mernissi

Service de Dermatologie, CHU HASSAN II, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Fès, Maroc

Introduction :
Le tatouage est une pratique répandue. En milieu carcéral, les tatouages sont souvent réalisés de manière artisanale, avec du matériel de fortune (aiguilles métalliques improvisées, mélanges d'encres non conventionnelles), exposant à des substances potentiellement irritantes ou allergisantes. Cette série de cas a pour objectif de décrire des cas de dermatite de contact allergique (DCA) survenus après des tatouages artisanaux réalisés chez des détenus, impliquant des substances inhabituelles telles que de l'encre de stylo et le contenu de piles alcalines.

Matériels et méthodes : Lors d'une caravane médicale en établissement pénitentiaire, 7 détenus ont été examinés pour des lésions eczémateuses localisées au site d'un tatouage récent. Tous avaient utilisé un mélange d'encre de stylo et de contenu de piles alcalines, injecté à l'aide d'aiguilles métalliques improvisées (antennes télescopiques de radio transistor). Chaque patient a bénéficié d'un examen clinique et d'une dermoscopie polarisée. Les tests épicutanés n'ont pu être réalisés en raison de contraintes logistiques.

Résultats : Tous les patients étaient de sexe masculin, âgés en moyenne de 22 ans. Les tatouages étaient localisés sur les avant-bras (n=6) et le dos de la main (n=1). Les lésions sont apparues dans un délai de 2 à 7 jours post-tatouage, toutes prurigineuses. Cliniquement, elles étaient croûteuses (n=4), érythémateuses (n=2) ou vésiculeuses (n=1), avec une bordure émiettée (n=4) et des lésions satellites (n=2). La dermoscopie montrait un fond rouge terne à jaunâtre avec des points/globules jaune-orangé (n=7). Des vaisseaux en points étaient présents dans tous les cas, avec une vascularisation polymorphe dans 3 cas. Leur distribution était majoritairement en patchy (n=6) ou homogène en périphérie du tatouage (n=4). Des squames blanchâtres à distribution hétérogène étaient visibles dans 5 cas. Des croûtes jaune-orangé ont été observées dans 6 cas. L'ensemble des éléments cliniques et dermoscopiques a conduit au diagnostic de DCA secondaire à une injection transdermique de substances potentiellement allergisantes, parmi lesquelles figurent les métaux (nickel), les composants des piles (sels de zinc, hydroxyde de potassium, dioxyde de manganèse) et les solvants ou colorants de l'encre de stylo (azoïques, phénols…).

Discussion :
Avec la popularisation des tatouages, l'incidence des réactions cutanées liées aux encres augmente. Ces complications incluent principalement des réactions inflammatoires (DCA, granulomateuses, lichénoïdes, pseudolymphomateuses, auto-immunes), infectieuses (superficielles ou profondes) et plus rarement tumorales (bénignes ou malignes). D'autres manifestations, telles que des réactions photo-induites ou des séquelles esthétiques (migration pigmentaire, cicatrices), sont également possibles. Ces réactions peuvent survenir précocement, dans les premiers jours suivant le tatouage, ou plusieurs années plus tard. La DCA constitue la forme la plus classique d'hypersensibilité aux encres, se manifestant par des lésions érythémateuses, œdémateuses, vésiculeuses, bulleuses ou croûteuses, le plus souvent prurigineuses. Bien que généralement limitée à la zone tatouée, elle peut parfois être plus étendue chez des sujets déjà sensibilisés. Elle apparaît typiquement 1 à 3 jours après le contact avec l'agent responsable et se résout spontanément en quelques semaines ou mois. Si la prévalence globale des réactions liées aux tatouages varie entre 2 et 30 %, moins de 1 % des cas correspondent à de véritables DCA. Les pigments rouges et noirs sont les plus souvent impliqués, et les encres contiennent divers métaux, le nickel et le chrome étant particulièrement sensibilisants. Dans notre série, la réalisation de tatouages artisanaux en milieu carcéral constitue un facteur de risque supplémentaire, illustrant un contexte où une sensibilisation croisée à des agents inhabituels joue un rôle central.

Conclusion :
Cette série illustre des cas de DCA sur tatouages improvisés. Elle suggère une sensibilisation croisée à des substances allergisantes inhabituelles, peu décrites en littérature, justifiant une vigilance particulière et un encadrement sanitaire dans ces contextes à risque.

Dermatite actinique chronique et exposition prolongée au cannabis

I.Zakraoui ; B.Baghad ; F.Hali ; S.Chiheb

Service de Dermatologie et de Vénérologie, CHU Ibn Rochd, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca, Université Hassan II, Maroc

Introduction :

La dermatite actinique chronique (DAC) est une photodermatose rare, caractérisée par une dermatite eczématiforme lichénifiée touchant préférentiellement les zones photo-exposées, associé à une photosensibilité marquée et une évolution chronique, avec souvent des antécédents personnels d'allergies de contact et de photoallergies. L'association potentielle entre DAC et une exposition chronique au cannabis reste peu décrite dans la littérature. Nous rapportons un cas clinique suggérant un lien entre une DAC sévère et une exposition prolongée au cannabis.

Observation :

Un patient âgé de 57 ans, agriculteur dans la culture du cannabis durant 20 ans
avec notion de photoexposition chronique, tabagique chronique à 10 paquets/années, avec antécédent de consommation de cannabis actuellement sevré, consultait pour des lésions cutanées prurigineuses au niveau des zones photoexposées évoluant depuis 5 ans. L'examen dermatologique révélait un érythème facial infiltré, diffus, avec atrophie cutanée, fissures et érosions ponctuelles, ainsi que des macules hypochromiques vitiligoïdes au visage, aux membres supérieurs et inférieurs. Des papules lichénoïdes sur les avant-bras, une hyperkératose palmo-plantaire fissuraire associée à une xérose marquée. Les ongles des mains étaient dystrophiques avec xanthonychie et hyperkératose sous-unguéale. Une poliose localisée était également notée au niveau du cuir chevelu. Une prise en charge associant une photoprotection rigoureuse, hydroxychloroquine (400 mg/j), corticothérapie systémique (0,5 mg/kg/j), photothérapie UVB et application topique de tacrolimus à 0,1% a permis une amélioration progressive des lésions.

Discussion :

Ce tableau clinique associant une exposition professionnelle prolongée au cannabis sous un rayonnement solaire intense suggère un lien potentiel entre la DAC et l'exposition prolongée au cannabis, en particulier dans un contexte professionnel d'agriculteur cultivant du cannabis. L'association entre la DAC et l'exposition solaire est bien établie, mais l'impact du cannabis sur cette affection reste mal compris.
L'exposition chronique aux UV et aux composés du cannabis pourrait induire des mécanismes phototoxiques et/ou photoallergiques, exacerbant les lésions cutanées chez certains individus.

Conclusion :

Ce cas inédit souligne l'importance d'investiguer les expositions professionnelles particulières, telles que la culture du cannabis, dans le diagnostic de la DAC. Les travailleurs exposés au cannabis pourraient présenter un risque de développer cette affection, et il est essentiel de renforcer la prévention et d'optimiser la prise en charge de cette dermatose rare.

Dermatite atopique récalcitrante chez l'enfant : pensez à l'allergie alimentaire

Introduction

La dermatite atopique (DA) est une dermatose inflammatoire chronique et multifactorielle, fréquente chez l'enfant. Sa physiopathologie repose sur plusieurs mécanismes intriqués : anomalies structurelles de la barrière cutanée, dysrégulation immunitaire, susceptibilité génétique et déséquilibre du microbiome cutané. La maladie débute le plus souvent au cours de la petite enfance.

La dermatite atopique et l'allergie alimentaire (AA) partagent une voie inflammatoire de type 2 et coexistent fréquemment. Toutefois, la proportion exacte de patients atteints simultanément par ces deux affections, ainsi que l'influence de la sévérité de la DA sur la force de cette association, restent encore mal définies. Dans ce travail, nous rapportons une série de cas pédiatriques illustrant le lien clinique entre DA et AA, et soulignant l'importance de rechercher une allergie alimentaire devant certaines présentations cliniques.

Rapport de cas

Nous rapportons 6 cas âgés de 8 mois à 10 ans, ayant en commun une atteinte cutanée prédominante du visage, une dermatite atopique sévère, une résistance aux dermocorticoïdes topiques correctement utilisés, une aggravation nette des symptômes après ingestion de certains aliments et une amélioration significative après instauration d'un régime d'éviction ciblé. L'éviction des aliments identifiés comme déclencheurs a permis une amélioration notable du tableau cutané, avec diminution de la sévérité des lésions et meilleure qualité de vie.

Conclusion :

La dermatite atopique réfractaire à un traitement bien conduit et adapté doit faire évoquer la possibilité d'une allergie alimentaire sous-jacente. Cette hypothèse doit être envisagée quel que soit l'âge de l'enfant, la sévérité de la maladie ou les antécédents familiaux d'atopie. L'identification précoce des aliments déclencheurs et leur éviction, lorsqu'elle est justifiée et validée médicalement, permettent une amélioration significative de l'évolution clinique et contribuent à réduire la charge de la maladie.

SevereAtopicDermatitisandInternationalEatingHabits:TheImpactofExoticCuisineonDermatology

N.ELKIHAL1,S.MESTASSI1,H. MERHNI2,A.BENZEKRI3,F.GHAFIRI4

1. Dermatologist,DepartmentofMedicine,MoulayYoussefHospital,Rabat
2. Geneticist,DepartmentofMedicine,MoulayYoussefHospital,Rabat
3. Pathologist,UnitedNationsPathologyLab,Rabat
4. Nutritionist,DepartmentofMedicine,MoulayYoussefHospital,Rabat

Introduction: Atopic dermatitis (AD) is a common skin condition, particularly among children, resulting from a complex interaction between genetic and environmental factors in the context of immune dysregulation. In recent years, the globalization of food and the adoption of foreign diets, often characterized by an increased intake of ultra-processed and pro-inflammatory foods, have modified eating habits. These changes, moving away from traditional local diets such as the Mediterranean diet, have contributed to the rise in AD incidence,particularlybypromotingfoodsensitivitiesandinflammatoryresponses.Wereport the case of a 17-year-old patient with severe atopic dermatitis, whose dietary choices and lifestyle, influenced by foreign cultural practices, appear to have perpetuated her condition.

CaseReport:A17-year-oldfemalepatienthadsufferedfromsevereatopicdermatitissince the age of 4, as part of a broader atopic disease, including asthma and food allergies.

Clinicalexaminationrevealedgeneralizedxerosis,aDennyMorgansign,keratosispilarisat the roots of the limbs, and flare-ups triggered by dietary indiscretions or lack of hydration. The skin lesions were sometimes erosive and crusted, at other times cicatricial with post- inflammatory hyperpigmentation, primarily localized to the limbs but also present on the abdomen and face. Lichenification was observed in the flexural areas of the knees and elbows, in the context of keratosis pilaris and xerosis.

Duringherfollow-up,thepatientalsodevelopeddisseminatedKaposi-Juliusbergpustulosis, likely secondary to a herpetic superinfection.

Skintests(pricktests)revealedfoodallergiestosalmon,yeast,andgluten.Laboratorytests showed low ferritin levels (28.3 ng/ml) and vitamin D2 and D3 levels at 26.1 ng/ml, while thyroid function and complete blood count were unremarkable.
AnOligoScanwasconductedtoassesshermicronutrientstatus.
Ageneticstudywasperformed,andhigh-throughput sequencingoftheFLGgenepanelwas undertaken, with results pending.

She was started on a moisturizing treatment with ceramides and followed a restrictive diet eliminatingsalmon,yeast,andgluten,leadingtoanotableclinicalimprovement.Inaddition, a probiotic treatment with Bifidobacterium animalis, Lactobacillus rhamnosus, along with prebiotics (fructo-oligosaccharides and inulin), was introduced to promote gut microbiota balance and support immune response.

Discussion: Atopic dermatitis results from a combination of genetic and environmental factors, with disruptions in the skin barrier playing a central role. Filaggrin, a key protein in the skin barrier, is often involved in AD pathophysiology, as mutations in the FLG gene (responsible for its production) can impair this barrier function, increasing skin permeability andsusceptibility toallergens.Although theresultsofthepatient'sgeneticsequencingarestill pending, a FLG mutation is strongly suspected given the clinical presentation and family history of atopic conditions. The impact of modern dietary habits on the progression of this patient's AD cannot be underestimated. Unlike the traditional Mediterranean diet, which is rich in antioxidants, essential fatty acids, and fibers, the patient’s diet included excessive amounts of raw salmon, gluten, and yeast, foods often associated with inflammatory processes. Skin tests confirmed food allergies to these substances, suggesting that these dietary habits have exacerbated her symptoms. This diet, typical of some modern eating patterns, contrasts with the more traditional diet that supports skin health, such as the Mediterraneandiet,knownforits anti-inflammatory benefits.Theinteractionbetweendietary factors and micronutrient deficiencies also plays a major role.

The patient presented deficiencies in vitamin D and iron, both of which, when insufficient, can worsen the symptoms of atopicdermatitis. Vitamin D, through its immunomodulatory action, is essential for regulating inflammatory responses in the skin. Supplementation with vitamin D was considered to improve skin barrier function and modulate inflammation. Furthermore, deficiencies in zinc and selenium—important trace elements for tissue repair and protection against oxidative stress—were also corrected, contributing to the improvement in her skin condition. Probiotic treatment, combined with a restrictive diet, allowed the patient to experience notable clinical improvement, suggesting that managing her gut microbiota maybe a key factor in modulating the skin's inflammatory response. The role of probiotics and prebiotics in balancing the gut microbiota and their potential impact on AD warrants further investigation, but the preliminary observations in our patient are promising.

Conclusion:Inconclusion,thiscaseillustratestheimpactofdietaryfactorsintriggeringand maintaining flare-ups of atopic dermatitis (AD). Skin tests revealed specific food allergies, while identified nutritional deficiencies may have worsened the condition. Micronutrient evaluation, complemented by genetic sequencing of the FLG gene, underscores the importance of an integrated approach considering dietary, genetic, and nutritional factors to optimize the management of AD.

«Leseczémasdecontactinduitsparlesremèdesetplantesprescritsparles herboristes dans la région de l'Oriental au Maroc »

O.Hormi1;L. Elyamani1;N. Zerrouki1,2 ;N.Zizi1,2

1-Service de dermatologie, vénérologie et allergologie, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI, Oujda2-Laboratoired'épidémiologie,dercherchecliniqueetdesantépublique
Faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed Premier,Oujda,Maroc

Introduction : Les plantes médicinales occupent une place centrale dans les pratiques de soins traditionnels au Maroc, particulièrement dans la région de l'Oriental où le recours aux herboristes et guérisseurs naturels reste profondément ancré dans la culture locale. Ces préparations, souvent perçues comme des alternatives sûres et accessibles aux traitements modernes, sont utilisées dans de nombreuses affections cutanées et systémiques. Cependant, leur usag en'est pas dénué de risques et peut entraîner des réactions cutanées indésirables, parmi lesquelles l'eczéma de contact figure en première ligne. Ce type de dermatite allergique ou irritative reste largement sous-diagnostiqué, notamment en raison du manque de sensibilisationdesutilisateursetdel'absencederéglementationstricteencadrantlaventeetl'utilisationde ces produits.

Matériels et méthodes: Une étude descriptive rétrospective, menée sur une période de quatre ans, a portésur108patientsayantdéveloppéuneczémadecontactsuiteàl'utilisationdeplantesouderemèdes naturels au Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI d'Oujda.

Résultats :L'étude a inclus 55 patients, dont l'âge moyen était de 34±12 ans, avec une prédominance féminine (64%). Les patients présentaient des lésions cutanées principalement localisées aux mains (40%), au visage (32%) et aux membres inférieurs (28%). Ces lésions étaient caractérisées par un érythème (92%), des vésicules (68%), et une desquamation (54%). Les plantes les plus souvent incriminées étaient l'armoise (Artemisia sp 30%), le henné (Lawsonia inermis 22%), l'euphorbe (Euphorbia sp 18%), et l'ail (Alliumsativum 14%), utilisées sous forme de cataplasmes ou de décoctions. Parmi les 28 patients ayant bénéficié de patch-tests, une allergie de contact a été confirmée dans 75% des cas. La prise en charge reposait principalementsurl'arrêtdesremèdesincriminés,l'applicationdedermocorticoïdes(82%)et,danscertains cas, des antihistaminiques oraux (36%). Une résolution complète des symptômes a été observée chez 91% des patients après unsuivimoyende trois semaines.Enfin,40% des patients ontrapporté une interruption temporaire de leur activité professionnelle en raison de la sévérité des symptômes, mettant en évidence l'impact socio-économique de ces réactions

Discussion :L'analyse des résultats met en évidence que l'utilisation de plantes médicinales dans la région de l'Oriental, bien qu'enracinée dans les traditions thérapeutiques locales, comporte des risques dermatologiques non négligeables. Les cas d'eczéma de contact observés illustrent la nécessité d'une vigilance accrue, d'autant que ces réactions peuvent altérer la qualité de vie des patients et générer un retentissement socio-professionnel important. L'armoise et l'euphorbe sont connues pour leur potentiel sensibilisant élevé, confirmant les données de la littérature internationale [1]. Le henné, largement utilisé dans les rituels esthétiques et culturels, devient particulièrement allergisant lorsqu'il est associé à la paraphénylènediamine,unadditiffréquemmentutilisépourintensifierlacouleur[2].L'ail,souventappliqué directement sur la peau pour ses propriétés perçues comme thérapeutiques, est également reconnu comme une cause de dermatite de contact, qu'elle soit irritative ou allergique [3]. La forte proportion de patients ayant présenté une allergie confirmée par patch-tests souligne l'importance de cet outil dans le diagnostic, permettant ainsi d'orienter la prise en charge de manière ciblée et efficace.
La gestion thérapeutique a montré que l'arrêt du remède incriminé et le recours aux corticoïdes topiques restaient la pierre angulaire du traitement, avec une efficacité démontrée dans la quasi-totalité des cas. Toutefois,lapréventiondemeureleprincipalenjeu.Laméconnaissancedesrisques,l'absencederégulation stricte et le manque de formation des herboristes favorisent la survenue de telles complications (4) .

Dans ce contexte, une sensibilisation des praticiens traditionnels et des patients apparaît indispensable afin de réduire l'incidence de ces réactions allergiques.

Conclusion: Cetteétudesoulignel'ampleurdeseczémasdecontactliésauxplantesmédicinalesutilisées par les herboristes dans l'Oriental, identifie les principales espèces en cause et insiste sur l'importance du diagnosticprécoce,desmesurespréventivesetd'uneapprochemultidisciplinairepoursécuriserl'usagedes remèdes naturels au Maroc.

References:

5. OzkayaE.ContactallergytoArtemisiavulgaris.ContactDermatitis.2004;50(5):307-308.
6. deGrootAC.Side-effectsofhennaandsemi-permanent'blackhenna'tattoos:afullreview.ContactDermatitis.2013;69(1):1-25.
7. BrancaccioRR,BrownLH,ChangYT,FogelmanJP,CohenDE.Garlic-inducedermatitis.JAmAcadDermatol.1992;27(1):128-130.
8. BediMK,ShenefeltPD.Herbaltherapyindermatology.ArchDermatol.2002;138(2):232-242.

Quandl'huiled'arganrévèlesonrevers:unallergèneculturellementenraciné

L.Mouline,B.IdrissiRhenimi,FZ.Hammoud,N.Ammar,S.Hamada,M.Meziane,N.Ismaili,L.Benzekri

Introduction

Au Maroc, l'usage cutané des huiles naturelles, en particulier l'huile d'argan extraite des noix d'*Argania spinosa*, est une pratique culturelle profondément ancrée. Riche en tocophérols, phénols, acides gras et autres composés bioactifs, elle est largement utiliséepour les soins dela peau et des cheveux,ycomprischezlenourrisson, etesttraditionnellementconsidéréecommeinoffensive.Cette innocuitéprésuméeest pourtant remiseenquestionpardescaspubliésd'érythrodermie, dedermatite decontact et d'asthmeprofessionnel liéà l'argan. Nous rapportons cequi semble êtrelepremier cas d'érythrodermie ichthyosiforme induitepar l'applicationtopiqued'huiled'arganchez un nourrisson.

Observation

Un nourrisson de 3 mois, sans antécédents particuliers, a été hospitalisé pour un érythème généralisé intéressant>85%delaSC,surmontédelargessquames lamellaires,apparudansles24heuressuivant l'application d'huile d'argan. L'enfant était apyrétique, bien portant, l'exman ne retrouvait ni adénopathie nihépatosplénomégalie. Il n'existait pas de consanguiniténi d'antécédents personnels ou familiauxallergiquesou dermatologiques. LebilanbiologiquecomprenantNFS,fonctionshépatiques et rénales, ainsi que les sérologies virales, était normal. Compte tenu de l'âge, ni biopsie cutanée ni tests allergologiques n'ont été réalisés.

Un traitement symptomatique par émollients intensifs associé à un allaitement fréquent afin de prévenir la déshydratation a permis une amélioration rapide. La régression complète de l'érythrodermieetdessquamesa étéobtenueentroisjours.L'absencedesignessystémiques, la normalitédubilanetl'évolutionfavorablesoussoins desupportontpermisd'écarter lesdiagnostics différentiels tels quela maladie deLeiner-Moussous, l'érythrodermiepsoriasique ou un exanthème viral. Laresponsabilitéd'uneréactioncutanéeaiguëà l'huiled'argana étéretenue. L'éviction cutanée de ce produit a été conseillée aucune autre restriction alimentaire n'a été jugée nécessaire.

Discussion

L'huile d'argan, largement utilisée dans les pratiques traditionnelles marocaines, est perçue comme sûre, mais plusieurs publications nuancent cette réputation. Tahri et al. ont décrit un cas d'eczéma photoallergique lié à l'huile essentielle d'argan[1] ; Gatica-Ortega a rapporté une érythrodermie secondaireà unedermatitedecontact induiteparuncosmétiquecontenant del'argan[2]. Plus largement, Kurihara a souligné l'implication croissante des huiles végétales et essentielles dans les dermatoses allergiques[3]. Àl'inverse, Alsataria mis enavantuneffetbénéfiquedansla dermitedusiège[4], illustrant lerôleparadoxaldeceproduit, àla foisremèdeetallergène. Enfin, descasd'asthmeprofessionnelliés à l'argan confirment que des réactions systémiques sont possibles[5].

Dansnotreobservation,lediagnosticreposaitsurla chronologie(débutrapideaprèsapplication), l'absencedesignessystémiques etl'évolutionfavorableaprèséviction. Cesobservationssoulignentla nécessité des'enquérir sur l'utilisationderemèdes traditionnels, particulièrement l'huile d'argandans notre contexte marocain, devant toute dermatose inexpliquée, car tout ce qui est naturel n'est pas forcément inoffensif.

Conclusion

Cetteobservationillustreuncas raremais pertinent d'érythrodermieichthyosiformeinduitepar l'huile d'argan chez le nourrisson. Malgré son enracinement culturel et sa réputation d'innocuité, l'huilE d'arganpeut secomporter commeunallergènedecontact.Lescliniciensdoivent rester vigilantsfaceà ces réactions, particulièrement dans les régions où le recours aux remèdes traditionnels est courant

Myélome multiple et toxidermie au lénalidomide : dilemme thérapeutique chez un hémodilysé

R. Marzak[1]; M. Dahabi[1]; M . Benssied[1]; L. Mrani Alaoui; M. El Amraoui[1]; I. Anouar[1]; Z. Youssef[1]; T. Hanafi[1]; R. Frikh[1]

[1]Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction

Le lénalidomide, immunomodulateur largement prescrit dans le traitement du myélome multiple, peut induire des effets indésirables cutanés et hématologiques. Le cas suivant illustre la survenue simultanée d'une éruption diffuse et de cytopénie sévère dans un contexte de traitement à visée vitale soulevant un défi diagnostique et thérapeutique majeur.

Observation

Un patient de 75 ans, insuffisant rénal terminal sous hémodialyse, suivi pour goutte sous allopurinol depuis 18 mois sans incident, est diagnostiqué d'un myélome multiple et reçoit un traitement prophylactique par valaciclovir, lévofloxacine et apixaban, bien toléré depuis plusieurs mois.

Cinq jours après l'introduction du lénalidomide à visée thérapeutique, il développe une éruption maculo-papuleuse érythémateuse diffuse touchant de façon symétrique les membres supérieurs et inférieurs, le tronc et le dos, confluente par plaques, avec zones d'érythème en nappes. Le rash s'accompagne d'une fièvre modérée et d'un prurit très gênant, sans atteinte muqueuse ni d'adénopathie.

Un traitement par dermocorticoïdes topiques et antihistaminiques est instauré. Dans les jours suivants, les lésions s'étendent et s'aggravent, parallèlement à l'apparition de troubles hématologiques : pancytopénie sévère (plaquettes 39 000/µL, GB 1,3 x10^3/µL, Hb 8 g/dL) et hyperéosinophilie relative (16 %). Le reste du bilan biologique reste normal (pas d'atteinte hépatique ou d'aggravtion rénale)

Une biopsie cutanée révèle une dermatite eczématiforme caractérisée par spongiose, exocytose lymphocytaire et infiltrat dermique mononucléé périvasculaire, compatible avec une toxidermie médicamenteuse.

Devant l'aggravation cutanée et hématologique, l'ensemble des traitements est interrompu. L'évolution est rapidement favorable, avec disparition complète des lésions cutanées et normalisation du bilan biologique. L'équipe hématologiques décident d'un switch de traitement par biothérapie.

Discussion

La chronologie, l'amélioration après arrêt du traitement et la tolérance ancienne de l'allopurinol rendent très probable l'imputabilité du lénalidomide. L'association, dès le premier cycle, d'un rash maculo-papuleux étendu, d'une pancytopénie sévère et d'une hyperéosinophilie relative est peu fréquente et suggère une réaction d'hypersensibilité médicamenteuse avec atteinte systémique.

Ce cas illustre un dilemme clinique : interrompre un traitement essentiel dans le contrôle du myélome multiple pour éviter l'évolution vers une réaction grave, ou le maintenir avec un risque potentiel vital. La décision d'arrêt a été prise ici au vu de la gravité des signes cutanés et hématologiques, et de la possibilité d'une alternative thérapeutique.

Conclusion

Ce cas met en évidence la nécessité d'une surveillance cutanée et biologique étroite à l'initiation du lénalidomide, en particulier chez les patients âgés, dialysés et polymédicamentés . La reconnaissance précoce d'une toxidermie avec atteinte systémique permet d'éviter des complications graves, tout en guidant la stratégie thérapeutique dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire.

Amoxicilline-acide clavulanique et PEAG : cas d'hypersensibilité sévère survenue après tolérance antérieure

R.MALOW - M.ELAMRAOUI - H. HASSAN - A.MOUSSA - R.FERIKH-N. HEJIRA
Service de dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat

Introduction : La Pustulose Exanthématique Aiguë Généralisée (PEAG) est une toxidermie grave caractérisée par une éruption fébrile à pustules stériles sur un fond érythémateux étendu. Cette réaction est le plus souvent déclenchée par des médicaments, notamment les bêta-lactamines telles que l'amoxicilline et son association avec l'acide clavulanique.Bien que la PEAG survienne fréquemment lors d'une première exposition, des hypersensibilités sévères peuvent apparaître après une tolérance antérieure, révélant un mécanisme immunologique de sensibilisation retardée.Nous rapportons un cas de PEAG sévère induite par l'amoxicilline-acide clavulanique chez une patiente âgée, soulignant la nécessité d'une vigilance accrue même en l'absence d'antécédents allergiques.

Observation : Patiente âgée de 80 ans, ayant comme antécédents une dyslipidémie, une insuffisance rénale chronique non dialysée, deux AVC ischémiques sans séquelles, une hypothyroïdie et une goutte. Une semaine après le début d'un traitement par amoxicilline–acide clavulanique pour une infection ORL, elle a présenté une éruption cutanée fébrile étendue.L'examen retrouvait une éruption maculo-papuleuse généralisée, associée à des pustules superficielles non folliculaires à contenu lactescent, disséminées sur de larges placards érythémateux. On notait un œdème facial symétrique avec desquamation post-pustuleuse, ainsi qu'une atteinte intertrigineuse sous-mammaire et inguinale. Le signe de Nikolsky était négatif et il n'existait pas d'atteinte muqueuse. La biopsie était en faveur d'une PEAG. Le bilan biologique montrait un syndrome inflammatoire marqué, une anémie normochrome normocytaire, une hyperéosinophilie significative et des troubles hydro-électrolytiques modérés corrigés au cours de l'hospitalisation. La prise en charge a consisté en une corticothérapie systémique, associée à des antihistaminiques et à des soins locaux adaptés, avec une surveillance clinique rapprochée.

Discussion : La PEAG est une réaction immuno-allergique de type IV, souvent induite par les antibiotiques bêta-lactamines. Cette réaction se manifeste typiquement par une éruption pustuleuse aiguë fébrile, survenant quelques jours après l'exposition au médicament incriminé. Dans notre observation, la survenue de la PEAG malgré une tolérance antérieure à l'amoxicilline illustre le risque de sensibilisation immunologique retardée, avec activation d'une réponse T-lymphocytaire.La littérature décrit plusieurs cas similaires où une hypersensibilité sévère survient après une première exposition sans réaction, soulignant que la tolérance initiale ne garantit pas l'innocuité lors des prises ultérieures. Certaines études rapportent que des réactions différées à l'amoxicilline-clavulanate existent, parfois liées uniquement à la clavulanate. Cela souligne l'importance de procédures diagnostiques précises notamment des tests cutanés différés afin de distinguer réellement l'agent responsable et d'ouvrir potentiellement des alternatives thérapeutiques pour le patient. Le diagnostic différentiel doit inclure d'autres toxidermies comme le DRESS, le syndrome de Stevens-Johnson ou les infections pustuleuses bactériennes.Le traitement repose sur l'arrêt immédiat du médicament suspect, la prise en charge symptomatique et la déclaration en pharmacovigilance.

Conclusion : Ce cas illustre qu'une hypersensibilité sévère de type PEAG peut se manifester malgré une tolérance antérieure à l'amoxicilline-acide clavulanique. La vigilance clinique est primordiale face aux éruptions cutanées fébriles pustuleuses, nécessitant l'arrêt immédiat du traitement suspecté. La déclaration en pharmacovigilance et l'éducation des patients sont essentielles pour prévenir les récidives et mieux comprendre ces réactions rares mais graves.

Anaphylaxie induite par l'omalizumab dans une urticaire chronique : quand le traitement déclenche une réaction paradoxale

O.Laadime, M.Aboudourib, L.Bendaoud, O.Hocar, S.Amal
Service de dermatologie CHU Mohammed VI de Marrakech

Introduction

L'omalizumab est un anticorps monoclonal anti-IgE indiqué dans le traitement de l'urticaire chronique spontanée réfractaire. Son efficacité est bien démontrée, et son profil de tolérance est excellent. Cependant, des cas d'anaphylaxie ont été rapportés, bien que rares. Nous rapportons ici un cas d'anaphylaxie sévère après la deuxième injection d'omalizumab chez une patiente traitée pour urticaire chronique.

Observation clinique

Une patiente de 43 ans,sans antécédents médicaux notables, suivie pour urticaire chronique depuis deux ans, avait reçu un traitement classique par antihistaminiques de seconde génération à forte dose sans amélioration. L'indication d'omalizumab a été posée devant la persistance des symptômes. La première injection de 300 mg a été bien tolérée, avec amélioration rapide des lésions urticariennes. Toutefois , lors de la deuxième injection elle a présente deux heures après, une réaction anaphylactique sévère associant une éruption généralisée, un œdème facial, une dyspnée laryngée et une hypotension nécessitant une prise en charge en urgence par corticoïdes IV et antihistaminiques, avec amélioration rapide.

Discussion

L'anaphylaxie induite par l'omalizumab reste exceptionnelle, mais constitue un effet indésirable grave. Le taux d'anaphylaxie est estimé entre 0,09 et 0,2 %, notamment au cours des premières administrations. Des cas similaires ont été rapportés dans la littérature, parfois après la deuxième ou troisième injection, ce qui souligne la possibilité de réactions retardées.
Plusieurs mécanismes sont évoqués : Réaction d'hypersensibilité immédiate (type I) contre l'omalizumab ou l'un de ses excipients (notamment le polysorbate 20),Formation de complexes immuns IgE–omalizumab activant les mastocytes
La sévérité de ces réactions impose une surveillance étroite lors des premières injections, idéalement dans un cadre médical sécurisé. Ce risque ne remet pas en cause l'intérêt majeur de l'omalizumab dans l'urticaire chronique, mais rappelle la nécessité d'une vigilance accrue, en particulier chez les patients présentant des signes d'atopie ou d'hypersensibilité.

Conclusion

Ce cas illustre un effet indésirable rare mais potentiellement fatal de l'omalizumab. Malgré son excellent profil de tolérance global, l'anaphylaxie doit rester un événement attendu lors des premières administrations. Une surveillance rigoureuse est indispensable, et une éducation du patient aux signes précoces d'alerte est essentielle.

Un SDRIFE inhabituel sous traitement antiviral de l'hépatite C

S.Alaoui, N.Ammar, S.Hamada, M. Meziane, N.Ismaili, L.Benzekri

introduction

Le syndrome Babouin, récemment renommé *Symmetrical Drug-Related Intertriginous and Flexural Exanthema*(SDRIFE), est une toxidermie flexurale caractérisée par une éruption érythémateuse symétrique prédominant aux zones fessières et intertrigineuses. Cette entité est rapportée principalement avec les bêta-lactamines, mais d'autres molécules ont également été impliquées, notamment certains antifongiques, antiviraux et anticorps monoclonaux. A notre connaissance, très peu de cas de SDRIFE liés aux antiviraux d'action directe de l'hépatite C ont été décrits.

Observation

Un patient de 38 ans, en insuffisance rénale terminale au stade de dialyse, porteur d'une hépatite C découverte fortuitement, a consulté pour une éruption cutanée prurigineuse apparue une semaine après l'instauration d'un traitement associant sofosbuvir et daclatasvir. L'examen clinique a retrouvé des placards érythémato-squameux surmontés de papules et de croûtes hémorragiques, siégeant symétriquement au niveau axillaire et inguinal, avec des lésions satellites sur l'abdomen et le dos. Le reste de l'examen n'avait pas trouvé de signes systémiques, ni œdème du visage, ni adénopathies périphériques, ni atteinte des muqueuses. Le bilan biologique (NFS et bilan hépatique) était strictement normal. Le diagnostic de SDRIFE a été évoqué sur la base des données cliniques et chronologiques. Le traitement antiviral a été interrompu et le cas déclaré à la pharmacovigilance. Une prise en charge symptomatique à base de dermocorticoïdes topiques, crèmes barrières et soins locaux a été instaurée, entraînant une amélioration rapide avec résolution progressive des lésions.

Discussion

Le SDRIFE est une toxidermie rare de pathogénie encore mal comprise, considérée comme une réaction d'hypersensibilité retardée de type IV. Le diagnostic positif repose sur cinq critères : exposition à un médicament systémique, atteinte fessière ou intertrigineuse, atteinte d'au moins un autre pli, disposition symétrique et absence de signes systémiques. Si les bêta-lactamines sont les plus souvent incriminées, d'autres classes thérapeutiques sont également rapportées, parmi lesquelles les antiviraux. L'originalité de notre observation réside dans l'implication des antiviraux à action directe utilisés dans le traitement de l'hépatite C, réputés bien tolérés, et dans le contexte particulier d'un patient hémodialysé. Le diagnostic différentiel inclut principalement l'intertrigo, le psoriasis inversé, la dermatite de contact, ainsi que d'autres toxidermies telles que l'AGEP, le DRESS ou l'éruption fixe médicamenteuse. La prise en charge repose avant tout sur l'arrêt immédiat du traitement suspect. Concernant le traitement antiviral de l'hépatite C, il est recommandé de réévaluer la stratégie thérapeutique avec le spécialiste référent afin d'envisager, après résolution complète de l'éruption, soit une réintroduction prudente avec surveillance rapprochée, soit une alternative thérapeutique selon les protocoles disponibles. Cette précaution est d'autant plus importante que l'éradication du virus C reste un objectif majeur en santé publique, et que les patients dialysés constituent une population particulièrement fragile.

Conclusion

Le SDRIFE doit être évoqué devant toute éruption intertrigineuse symétrique survenant après introduction d'un traitement médicamenteux systémique, même en dehors des classes habituelles comme les bêta-lactamines. Ce cas illustre l'importance de la vigilance face aux antiviraux de l'hépatite C et rappelle la nécessité de déclarer toute réaction suspecte à la pharmacovigilance afin d'enrichir les données sur cette entité encore sous-estimée.

Acute Generalized Exanthematous Pustulosis Induced by Fluconazole: A Case Report

EL HASSANI TAIB Hajar, EL MOUSTAOUI Meryem, AMMAR Najoua, HAMADA Syrine, ISMAILI Nadia, BENZEKRI Laila, MEZIANE Mariame
Dermatology Department, Ibn Sina University Hospital Center, Rabat, Morocco

Abstract:

Introduction:
Acute Generalized Exanthematous Pustulosis (AGEP) is a severe but rare type IV drug hypersensitivity reaction, associated with medications such as antibiotics, calcium channel blockers, and other molecules. AGEP induced by fluconazole has been exceptionally reported in the literature. It is characterized by the sudden onset of non-follicular, pruritic pustules on erythematous plaques, typically in intertriginous areas.
The regression of the lesions is rapid, occurring a few days after discontinuation of the causative medication. Treatment includes stopping the causative drug and supportive care, such as topical steroids, antipyretics, and antihistamines. In more severe cases, systemic steroids may be used.
We report here a case of AGEP in a young patient treated with fluconazole.
Case presentation:
This is a 21-year-old female patient with no personal or family history of psoriasis. She was hospitalized in our department for a sudden onset erythematous, pruritic and febrile rash, six days after taking fluconazole prescribed at a dose of 150 mg/day as a single dose for vaginal candidiasis.
Clinical examination revealed a febrile patient with a temperature of 39°C, asthenic, presenting with a pustular rash on an erythematous background, initially in the intertriginous areas, followed by extension to the rest of the body. The Nikolsky sign was negative. Mucosal examination showed no abnormalities. The patient's history ruled out any other drug intake.
Biological tests showed neutrophilia with a count of 7400/mm³. There was no liver or renal involvement. A microbiological skin swab from the pustules was sterile.
A skin biopsy was performed, and histological examination showed intra-epidermal spongiform pustules associated with a dermal infiltrate of neutrophils and eosinophils.
The diagnosis of AGEP induced by fluconazole was confirmed based on the clinical, biological, and histological findings, with an EuroSCAR score of 11.
The patient was treated with antihistamines and emollients, resulting in significant improvement and large-scale desquamation occurring 4 days after discontinuation of fluconazole.
This case was reported to the pharmacovigilance unit at Ibn Sina University Hospital. The causality assessment was performed using the French method, and according to this assessment, fluconazole was implicated with a score of I3, B4.
Discussion:
AGEP (Acute Generalized Exanthematous Pustulosis) is a rare but severe drug eruption that can jeopardize the patient's life. associated with medications such as antibiotics, calcium channel blockers, azole antifungals, including fluconazole, which belongs to the triazole family and is widely prescribed in dermatology. Fluconazole has been implicated in a few cases in the literature; it is a systemic antifungal from the triazole family and is a commonly prescribed medication.
Clinically, it is characterized by a sudden onset, usually within 24 to 48 hours after taking the causative drug, associated with fever (>38°C), asthenia, and an exanthem in the form of rapidly extensive edematous erythema. The median onset time after the start of treatment is between 1 to 11 days, depending on the medication. Subsequently, a pruritic pustular rash appears on the trunk and intertriginous areas, often sparing the mucous membranes, followed by desquamation of the affected areas. The pustules are sterile, non-follicular, and numerous; many sterile, non-follicular, punctiform pustules appear. Mucosal involvement occurs in approximately 20% of cases. Systemic involvement may be associated. Studies have shown that 17 to 20% of AGEP cases present with systemic involvement, most commonly hepatic, renal, or pulmonary. Histological characteristics of AGEP include intracorneal, subcorneal, and/or intraepidermal pustules with papillary dermal edema and a perivascular and interstitial infiltrate consisting of both neutrophils and eosinophils. The diagnosis of AGEP depends on clinical and histological criteria. AGEP score has been proposed by the EuroSCAR group, based on

morphology, clinical evolution, and histology. In our case, the diagnosis was confirmed due to the history of drug intake preceding the eruption, the timing of the eruption, histological findings, and the progression of the condition. The differential diagnosis of AGEP is quite broad and primarily includes infectious diseases (bacterial folliculitis, cutaneous candidiasis, and herpes simplex virus), inflammatory diseases (pustular psoriasis, linear IgA dermatosis, and subcorneal pustular dermatosis), as well as other drug eruptions (Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis and Ofuji's disease). The main treatment for AGEP is the discontinuation of the causative medication. Otherwise, treatment is primarily symptomatic/supportive, as AGEP is generally self-resolving. Supportive treatment may include topical steroids, antipyretics, and antihistamines. In severe cases, oral corticosteroids may be used and have been associated with a reduction in hospitalization duration and morbidity.

Conclusion:

Acute Generalized Exanthematous Pustulosis (AGEP) is a rare and severe drug eruption. Symptoms typically resolve within 2 weeks. However, in fragile patients who develop fever and secondary infection, it is associated with a mortality rate of 5%.

When Late Effects Surface: Delayed Raynaud's Phenomenon After Vinblastine Therapy in Pediatric Langerhans Cell Histiocytosis

L.Mouline, M.Chaouki, N.Ammar, S.Hamada, M.Meziane,N.Ismaili, L.Benzekri
N.El Ansari, M.Lakhrissi, L.Hessissen

Introduction & Objectives:

Chemotherapy is associated with early and late side effects, impacting the quality of life (QOL) of cancer survivors, especially in pediatric populations. One such late effect is Raynaud's phenomenon (RP), characterized by intermittent ischemia in the fingers and toes due to vasospasm, and often occurring within a year after antineoplastic treatment. RP has been reported with Vinblastine, commonly used for treatment of Langerhans cell histiocytosis (LCH).

This case report describes secondary RP in a 12-year-old patient who completed Vinblastine therapy for multisystemic LCH. The study aims to raise awareness of this late-onset side effect and discuss the challenges of managing such cases in pediatric patients, where treatment protocols are often adapted from adult recommendations.

Materials & Methods:

A 12-year-old female patient diagnosed with multisystemic LCH at 9 years old completed 12 months of Vinblastine and corticosteroids, achieving complete remission. Twelve months after treatment, she developed debilitating RP, with episodes triggered by cold or hand manipulation, occurring up to five times daily, impairing daily activities.

Physical examination revealed no signs of connective tissue disease or hematological disorder. There was no personal or family history of autoimmune disease or prior RP. The patient's Dermatology Life Quality Index (DLQI) score was 18, reflecting a significant impact on QOL.

Capillaroscopy showed disorganized microvascular architecture, mega-capillaries, ectatic capillary dystrophies, and micro-hemorrhages. The autoimmune panel was positive for antinuclear antibodies (ANA) with a speckled pattern but negative for other markers (anti-SSA, anti-SSB, anti-DNA, anti-SM, anti-RNP, anti-Scl70, anti-Jo1). Blood count, complement levels, inflammatory markers (CRP, ESR), and 24-hour proteinuria were normal.

Results:

Secondary RP was diagnosed, likely triggered by Vinblastine therapy. The case was reported to pharmacovigilance with an imputability score of C2S3B3. Symptomatic treatments were ineffective, prompting Nifedipine initiation with gradual dose escalation due to the lack of pediatric dosing guidelines. A significant reduction in episodes was observed, from five to one per day or every other day. The patient's DLQI score improved to 10 after three months, reflecting an improvement in QOL.

Conclusion:

Raynaud's phenomenon (RP) is a well-documented side effect of chemotherapy, particularly following Vinblastine therapy. The mechanism remains unclear, but vascular toxicity and endothelial damage are thought to contribute. This case highlights the importance of long-term monitoring for late toxicities in pediatric cancer survivors, as chemotherapy-induced RP can develop months or years after treatment. It also underscores the challenges of managing such conditions in pediatric patients, where treatment protocols are often adapted from adult regimens.

Titre :

DRESS sévère induit par la Sulfasalazine avec virémie HHV-6 >6 log et absence d'intégration chromosomique : apport d'une démarche virologique intégrée en dermatologie.

Auteurs :

Benssied M., El Amraoui M., Zemmez Y., Anouar I., Hanafi T., El Azhari J., Frikh R., Hjira N.

Introduction :

Le syndrome DRESS est une toxidermie grave, retardée et potentiellement létale. Sa physiopathologie implique à la fois une activation immune inappropriée et, dans plus de la moitié des cas, une réactivation du HHV-6. La distinction entre une virémie liée à une réactivation authentique et une intégration chromosomique constitutionnelle (ciHHV-6) est essentielle, car elle conditionne les choix thérapeutiques.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une femme de 33 ans suivie pour rhumatisme inflammatoire indifférencié, traitée par méthotrexate, prednisone et sulfasalazine. 26 jours après l'introduction de cette dernière, elle a présenté une éruption morbilliforme rapidement extensive, évoluant vers une érythrodermie infiltrée avec œdème centrofacial, adénopathies cervicales douloureuses et fièvre à 40 °C. Le bilan a révélé une cytolyse hépatique et une péricardite minime (score RegiSCAR = 6). L'évolution, initialement favorable sous bolus de méthylprednisolone, s'est compliquée d'un rebond sévère cutané et viscéral après relais oral, marqué par une élévation des transaminases à plus de 30 fois la limite supérieure de la normale. La PCR quantitative HHV-6 a mis en évidence une virémie >6 log copies/mL. La recherche d'une intégration chromosomique (ciHHV-6), réalisée à partir de cheveux et d'ongles, est revenue négative, confirmant une réactivation authentique. L'amélioration clinique et biologique rapide sous corticothérapie seule a permis d'éviter un recours aux antiviraux.

Conclusion :

Ce cas illustre la sévérité potentielle du DRESS induit par la sulfasalazine et l'importance d'une approche virologique intégrée. La distinction entre réactivation authentique et ciHHV-6, réalisée grâce à l'analyse des matrices non hématopoïétiques (cheveux, ongles), permet d'affiner la stratégie thérapeutique et d'éviter des prescriptions antivirales inappropriées. Ce type de démarche, encore peu pratiqué en dermatologie, devrait être davantage intégré à la prise en charge des formes sévères de DRESS.

Mots-clés :

DRESS, Sulfasalazine, HHV-6, Réactivation virale, Intégration chromosomique (ciHHV-6)

Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms induced by imatinib

Sanae Aquel, Sawsen Abdelhafidh, Layla BenDaoud, Meryem Aboudourib, Ouafa Hocar, Said Amal Service de Dermatologie, Centre hospitalier universitaire Mohammed VI, Marrakech, Maroc

Introduction :

Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS) is a severe cutaneous adverse drug reaction, with rare cases being imatinib-induced. The main treatment is the withdrawal of the causative drug. We report an rare case of DRESS syndrome associated with imatinib in a 62-year-old man with acute myeloid leukemia (AML).

Observation :

A 62-year-old male developed a generalized pruritic maculopapular exanthema, more pronounced on the forearms, lower limbs, and neck, along with lichenified and excoriated lesions, facial edema, and multiple axillary and inguinal lymphadenopathies measuring greater than 1 cm, accompanied by prolonged fever. These symptoms appeared 9 weeks after initiating imatinib and 5 weeks following the commencement of azacitidine for acute myeloid leukemia (AML) .The peripheral absolute eosinophil count increased to 1.900cells/ul . The remainder of the work-up was unremarkable , including normal liver abd kidney function tests . The chest X-ray and Electrocardiogram were also free of abnomalities. A diagnosis of DRESS syndrome was established based on the RegiSCAR criteria for severe cutaneous adverse reactions. The imputability study, after discussion with the pharmacovigilance department, implicated imatinib more strongly than azacitidine.The treatment was immediately discontinued and he was started on dermocorticoids.

The patient's condition improved significantly, with complete normalization of eosinophil levels.

Discussion:

Drug rash with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS syndrome) is a severe, potentially life-threatening drug-induced hypersensitivity reaction characterized by cutaneous eruptions, fever, diffuse lymphadenopathy, along with eosinophilia and elevated liver enzymes. The severity and potential organ damage associated with DRESS mandate withdrawing the offending drug and providing a suitable replacement.

Imatinib is an oral tyrosine kinase inhibitor. The clinical tolerance of imatinib is excellent. DRESS syndrome is a rare adverse drug reaction associated with imatinib; only ten cases have been published. However, no case of DRESS syndrome induced by azacitidine has been described. In consultation with pharmacovigilance, imatinib has been incriminated.

Conclusion :

DRESS syndrome represents a severe and potentially life-threatening adverse drug reaction. While imatinib is commonly well tolerated, this case underscores the necessity for heightened clinical vigilance during its initiation. Timely recognition, immediate withdrawal of the offending agent, and the implementation of appropriate therapeutic measures are critical to optimizing patient outcomes and minimizing the risk of serious complications.

DRESS syndrome induit par amoxicilline : un cas de toxidermie grave post-antibiotique

F. EL GUENNOUNI, M.EL AMRAOUI, R. FRIKH, N. HJIRA

Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat

Introduction

Le DRESS syndrome (Drug ReactionwithEosinophilia and SystemicSymptoms) est une toxidermie grave et potentiellement fatale, associant éruption fébrile, hyperéosinophilie et atteintes viscérales. Sa survenue après administration d'amoxicilline est rare.

Observation

Une patiente de 71 ans, sans antécédents particuliers, avait reçu de l'amoxicilline (50 mg/kg/j) pendant 14 jours après une cure d'hernie crurale. Quatre semaines plus tard, elle développait une fièvre à 39 °C, une dysphagie, un œdème facial, une chéilite érosive, des adénopathies cervicales et inguinales, et une éruption scarlatiniforme étendue (>60 % de la surface corporelle), évoluant vers une érythrodermie avec desquamation.

La NFS révélait une hyperéosinophilie à 2300/mm³, la CRP était à 164 mg/L, et le bilan hépatique objectivait une cytolyse (x4 N). La sérologie virale était négative. Une biopsie cutanée confirmait le diagnostic de toxidermie. Le score RegiSCAR était >5, validant le diagnostic de DRESS. L'antibiotique a été arrêté, et une corticothérapie systémique par méthylprednisolone (1 mg/kg/j) a permis une amélioration rapide. Aucune récidive n'a été notée au suivi à 6 mois.

Discussion

Le DRESS représente moins de 2 % des toxidermies mais engage le pronostic vital dans près de 10 % des cas. S'il est classiquement lié aux anticonvulsivants ou à l'allopurinol, les pénicillines restent des inducteurs possibles, retrouvés dans environ 5 à 10 % des cas. La présentation clinique typique comprend une éruption étendue, un œdème facial, une hyperéosinophilie et une atteinte hépatique, comme dans notre observation. Le diagnostic repose sur une approche intégrée, guidée par le score RegiSCAR. Le traitement repose sur l'arrêt du médicament inducteur et la corticothérapie générale. Le pronostic dépend de la précocité de la reconnaissance du syndrome et de sa prise en charge.

Conclusion

Tout tableau d'éruption fébrile retardée, après une antibiothérapie, doit faire évoquer un DRESS. Une reconnaissance précoce et une prise en charge rapide conditionnent le pronostic.

Mots-clés

DRESS syndrome – Amoxicilline – Toxidermie grave – Éosinophilie – Hypersensibilité médicamenteuse

Éruption acnéiforme induite par Infliximab

K.Bennani, O.El Jouari, M.El Bakkali, S.Gallouj
Service de dermatologie, Centre hospitalo-universitaire Mohammed VI de Tanger
Université Abdelmalek Essaadi de Tanger – Maroc

Introduction

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), regroupant principalement la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique, représentent un ensemble de pathologies inflammatoires à évolution souvent chronique, nécessitant des traitements immunomodulateurs pour contrôler l'inflammation et prévenir les complications.

Présentation du cas

Un patient masculin de 19 ans, sans antécédents dermatologiques particuliers, était suivi depuis un an pour une maladie inflammatoire chronique de l'intestin, classifiée comme maladie de Crohn iléo-colique. Initialement, il était traité par azathioprine à la dose de 100 mg deux fois par jour, associée à des corticoïdes lors des poussées. Devant une activité persistante de la maladie et une insuffisance de réponse clinique, une bithérapie a été décidée, associant l'azathioprine à l'Infliximab, à raison de 5 mg/kg selon le schéma classique d'induction.

Une semaine après la première perfusion d'Infliximab, le patient a présenté une éruption cutanée acnéiforme caractérisée par de multiples papules et pustules inflammatoires, réparties sur le visage, le cou, et le tronc. Les lésions étaient asymptomatiques, sans prurit ni douleur.

Le patient ne présentait aucun antécédent personnel ou familial d'acné sévère ou d'autres maladies dermatologiques. Aucun autre médicament récent n'avait été introduit, et il n'y avait pas de signes d'infection cutanée. L'azathioprine avait été bien tolérée auparavant sans manifestations cutanées.

Face à cette manifestation, le traitement par Infliximab a été suspendu temporairement, et une prise en charge symptomatique par traitement topique (antibiotiques locaux et rétinoïdes) a été mise en place. Une amélioration progressive des lésions a été observée sur un suivi de plusieurs semaines, permettant de reprendre une discussion sur la poursuite ou non de la bithérapie.

Discussion

Les réactions cutanées paradoxales induites par les anti-TNFα sont un phénomène reconnu mais encore mal compris. Le TNF-α joue un rôle clé dans la régulation de la réponse immunitaire cutanée, notamment en participant à l'équilibre entre les différentes populations cellulaires inflammatoires et à la régulation de la flore microbienne cutanée. Son inhibition par des agents comme l'Infliximab peut engendrer des déséquilibres immunitaires locaux, favorisant des manifestations cutanées inhabituelles. Les éruptions acnéiformes sont caractérisées par l'apparition de lésions papulo-pustuleuses inflammatoires, souvent stériles, mimant cliniquement l'acné vulgaris mais survenant en dehors des contextes classiques de l'acné, ou avec une présentation clinique et un âge atypiques.

Conclusion

Ce cas clinique illustre une manifestation dermatologique rare mais importante : une éruption acnéiforme induite par Infliximab chez un jeune patient traité pour maladie inflammatoire chronique de l'intestin. La reconnaissance précoce de ce type de réaction est essentielle pour une prise en charge adaptée, évitant la progression des lésions et permettant d'évaluer la poursuite ou l'arrêt du traitement biologique.

Éruption bulleuse localisée après perfusion d'albumine : à propos d'un cas

R. Baba ; S. Baraz ; I. Anouar; M. El Amraoui; Y. Zemmez ; R. Frikh ; N. Hjira
Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction : L'albumine humaine est une protéine plasmatique largement utilisée en pratique clinique, en particulier dans le traitement des hypoprotidémies sévères, des syndromes néphrotiques, et des cirrhoses décompensées. Chez les patients dénutris ou présentant une hypoalbuminémie marquée, elle permet de restaurer la pression oncotique et d'améliorer l'équilibre hydrique. Sa tolérance est globalement excellente. Toutefois, des effets indésirables peuvent survenir, le plus souvent de nature allergique systémique. Les atteintes cutanées localisées, notamment bulleuses, sont exceptionnelles et rarement décrites dans la littérature.

Observations : Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 79 ans, suivi pour un carcinome du nasopharynx localement avancé, ayant développé une hypoalbuminémie sévère secondaire à une anorexie prolongée dans un contexte d'altération de l'état général. Une perfusion intraveineuse lente d'albumine humaine à 20 % a été initiée en milieu hospitalier. Environ trois heures après le début de la perfusion, le patient a présenté l'apparition brutale de lésions cutanées au niveau de l'avant-bras, siège de l'injection. L'examen clinique objectivait des bulles flasques à contenu clair, de taille variable, reposant sur une peau saine. Aucune atteinte muqueuse, prurit, fièvre ou autre signe systémique n'a été notée. Le diagnostic différentiel incluait un syndrome de Lyell localisé, une réaction bulleuse toxidermique, ou encore une forme atypique de dermatose bulleuse auto-immune. Les lésions ont régressé rapidement sous soins locaux antiseptiques et arrêt de la perfusion, sans séquelles.

Discussion : L'éruption bulleuse localisée survenue dans ce contexte soulève deux hypothèses physiopathologiques. La première évoque une réaction d'hypersensibilité locale de type IV, de type toxico-allergique, en réponse à un composant de la préparation d'albumine ou à la protéine elle-même. Bien que rare, ce type de réaction peut survenir même en l'absence d'antécédents allergiques connus, et s'exprime parfois uniquement au site d'injection. La seconde hypothèse repose sur un mécanisme purement physico-chimique : l'injection rapide d'un soluté hyperoncotique comme l'albumine concentrée pourrait induire un déséquilibre transitoire entre le compartiment intravasculaire et le tissu interstitiel. Ce gradient de pression oncotique favoriserait le passage massif de liquide vers le derme et l'épiderme, entraînant la formation de bulles par clivage sous-épidermique. La topographie strictement localisée au site d'injection plaide en faveur d'un effet direct, mécanique ou irritatif, plutôt que d'une réaction systémique.

Conclusion : Ce cas clinique illustre une complication cutanée rare mais possible de la perfusion d'albumine humaine, sous forme de bulles flasques localisées au site d'injection. Bien que bénigne et réversible dans notre observation, cette réaction mérite d'être reconnue afin d'éviter des investigations inutiles. Elle rappelle la nécessité d'une surveillance cutanée attentive, même lors de l'administration de thérapeutiques usuelles, et encourage une injection lente, avec une surveillance locale du site de perfusion. La connaissance de ce type de réaction pourrait permettre une meilleure reconnaissance de ces effets indésirables cutanés et une prise en charge précoce.

Érythème scarlatiniforme récidivant après injection de produit de contraste iodé: Une toxidermie à ne pas méconnaitre

L.Mouline,FZ.Hammoud,B.Idrissi,N.Ammar,S.Hamada,M.Meziane,N.Ismaili,L.Benzekri

Introduction

L'érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant (ESDR) est une dermatose rare, caractérisée par des poussées d'érythème suivies d'une desquamation lamellaire, touchant préférentiellement les paumes et les plantes. Le tableau s'accompagne souvent d'une phase prodromique faite de fièvre, malaise, céphaléeset myalgies. Sonorigine reste malcomprise, bienque certains cas aient été attribués à des infections ou à des réactions d'hypersensibilité médicamenteuse. Nousrapportonsuncasd'ESDRinduit parproduit decontrasteiodéàbase d'Iohexol. Il s'agirait, à notre connaissance, du troisième cas décrit dans la littérature.

Observation

Un homme de 57 ans, suivi en pneumologie pour une pleurésie de moyenne abondance en cours d'exploration, a présenté six heures après une injection d'Iohexol pour un scanner thoracique, un érythème palmoplantaire peu prurigineux, surmonté de bulles par endroits, laissant placeàdesérosions. Trois joursplustard,unedesquamationdébutant au niveau des espaces interdigitaux était constatée, évoluant en larges lamelles, donnant un aspect de « doigtsdegants». Unépisodesimilaireavait éténotéunmoisauparavant, 24heuresaprèsun scanner thoracique injecté. Une biopsie cutanée a été réalisée et une déclaration de pharmacovigilance effectuée.

L'analyse histologique montrait une nécrose fibrinoïde des capillaires, compatible avec une vascularite médicamenteuse.L'imputabilitéauproduit decontrasteaétéjugée forte(scoreI5, B2). Untraitement localémollient et cicatrisant apermis une amélioration rapide. Aucuntest épicutanén'aétépratiqué, lareproductiondessymptômesaprèsréexpositionétant considérée comme suffisante pour confirmer le diagnostic.

Discussion

Ànotreconnaissance,ils'agit dutroisièmecasd'ESDRinduit parproduit decontraste iodé décrit dans la littérature. Les observations antérieures rapportaient également un délai bref après l'injection, une atteinte palmaire prédominante et une évolution spontanément favorable. Aucun protocole thérapeutique consensuel n'est défini ; la plupart des auteurs suggèrent un traitement symptomatique simple, compte tenu du caractère auto-résolutif del'affection.

Conclusion

L'ESDR post-produit de contraste iodé, bien que rare, constitue une entité distincte et reconnaissable.Saméconnaissancepeut conduireàdesexamensoutraitementsinjustifiés.La sensibilisation des cliniciens à ce tableau clinique singulier permet un diagnostic plus rapide et une prise en charge adaptée, le plus souvent limitée à un traitement symptomatique.

Half-and-half nails : séquelle inhabituelle des toxidermies sévères

Aimane Zaim, Zakia Douhi, Oumaima Zouine, Meryem Soughi, Sara Elloudi, Hanane Baybay, Fatima Zahra Mernissi

Service de Dermatologie, CHU HASSAN II, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Fès, Maroc

Introduction : Les complications unguéales post-nécrolyse épidermique toxique (NET) / syndrome de Stevens-Johnson (SJS) sont fréquentes, touchant jusqu'à 70 % des patients. Elles vont de simples anomalies transitoires (lignes de Beau) à des séquelles durables (onychomadèse, anonychie). Les *ongles équisegmentés* (*half-and-half nails* ou ongles de Lindsay), caractérisés par une bande proximale blanchâtre et une bande distale rosée, rougeâtre ou brunâtre, séparées par une ligne nette, sont habituellement décrits dans l'insuffisance rénale chronique, la cirrhose hépatique, certaines maladies inflammatoires (Crohn, Behçet, Kawasaki), la pellagre, ou encore dans le cadre d'infections virales (VIH, COVID-19). Ils ont également été observés après chimiothérapie ou traitement antituberculeux. À ce jour, aucune association avec les toxidermies sévères n'avait été rapportée. Nous présentons un cas inédit de *half-and-half nails* apparu plusieurs années après un syndrome de Lyell.

Observation : Patiente de 42 ans, hospitalisée pour un syndrome de Lyell étendu (70 % de surface corporelle), déclenché par la prise de phloroglucinol et de plantes médicinales. Une onycholyse distale diffuse des ongles des mains avait été observée au cours de l'épisode aigu. Un mois plus tard, une onychomadèse des huit doigts (hors pouces) s'est installée. Quatre ans après, les ongles précédemment atteints ont présenté un aspect équisegmenté, avec une partie proximale blanchâtre occupant 30 à 50 % du lit unguéal et une partie distale rougeâtre. Les anomalies étaient non effaçables à la pression. L'examen dermoscopique a confirmé la dichromie avec un renforcement du contraste entre les deux zones, un épaississement de la cuticule, une alternance de pâleur et d'érythème longitudinaux, ainsi que la présence de capillaires dilatés sous-unguéaux. Le diagnostic de half-and-half nails a été retenu, comme séquelle unguéale tardive de la NET. Aucun autre antécédent systémique ou médicamenteux ne permettait d'imputer ces anomalies à une autre cause connue.

Discussion : Les complications unguéales post-SJS/NET traduisent différents degrés d'atteinte de la matrice unguéale durant la phase aiguë. En effet, les lignes de Beau résultent d'un arrêt partiel de la matrice, l'onychomadèse d'un arrêt complet, l'érythronychie d'une perte focale de fonction matricielle, tandis que l'onychoschizie et l'onychorhexie proviennent d'une production défectueuse de la tablette unguéale liée à une altération des adhésions intercellulaires. Une xanthonychie distale a également été décrite, probablement liée à un ralentissement de la croissance unguéale, à l'instar du *yellow nail syndrome*. Par ailleurs, la présence de bulles périunguéales pendant cette phase aiguë pourrait prédire des séquelles sévères telles que l'onychomadèse ou l'anonychie. Les *half-and-half nails*, décrits pour la première fois en 1963 par le Dr Bean et nommés en 1967 par le Dr Lindsay, se caractérisent par une portion proximale blanchâtre et une portion distale rosée, rougeâtre ou brunâtre occupant plus de 20 % de la tablette. La ligne de démarcation entre les deux zones est nette et la coloration persiste sans s'atténuer à la pression ni disparaître avec la croissance unguéale. D'abord associés à l'insuffisance rénale, ils ont ensuite été rapportés dans d'autres maladies chroniques, infections ou traitements, mais peuvent aussi exister chez des sujets sains. Dans notre cas, leur apparition tardive après un Lyell suggère que le spectre des séquelles unguéales post-toxidermie sévère est plus large qu'estimé.

Conclusion :

Ce cas illustre la survenue de half-and-half nails après une NET. Leur apparition après des lésions d'onychomadèse suggère un lien évolutif, renforçant l'hypothèse d'une continuité entre atteintes unguéales aiguës et tardives post-toxidermie sévère.

Références :

Lian SB, Oh CC, Yeo YW, Lee HY. Spectrum of Nail Sequelae in Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis. JAMA Dermatol. 2021 Jan 1;157(1):117-119. doi: 10.1001/jamadermatol.2020.4664.

Bessaad L, Rabhi F, Jaber K, Dhaoui R. Half and half nails associated with erythema multiforme. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2025 Feb 28:1-2. doi: 10.25259/IJDVL_1570_2024.

Lignes de Muehrcke induites par le paclitaxel : une première observation

Aimane Zaim, Hanane Baybay, Zakia Douhi, Meryem Soughi, Sara Elloudi, Fatima Zahra Mernissi

Service de Dermatologie, CHU HASSAN II, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Fès, Maroc

Introduction :
Les lignes de Muehrcke (LM) représentent une forme rare de leuconychie apparente, caractérisée par des bandes blanches transversales, parallèles à la lunule et non palpables. Historiquement associées à une hypoalbuminémie sévère, elles ont également été décrites comme une manifestation inhabituelle de toxicité unguéale induite par certaines chimiothérapies, notamment celles à base de doxorubicine ou de cyclophosphamide. Nous rapportons ici le cas d'une patiente ayant développé des LM au cours d'un traitement par paclitaxel, une association inédite à notre connaissance dans la littérature actuelle.

Observation :

Une patiente de 42 ans, de phototype V, suivie pour un carcinome mammaire de type luminal A avec métastases pulmonaires, a été mise sous chimiothérapie à base de paclitaxel. Après la cinquième cure, elle a signalé l'apparition de modifications chromatiques au niveau des ongles des mains et des pieds. L'examen clinique, associé à une dermoscopie, a mis en évidence une mélanonychie longitudinale diffuse, une onycholyse, ainsi que deux lignes blanches transversales fines, symétriques, non palpables et parallèles à la lunule, localisées sur les deux pouces. Ces lignes s'atténuaient transitoirement à la pression digitale. L'albuminémie était dans les normes. Le diagnostic de LM chimio-induites a été retenu, et la patiente a été rassurée quant au caractère bénin et transitoire de ces anomalies.

Discussion :

Les LM apparaissent habituellement sur les deuxième, troisième et quatrième doigts. Leur localisation sur les pouces, bien que plus rare, est décrite. Leur effacement transitoire à la pression digitale, associé à l'absence de progression avec la croissance unguéale, permet de les distinguer des lignes de Mees, une forme de leuconychie vraie généralement liée à des intoxications systémiques. Les LM ont été précédemment associées à des molécules telles que la doxorubicine, le cyclophosphamide, le 5-fluorouracile (FU), ou encore à des associations incluant vincristine et dexaméthasone. À ce jour, un seul cas a été rapporté sous docétaxel, administré conjointement avec le 5-FU. Le paclitaxel, taxane couramment utilisé dans les cancers du sein, est connu pour induire diverses toxicités unguéales : onycholyse, hémorragies sous-unguéales, onychophose, dystrophies, lignes de Beau ou encore mélanonychie. Toutefois, les LM n'ont pas encore été décrites avec cette molécule. Dans notre cas, leur survenue après la cinquième cure est conforme au délai observé dans d'autres chimiothérapies, ce qui soutient un mécanisme toxique direct.

Conclusion :
Ce cas illustre une nouvelle manifestation de toxicité unguéale induite par le paclitaxel. La reconnaissance des LM dans ce contexte est cruciale afin d'éviter des investigations inutiles et de rassurer les patients. Leur apparition pourrait également représenter un marqueur utile pour le suivi et l'évaluation de la réponse au traitement anticancéreux. Toutefois, des études complémentaires sont nécessaires pour en préciser la valeur pronostique en oncologie.

Références :

Chang X, Zhen P, Zeng J. Fingernails changes associated with chemotherapy in breast cancer: Muehrcke's lines. Clin Case Rep. 2018 Jul 3;6(8):1653-1654. doi: 10.1002/ccr3.1642.

Yang ST, Cheng M, Lee NR, Chang WH, Lee YL, Wang PH. Paclitaxel-related nail toxicity. Taiwan J Obstet Gynecol. 2019 Sep;58(5):709-711. doi: 10.1016/j.tjog.2019.07.023.

Saraswat N, Sood A, Verma R, Kumar D, Kumar S. Nail Changes Induced by Chemotherapeutic Agents. Indian J Dermatol. 2020 May-Jun;65(3):193-198. doi: 10.4103/ijd.IJD_37_19.

Manifestations dermatologiques secondaires aux antituberculeux : ETUDE PROSPECTIVE A L'HOPITAL MILITAIRE DE RABAT

L.ALAMI R.LAAMIM Y.ZEMMEZ R.FRIKH N.HJIRA
Service de Dermatologie-Vénérologie de l'Hôpital Militaire de Rabat
Service de Pneumologie-Phtisiologie de l'Hôpital Militaire de Rabat

Introduction :

La tuberculose est une maladie infectieuse contagieuse, due au *Mycobacterium tuberculosis*, encore endémique au Maroc. Son traitement repose sur l'association de quatre antituberculeux majeurs : l'isoniazide, la rifampicine, la pyrazinamide et l'éthambutol, administrés pendant une durée minimale de six mois.

Toutefois, ces molécules ne sont pas exemptes d'effets indésirables, parmi lesquels les manifestations dermatologiques occupent une place non négligeable. Bien que souvent bénignes, ces réactions cutanées peuvent, dans certains cas, compromettre l'observance thérapeutique, voire entraîner une interruption temporaire ou définitive du traitement.

Cette étude a pour objectif de décrire les caractéristiques des manifestations dermatologiques induites par les antituberculeux, et d'analyser le profil épidémiologique, clinique ainsi que l'évolution des patients atteints, dans le but d'optimiser leur prise en charge.

Matériel et méthodes :

Notre étude est **prospective, descriptive et monocentrique**, menée sur une période de **huit mois**, de **janvier à août 2025**, au sein du **service de dermatologie de l'HIMIV**. Elle a inclus **221 patients** présentant une **tuberculose confirmée** et ayant reçu un traitement antituberculeux selon le protocole **2RHZE/4RH**.Les patients ont été examinés **avant l'instauration du traitement antituberculeux**, **mensuellement** pendant toute la durée du traitement, puis **trois mois après l'arrêt** de celui-ci. Les patients présentant une **dermatose préexistante** avant le début du traitement antituberculeux ont été **exclus** de l'étude.

Résultat :

Parmi les 221 patients inclus dans l'étude, 35 (15,8 %) ont présenté des manifestations dermatologiques secondaires aux antituberculeux. Les lésions acnéiformes représentaient la majorité des atteintes avec 23 cas (65,7 %). L'urticaire et le prurit isolé ont été observés chacun chez 6 patients (17,1 %), tandis que des réactions plus rares ont été notées : rash maculopapuleux (2 cas, 5,7 %) et érythrodermie sèche (1 cas, 2,9 %).

L'âge moyen des patients était de 36 ans (extrêmes : 19–85 ans). Le sex-ratio H/F était de 4,3, traduisant une nette prédominance masculine.

La répartition selon le type d'atteinte tuberculeuse montre que la tuberculose pulmonaire était la plus fréquente (19 patients, 55,9 %), suivie de la tuberculose pleurale (9 cas, 26,5 %), ganglionnaire (5 cas, 14,7 %) et péritonéale (1 cas, 2,9 %).

Parmi ces 35 patients, les antécédents médicaux incluaient : acné (3 cas, 8,6 %), maladie de Crohn sous azathioprine (1 cas, 2,9 %), spondylarthrite ankylosante sous azathioprine (1 cas, 2,9 %), diabète (3 cas, 8,6 %), hypertension (1 cas, 2,9 %) et tabagisme (19 cas, 54,3 %). Le phototype était majoritairement III (21 patients, 60 %), suivi de II (6 patients, 17,1 %), IV (5 patients, 14,3 %), VI (3 patients, 8,6 %) et V (1 patient, 2,9 %).

Le délai moyen entre le début du traitement et l'apparition des lésions cutanées était de 32 jours, la période la plus fréquente étant d'un mois.

La gravité des manifestations était **bénigne** chez 32 patients (91,4 %), **modérée** chez 3 patients (8,6 %) et **sévère** chez 1 patient (2,9 %). Aucun patient n'a interrompu le traitement en raison des lésions dermatologiques. **Un seul patient** a bénéficié d'une modification du protocole, passant de 2RHZE/4RH à 2RHZ/4RH. L'évolution a été favorable dans tous les cas, spontanément ou sous traitement, et aucune récidive n'a été constatée après 3 mois de suivi.

Conclusion :

Bien que les manifestations cutanées liées aux antituberculeux soient fréquentes, elles sont généralement bénignes et réversibles. Une surveillance clinique attentive et une gestion appropriée permettent de maintenir l'efficacité du traitement antituberculeux tout en minimisant les risques pour le patient.

Granulomes pyogéniques péri-unguéaux digitaux, complications méconnues des protocoles de chimiothérapie

H. AMMARI, F. MAATALAOUI, Y. FARAI, M.EL AMRAOUI, T. HANAFI, J. EL AZHARI, Y. ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA
Service de dermatologie Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V Rabat-Maroc

Introduction : Le granulome pyogénique (granulome télangiectatique, hémangiome capillaire acquis de type granulome pyogénique) est une prolifération fibrovasculaire acquise et fréquente qui représente 1 % des tumeurs de la conjonctive et 20 % des lésions vasculaires. C'est un tissu de granulation exubérant sous forme d'une masse pédiculée, rouge, de croissance rapide et composée histologiquement par un mélange de tissu conjonctif, de cellules inflammatoires et d'une prolifération capillaire. Son origine est essentiellement réactionnelle. Nous rapportons ici le premier cas de granulome pyogénique (GP) péri unguéal digital dans le décours d'un traitement au long cours par rituximab, fludarabine, cyclophosphamide.

Observations : Homme âgé de 54 ans, consulte suite à l'apparition d'un GP péri unguéal bilatéral du pouce et index des deux mains. Il n'y avait pas de notion de traumatisme, d'antécédent de granulome pyogénique ou de pédicurie récente. Comme antécédent médical, le patient souffrait d'une leucémie lymphoïde chronique traitée en long cours par polychimiothérapie à base de rituximab, fludarabine, cyclophosphamide. Concomitamment, le patient prenait de l'aciclovir, de l'oméprazole . Le patient développait une paronychie ainsi qu'un GP péri unguéal/sous-unguéal six semaines après le début du traitement de la polychimiothérapies. Seuls le pouce et l'index étaient touchés. Le patient ne présentant aucune douleur, un traitement conservateur local associant un dermocorticoïde et un antibiotique, sous occlusif la nuit était proposée (valérate de bétaméthasone et acide fusidique). Avec une amélioration partielle, puis son oncologue lui avait proposé une fenêtre thérapeutique avec une amélioration spectaculaire du patient .

“Toxidermie médicamenteuse bilatérale : PEAG chez deux conjoints après automédication”

M.Hammouch, H.Rachadi, S.Chiheb
Service de dermatologie-vénéréologie,CHU IBN Rochd, Casablanca

Introduction :

La pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG) est une toxidermie rare, le plus souvent médicamenteuse. La survenue simultanée chez deux personnes d’un même foyer est exceptionnelle et suggère une exposition commune à un médicament. Nous rapportons un cas de PEAG survenu chez un couple suite à une automédication partagée par aspirine.

Présentation des cas cliniques :

Un homme de 63 ans, sans antécédents médicaux particuliers, a consulté pour une éruption pustuleuse généralisée, prurigineuse et insomniante, épargnant les faces palmo-plantaires. Il rapportait une prise d’aspirine en automédication 24 heures avant l’apparition des lésions.

Le lendemain, son épouse âgée de 53 ans, également sans antécédents notables, a présenté une éruption cutanée similaire dans le même contexte, avec un prurit féroce.

Le bilan biologique était normal chez les deux patients, notamment les sérologies virales et le dosage de la calcémie. Une biopsie cutanée a été réalisée chez chacun d’eux, en faveur d’un diagnostic de PEAG médicamenteuse.

Discussion :

La PEAG est une toxidermie sévère, principalement induite par des médicaments tels que les antibiotiques (bêta-lactamines), les antifongiques, les inhibiteurs calciques et, plus rarement, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) comme l’aspirine. La simultanéité des symptômes chez un couple oriente vers une étiologie commune, en l’occurrence une automédication partagée.

Le diagnostic repose sur les données cliniques, le contexte médicamenteux et les résultats histologiques. Le pronostic est généralement bon après l’arrêt du médicament en cause. La survenue d’une PEAG chez deux sujets d’un même foyer est exceptionnelle mais souligne l’importance de l’éducation thérapeutique et de la vigilance vis-à-vis de l’automédication.

Conclusion :

Ce double cas de PEAG illustre une réaction médicamenteuse rare induite par l’aspirine, survenue simultanément chez deux conjoints. Cette observation rappelle que même des médicaments courants en vente libre peuvent entraîner des toxidermies graves, et que l’automédication partagée peut exposer plusieurs membres d’un foyer au même risque iatrogène.

Erythème pigmenté fixe palmoplantaire

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

Service de Dermatologie, Hôpital Militaire Moulay Ismail, Meknès.

Résumé

L'érythème pigmenté fixe (EPF) fait partie des toxidermies bien caractérisées correspondant à une réaction d'hypersensibilité retardée de type IV. Il se manifeste par des lésions érythémateuses circonscrites, souvent bulleuses, récidivant toujours au même site après réexposition au médicament en cause et laissant une hyperpigmentation séquellaire. L'atteinte des muqueuses et du tronc est typique. D'autres localisations exceptionnelles sont décrites notamment l'atteinte palmoplantaire. Nous en rapportons une observation.
Un patient de 45 ans, sans antécédents notables, présentant depuis une semaine des lésions bulleuses douloureuses des paumes et des plantes. Il s'agit du deuxième épisode en 3 mois, et coïncide toujours avec des douleurs abdominales pour lesquelles le patient a pris du cotrimoxazole. L'examen trouve un décollement cutané bien circonscrit sur un fond érythémateux pigmenté, sans atteinte muqueuse associée. La biopsie a permis de confirmer le diagnostic d'EPP et l'éviction du cotrimoxazole a été conseillée.

L'atteinte palmoplantaire stricte de l'érythème pigmenté fixe reste exceptionnelle et peut causer un problème de diagnostics différentiels et par conséquent un retard diagnostique. Reconnaitre cette localisation permettrait de faire éviter au patient une nouvelle exposition au médicament sensibilisant et donc à des récidives parfois plus graves.

Présentation varicelliforme et zostériforme d'un syndrome de Sweet médicamenteux induit par le Filgrastim

Aimane Zaim[1], Zakia Douhi[1], Meryem Soughi[1], Sara Elloudi[1], Hanane Baybay[1], Badreddine Moukafih[2], Fatima Zahra Mernissi[1]

[1]*Service de Dermatologie CHU HASSAN II, Fès, Maroc*

[2]*Centre de pharmacovigilance, CHU HASSAN II, Fès, Maroc*

Introduction :

Le syndrome de Sweet (SS) est une dermatose neutrophilique aiguë caractérisée par une éruption brutale de plaques ou nodules érythémateux douloureux, associée à une fièvre et une neutrophilie. Les formes idiopathiques sont les plus fréquentes, mais une origine paranéoplasique doit être envisagée, notamment devant des formes vésiculo-bulleuses. Les formes médicamenteuses (SSM), représentant 1 à 27 % des cas, méritent une attention particulière. Nous rapportons un cas atypique de SSM induit par le Filgrastim, se manifestant par une éruption vésiculo-pustuleuse ombiliquée à distribution zostériforme.

Observation :

Une patiente de 50 ans, suivie pour un carcinome mammaire infiltrant sous chimiothérapie néoadjuvante, a développé, 7 jours après l'administration de Filgrastim, une éruption cutanée douloureuse et prurigineuse. Celle-ci était faite de multiples nouures et placards érythémato-violacés, purpuriques par endroits, surmontés de vésicules et pustules ombiliquées, localisés au membre inférieur droit avec une distribution métamérique zostériforme (L3-L4 et S1-S2). L'éruption avait débuté par une réaction pathergique au site d'injection du Filgrastim. Le bilan biologique a révélé une leucopénie isolée, et l'examen histologique a confirmé le diagnostic de SS. L'analyse de pharmacovigilance a établi un lien plausible avec le Filgrastim (score I4B4). L'évolution fut très favorable, avec résolution des lésions en 7 jours de traitement antiviral (acyclovir injectable) et soins locaux, sans recours à la corticothérapie. Avec un recul de 2 ans, aucune récidive n'a été notée après l'arrêt définitif du Filgrastim.

Discussion :

Le Filgrastim, un facteur recombinant de croissance granulocytaire largement utilisé en oncologie, est l'agent médicamenteux le plus souvent incriminé dans le SSM. Lorsqu'il est en cause, les manifestations cliniques apparaissent typiquement dans un délai de 3 à 7 jours après l'initiation du traitement, sans particularités notables par rapport aux formes classiques. Dans l'observation rapportée, l'imputabilité chronologique avec le filgrastim, la réaction pathergique au point d'injection, et la résolution rapide des lésions après l'arrêt du traitement ont permis de retenir le diagnostic d'un SSM.

Toutefois, l'originalité de ce cas résidait dans l'aspect inhabituel des lésions : vésiculo-pustuleuses, ombiliquées et de disposition zostériforme. Ce profil atypique a conduit à envisager d'autres hypothèses étiologiques, notamment une forme paranéoplasique, en raison du caractère vésiculo-pustuleux, ou une origine infectieuse virale, particulièrement une infection par le virus varicelle-zona (VZV), suggérée par l'ombilication des vésicules et la distribution métamérique des lésions. Cette dernière hypothèse demeure toutefois exceptionnelle, avec seulement trois cas de SS classique secondaire à une infection par le VZV rapportés dans la littérature.

Conclusion :

Ce cas illustre une présentation rare et trompeuse du SSM, tant par la morphologie vésiculo-pustuleuse des lésions que par leur disposition zostériforme. Il souligne l'importance d'envisager cette entité, bien que rare, devant toute éruption cutanée fébrile survenant après administration de Filgrastim.

Pustulose exanthématique aiguë généralisée : diagnostic clinique et piste étiologique en pratique hospitalière

H. Mansouri ; L. Bendaoud; M. Aboudourib ; S. Amal; O. Hocar
Dermatologie vénérologie, CHU Mohammed VI, Laboratoire bioscience, Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, Marrakech, Maroc.

Introduction :

La pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG) est une toxidermie rare, à début brutal, caractérisée par une éruption de pustules stériles non folliculaires sur un fond érythémateux. Cette étude vise à décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et étiologiques de la PEAG à travers une série hospitalière, afin d'en améliorer la reconnaissance et la prise en charge.

Patients et méthodes :

Nous rapportons une série de 5 cas de PEAG diagnostiquées selon les critères du groupe EUROSCAR au service de dermatologie de Marrakech. Nous avons étudié les paramètres épidémio-cliniques, biologiques, étiologiques et évolutifs de ces patients**.**

Résultats :

L'âge moyen des patients était de 30 ans avec des extrêmes allant de 25 à 40 ans. Une prédominance féminine a été notée avec un sex-ratio F/H de 3/2. 2 patients étaient suivis pour psoriasis en plaque. Tous les patients avaient développé une éruption érythémateuse parsemée des pustules non folliculaires intertrigineuses. Les lésions atteignaient le tronc dans tous les cas, les membres dans 3 cas, la face dans 2 cas. Les plis axillaires, inguinaux et sous-mammaires étaient les plus atteints. La fièvre était présente dans tous les cas. L'élévation de la CRP ainsi que l'hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles (PNN) étaient constantes. La biopsie cutanée a été réalisée dans tous les cas et a montré une pustulose songioforme infundibulaire, des kératinocytes nécrosés associées à un derme superficiel œdémateux. Les prélèvements bactériologiques et mycologiques étaient négatifs dans tous les cas. La PEAG était d'origine médicamenteuse dans tous les cas (avec 3 cas d'automédication). Les médicaments inducteurs étaient l'amoxicilline acide clavulanique(2cas), fluoroquinolones (1cas), hydroxyzine(1cas) et préparation orale à base de corticoides(1cas). Le délai moyen de survenue des lésions par rapport à l'introduction du médicament était d'une semaine. Un traitement par dermocorticoïdes et antihistaminiques était conduit dans tous les cas. Aucun cas grave ou compliqué n'a été noté dans notre série, avec une évolution favorable sous traitement symptomatique et arrêt du facteur déclenchant identifié ou suspecté.

Discussion :

Dans notre série, les cas de PEAG observés partagent les caractéristiques classiques de cette toxidermie : apparition brutale de pustules stériles sur un érythème diffus, accompagnée de fièvre et d'hyperleucocytose. L'étiologie médicamenteuse a été retrouvée dans la majorité des cas, avec une prédominance des antibiotiques (bêta-lactamines) en accord avec les données de la littérature.

Les grands plis et le tronc sont préférentiellement touchés, les muqueuses restent habituellement intactes. Cliniquement, tous nos patients avaient un aspect et une topographie typique, permettant de poser le diagnostic positif en s'aidant de l'histologie. Le délai de survenu des lésions par rapport à l'évènement causal, est habituellement court de l'ordre de 1 à 11 jours. Dans notre série, le délai était relativement plus long.

L'évolution de la PEAG est habituellement bénigne avec régression des lésions cutanées au bout de deux semaines comme décrit dans notre série. L'utilisation des corticoïdes topiques permet de limiter l'évolution des lésions et de raccourcir la durée de l'hospitalisation.

Cette série confirme l'importance d'un diagnostic rapide et d'une approche étiologique élargie pour une prise en charge optimale. Elle souligne également que, si la PEAG est souvent liée aux médicaments, elle peut révéler des causes sous-jacentes moins fréquentes mais tout aussi pertinentes.

Conclusion :

Une meilleure connaissance de cette pathologie rare mais significative contribue à renforcer la sécurité des prescriptions et la qualité des soins.

Quand le traitement aggrave la situation : hypersensibilité à l'azathioprine chez un patient avec EBA

K. Essekakri, B. Baghad, S. Chiheb
Service de Dermatologie et Vénérologie, CHUIbn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction

L'épidermolyse bulleuse acquise (EBA) est une dermatose bulleuse auto-immune rare, médiée par des auto-anticorps dirigés contre le collagène VII. Son traitement est difficile et repose sur l'association de plusieurs thérapies. L'azathioprine est couramment prescrit, mais son utilisation peut être limitée par des effets indésirables. Parmi eux, la réaction d'hypersensibilité reste exceptionnelle, décrite dans seulement 1 à 2 % des patients exposés, tous contextes confondus.

Observation

Nous rapportons le cas d'un patient atteint d'EBA confirmée cliniquement, histologiquement, par immunofluorescence directe et test de clivage au NaCl. Le traitement par dapsone instauré en première intention s'est révélé inefficace. L'azathioprine a été introduite, mais, quelques jours après le début du traitement, le patient a présenté une fièvre, un exanthème diffus avec un décollement cutané de moins de 10% de la surface corporelle associé à une hyperéosinophilie sanguine, sans atteinte viscérale. L'arrêt immédiat du traitement a permis une amélioration progressive et complète du tableau.

Discussion

La réaction d'hypersensibilité à l'azathioprine reste un événement rare et essentiellement anecdotiques. La littérature rapporte seulement quelques cas isolés, qui peuvent se manifester par des symptômes systémiques tels que fièvre, atteintes cutanées ou, plus rarement, atteintes multiviscérales. Ces réactions sont imprévisibles et ne dépendent pas de la dose, ce qui souligne la nécessité d'une surveillance attentive lors du traitement par azathioprine

Le cas présent se distingue par une forme limitée, se manifestant par des signes généraux peu marqués, une atteinte cutanée limitée et une hyperéosinophilie sans atteinte viscérale. La précocité des symptômes, leur caractère idiosyncrasique et la nécessité de l'arrêt immédiat du traitement imposent une vigilance accrue lors de l'instauration de l'azathioprine.

Le recours à d'autres immunosuppresseurs ou biothérapies (mycophénolate mofétil, rituximab, IVIG) reste une option indispensable dans les formes résistantes ou intolérantes.

Conclusion

Ce cas illustre la complexité thérapeutique de l'EBA, marquée par l'inefficacité de la dapsone et la survenue d'une réaction d'hypersensibilité rare à l'azathioprine, limitée à un exanthème diffus avec hyperéosinophilie. Il met en lumière la nécessité d'un suivi clinique rigoureux, de la prise en compte de la rareté mais de la gravité potentielle de cette complication, et de l'exploration d'alternatives thérapeutiques individualisées.

Urgence dermatologique pédiatrique : deux cas de Stevens-Johnson

K. BENABDESSALEM, L. BENDAOUD, M. ABOUDOURIB, O. HOCAR, S. AMAL
Service de Dermatologie, centre hospitalier universitaire Mohamed VI, Laboratoire de bioscience et santé, FMPM, Université caddi Ayad, Marrakech

Introduction

Le syndrome de Stevens-Johnson (SSJ) et la nécrolyse épidermique toxique (NET ou syndrome de Lyell) représentent un spectre de dermatoses aiguës graves, le plus souvent d'origine médicamenteuse. Chez l'enfant, les anti-infectieux et les anticonvulsivants constituent les causes principales. Le diagnostic repose sur la reconnaissance rapide du décollement cutané et des atteintes muqueuses, conditionnant la prise en charge et le pronostic.

Observations

Cas 1 : Garçon de 8 ans, épileptique depuis 2 mois, traité par valproate de sodium, admis pour éruption cutanée aiguë avec décollement. L'examen retrouvait un décollement cutané estimé à 13 %, signe de Nikolsky positif, lésions pseudococaroides diffuses, des bulles flasques rétroauriculaires et aux chevilles, des érosions post-bulleuses au genou gauche. L'Atteinte muqueuse était sévère : chéilite érosive, avec des érosions buccales hémorragiques et limitation de l'ouverture buccale associé à une conjonctivite bilatérale modérée. Le bilan biologique objectivait une CRP à 137 mg/L et une anémie 10 g/dL. Le prélèvement bactériologique cutané était positif à *Acinetobacter*, traité par colistine en intraveineux. La Prise en charge consistait à une corticothérapie systémique et soins locaux intensifs. Avec une Évolution favorable et cicatrisation progressive.

Cas 2 : Fillette de 2 ans, ayant reçu de l'Ibuprofen et une association de sulfaméthazole+triméthoprine (SMX-TMP) pour une angine fébrile avec douleurs abdominales, diarrhée verdâtre et vomissements. Quatres jours plus tard, elle a présentait un exanthème généralisé avec décollement cutané estimé à 4 % (tronc, visage, région rétroauriculaire), le signe de Nikolsky était positif, des phlyctènes à contenu séreux sur le cuir chevelu et le visage. L'enfant présentait un visage légèrement œdématié, un œdème palpébral, une chéilite érosive, ainsi que des érosions au niveau des grandes lèvres. Le bilan biologique était normal. L'examen ophtalmologique était sans anomalie. Le traitement était basé sur les soins locaux et amoxicilline-acide clavulanique. L'évolution était favorable avec desquamation et amélioration clinique en 5 jours.

Discussion

Le SSJ/NET pédiatrique reste rare mais grave, nécessitant une prise en charge urgente. Les médicaments les plus souvent en cause sont les anticonvulsivants (carbamazépine, lamotrigine), les sulfamides et les anti-inflammatoires non stéroïdiens. Nos deux cas illustrent des étiologies contrastées : un antiépileptique réputé peu incriminé (valproate de sodium) et une association classique à haut risque (SMX-TMP, AINS). Le diagnostic repose sur le décollement cutané, les atteintes muqueuses (buccales, oculaires, génitales) et la positivité du signe de Nikolsky. La prise en charge est centrée sur l'arrêt du médicament suspect, les soins locaux, la prévention des infections et, selon les cas, une corticothérapie ou les immunoglobulines.

Conclusion

Ces deux observations soulignent l'importance d'une vigilance accrue vis-à-vis des effets indésirables médicamenteux graves chez l'enfant. Une reconnaissance précoce des signes cutanés et muqueux, associée à une prise en charge multidisciplinaire rapide, améliore le pronostic vital et fonctionnel.

Fixed Drug Eruption in Diabetes: The Intersection of Drug Hypersensitivity and Metabolic Disease

A . Jei, FZ. ELfatoiki, H. Rachadi, S. chiheb
Ibn rochd university hospital center, dermatology and venerology, casablanca

Introduction:

Fixed drug eruption (FDE) is a distinctive type of cutaneous drug reaction that characteristically recurs in the same anatomical sites upon re-exposure to the causative agent. White less common than exanthematous eruptions, PDE is frequently associated with antibiotics such as cotrimoxazole. Although the clinical and histopathological features of FDE are well described, its occurrence in patients with type 2 diabetes mellitus remains underreported. Given the altered immune response and microvascular changes in diabetes, the presentation or resolution of drug-induced skin reactions might differ. We present a case of cotrimoxazole-induced FDE in a patient with type 2 diabetes, highlighting a rarely discussed clinical context.

Case Report:

A 56-year-old female patient with type 2 diabetes, treated with Diamicron for two years, presented with pruritic skin lesions accompanied by a few rapidly ruptured blisters, evolving over one day. These symptoms appeared one week after taking cotrimoxazole for a gastrointestinal condition, all occurring in an afebrile context and with preserved general condition.

The patient was conscious, hemodynamically stable, and afebrile. Cutaneous examination revealed multiple well-defined, round to oval macular lesions of varying sizes, ranging from erythematous-purplish to brownish, scattered over healthy skin. These lesions were localized on the back, abdomen, lower limbs, and face—particularly in the fronto-mental region. Additionally, post-bullous erosions (1–3 cm in diameter) with central erythematous lesions and crusting were observed in the subumbilical area, right perinasal region, and the anterior aspect of the left leg. The examination also showed telangiectasias on the lower limbs, while mucous membranes and skin appendages were unremarkable.

A skin biopsy was performed, revealing focal epidermal atrophy, hyperorthokeratosis, and parakeratosis, with moderate spongiosis and keratinocyte necrosis. The dermis exhibited edema with a lymphoplasmocytic and eosinophilic inflammatory infiltrate, without signs of vasculitis or fungal spores (PAS-negative). These findings were consistent with a drug-induced toxidermia.

The final diagnosis was FDE , with cotrimoxazole identified as the causative agent. Management included immediate discontinuation of the offending drug, antihistamines, and high-potency topical corticosteroids. Follow-up showed resolution with residual hyperpigmented macules.

Conclusion:

This case illustrates a rarely reported association between fixed drug eruption and type 2 diabetes mellitus. While cotrimoxazole is a recognized cause of FDE, little is known about its behavior in diabetic patients. Diabetes may alter inflammatory responses and delay healing, potentially influencing the clinical course and sequelae of FDE. This underlines the importance of considering diabetes as a possible modifying factor in adverse cutaneous drug reactions. Further studies are needed to better understand the interaction between diabetes and drug hypersensitivity.

Chemotherapy-induced Psoriasiform eruption in Hodgkin's lymphoma: Diagnostic dilemma and therapeutic challenges

Jei. FZ. Elfatoiki. H. Rachadi. S. Chiheb
Service de dermatologie de Casablanca, CHU Ibn Rochd

Introduction

Drug-induced psoriasiform eruptions represent a rare but clinically significant complication of chemotherapy. While chemotherapeutic agents such as vincristine and cyclophosphamide are known for their cytotoxic effects, their role in triggering inflammatory skin reactions remains understudied. Hodgkin's lymphoma patients, already immunocompromised due to both disease and treatment, may exhibit atypical cutaneous responses, further complicating therapeutic management. Herein, we report a case of a psoriasiform eruption following combination chemotherapy in a young patient with a history of desquamative dermatosis , highlighting diagnostic and therapeutic challenges

Case Report:

A 17-year-old female with Hodgkin's lymphoma ; treated one month prior with vincristine, cyclophosphamide, dacarbazine, and corticosteroid ; presented with a 4-day history of pruritic skin eruption. Her medical history included childhood flexural desquamative dermatosis, potentially consistent with psoriasis.

Clinical examination revealed erythematous plaques with thick guttate scales, covering 40% of the body surface area , involving the trunk, back, face, and limbs. Positive Auspitz sign and bloody dew sign were noted, alongside thimble-like nail pitting. Mucosal involvement included fissured cheilitis and erythematosquamous lesions with labial edema. Two diagnoses were considered, firstly an acute flare of pre-existing psoriasis unmasked by therapy and secondly a chemotherapy-induced psoriasiform reaction.

Management prioritized continuing life-saving chemotherapy, supplemented with high-potency topical corticosteroids, emollients and phototherapy. Clinical evolution showed marked improvement with good symptom control.

Discussion

This case highlights the diagnostic and therapeutic complexities of chemotherapy-induced psoriasiform eruptions in patients with Hodgkin's lymphoma. The rapid onset of lesions following vincristine-cyclophosphamide-dacarbazine therapy, coupled with classic psoriatic features suggests two plausible mechanisms:

1. Unmasking of latent psoriasis via immunosuppression because of steroid withdrawal effect or Th17 activation.
2. Direct cytotoxic keratinocyte damage triggering a psoriasis-like reaction.

Nail involvement strongly favors true psoriasis flare over a drug rash, as drug-induced psoriasiform reactions rarely affect nails with such specificity. This aligns with studies linking chemotherapy to Koebnerization in predisposed individuals.

The decision to continue chemotherapy despite cutaneous toxicity was justified by the life-threatening nature of lymphoma. However, this case underscores important management challenges, treatment remains mainly topical, as systemic agents risk interfering with chemotherapy efficacy. Recent evidence suggests that secukinumab may be safe post-chemotherapy, offering a future therapeutic option for refractory cases.

Pseudoangiomatose cutanée diffuse induite par biothérapie : à propos d'un cas sous adalimumab

S.BARAZ, R.BABA, H.KERROUCH, M.AMRAOUI, Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA
Service de dermatologie vénérologie, Hopital militaire d'instruction Mohammed V RABAT

Introduction & Objectifs :

Les lésions cutanées pseudoangiomateuses représentent un véritable défi diagnostique chez les patients immunodéprimés, en particulier ceux traités par biothérapies. Si les étiologies infectieuses comme l'angiomatose bacillaire ou le sarcome de Kaposi sont souvent évoquées en premier, les proliférations vasculaires induites par les médicaments ou les manifestations paranéoplasiques doivent également être envisagées. Nous rapportons un cas rare de lésions cutanées diffuses d'aspect angiomatiforme chez une patiente traitée par anti-TNFα, simulant initialement une infection opportuniste ou une tumeur vasculaire.

Cas clinique :

Patiente de 63 ans, suivie pour polyarthrite psoriasique sévère, sous adalimumab depuis 5 ans. Apparition de multiples papules et nodules érythémato-violacés sur le tronc et les membres, associée à un syndrome tumoral avec adénopathies généralisées. Un bilan clinique, histopathologique et microbiologique complet a été réalisé : biopsie cutanée, immunohistochimie anti-HHV-8, PCR Bartonella, dépistages infectieux et imagerie.

Discussion :

L'histologie montrait une prolifération lobulaire bien limitée de petits capillaires dans le derme superficiel, compatible avec des hémangiomes capillaires bénins, sans atypies ni activité mitotique. L'immunohistochimie HHV-8 était négative, éliminant un sarcome de Kaposi. La PCR et les colorations spéciales pour Bartonella étaient négatives, écartant l'angiomatose bacillaire. L'imagerie révélait de petites adénopathies réactionnelles sans signe de malignité.

L'absence d'arguments pour une cause infectieuse ou néoplasique, associée à l'exposition prolongée aux anti-TNFα, a conduit à retenir l'hypothèse de lésions pseudoangiomateuses probablement induites par le traitement. Bien que rares, des proliférations vasculaires ont été rapportées chez les patients sous inhibiteurs du TNF, possiblement liées à une altération des voies angiogéniques ou à une dysrégulation immunitaire. Une origine paranéoplasique n'a pu être totalement exclue, mais aucun cancer n'a été détecté après 6 mois de suivi.

Conclusion :

Ce cas illustre une présentation rare mais importante de lésions cutanées pseudoangiomateuses chez un patient sous anti-TNFα. L'élimination des causes infectieuses et tumorales est essentielle avant d'envisager un mécanisme médicamenteux ou paranéoplasique. Les cliniciens doivent connaître ces réactions vasculaires cutanées liées aux biothérapies afin d'éviter les erreurs diagnostiques et thérapeutiques.

Syndrome de Cushing induit par dermocorticoïdes topiques chez un nourrisson atopique : un effet secondaire à ne pas sous-estimer

F. EL GUENNOUNI, M.EL AMRAOUI, R. FRIKH, N. HJIRA

Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat

Introduction
Le syndrome de Cushing iatrogène secondaire à l'usage topique de corticoïdes est rare, en particulier chez le nourrisson. Le risque est majoré par l'étendue des lésions d'eczéma, la finesse cutanée et l'usage de corticostéroïdes puissants sans surveillance. Nous rapportons un cas illustratif.

Observation
Un nourrisson de 3 mois, suivi pour dermatite atopique sévère, avait initialement reçu un traitement par hydrocortisone 2,5 % topique (faible puissance) une fois par jour pendant quatre semaines, associé à des émollients. La famille ne s'était pas présentée au contrôle prévu.
Sept mois plus tard, l'enfant était revu pour retard staturo-pondéral et faciès lunaire. L'anamnèse révélait l'application prolongée d'un dermocorticoïde puissant (clobétasolpropionate 0,05 %, deux fois par jour), prescrit par un pharmacien. L'examen montrait un visage bouffi, des sourcils hirsutes, des télangiectasies faciales et un état général conservé. Le cortisol plasmatique était indosable (<5 nmol/L), confirmant une suppression surrénalienne. Le traitement a été arrêté, avec relais par hydratation intensive et surveillance pédiatrique.

Discussion
Le passage systémique des dermocorticoïdes, bien que rare, est favorisé chez le nourrisson par la surface corporelle élevée rapportée au poids, la finesse de la peau et l'altération de la barrière cutanée. L'usage hors prescription et l'automédication constituent des facteurs majeurs. Le diagnostic repose sur des signes cliniques évocateurs et la biologie. Le pronostic est généralement bon après arrêt du traitement, mais la prévention passe par une éducation claire des parents.

Conclusion
Ce cas souligne la nécessité d'une vigilance renforcée lors de la prescription de dermocorticoïdes chez le nourrisson. L'éducation parentale, la surveillance et le respect de la puissance des corticoïdes prescrits sont essentiels pour prévenir ce type de complication endocrinienne.

Toxidermie lichénoïde induite par Naproxène : à propos d'un cas

R.BOUABDALLAOUI[1], PR S.CHHITI[1], S. EL MSAYRYB[1], PR M.CHAOUCHE[1], Pr R.CHAKIRI[1]

[1] SERVICE DE DERMATOLOGIE ET VENEROLOGIE, CHU SOUSS-MASSA, AGADIR, MAROC

Introduction :

Les toxidermies lichénoïdes constituent une entité rare, cliniquement proche du lichen plan idiopathique, se caractérisent par des papules érythémato-violacées prurigineuses à disposition symétrique. Leur apparition est habituellement liée à la prise médicamenteuse, avec une latence moyenne de 2 à 3 mois. Plusieurs classes pharmacologiques sont impliquées dont le naproxène.

Nous rapportons le cas d'une patiente de 55 ans ayant présenté une toxidermie lichénoïde 4 jours après l'introduction du naproxène , avec bonne évolution après l'arrêt du médicament et application de dermocorticoïdes.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 55 ans, suivie pour céphalées chroniques , traitée par plusieurs médicaments sans amélioration. Elle s'est présentée pour une éruption papuleuse et prurigineuse survenue 4 jours après l'administration de naproxène pour ses céphalées. L'examen dermatologique a révélé des papules érythémateuses brillantes de 1 à 2 mm de diamètre, confluentes en placards au niveau de la nuque et dispersées sur le tronc et le dos, surmontées de squames épaisses, blanchâtres, adhérentes avec présence d'un aspect lichénifié par endroits. Ainsi que des placards érythémateux et hyperpigmentés , mal limités, surmontés de squames blanchâtres au niveau du visage , la région pubienne , axillaire sous et inter mammaire , avec à la dermoscopie un fond érythémateux et hyperpigmenté recouvert de squames ichtyosiformes .La biopsie cutanée a été en faveur d'une toxidermie lichénoïde et la pharmacovigilance a incriminé le naproxène. La patiente a été traitée par une crème hydratante topique, un antihistaminique et des corticostéroïdes topiques avec une régression complète de l'éruption après 10 jours d'arrêt du naproxène.

Discussion :

Les toxidermies lichénoïdes sont des éruptions médicamenteuses rares, secondaires à une réaction d'hypersensibilité retardée. Elles se caractérisent habituellement par une période de latence prolongée, variant de deux à trois mois, voire persistante après l'arrêt du traitement, rendant parfois l'identification de l'agent causal difficile. Cependant, des cas à latence plus courte ont été décrits dans la littérature, notamment avec certains anti-inflammatoires non stéroïdiens. Le naproxène, en particulier, a été identifié comme un agent déclencheur potentiel. Il a été impliqué dans des cas d'éruptions lichénoïdes cutanées et muqueuses, avec une amélioration notable des lésions après son arrêt, ce qui renforce l'imputabilité de ce dernier. Dans notre cas, le diagnostic de toxidermie lichénoïde induite par le naproxène repose sur une association temporelle étroite entre l'initiation du traitement et l'apparition des lésions, sur des caractéristiques cliniques, dermoscopiques et histopathologiques compatibles, ainsi que sur l'évolution favorable après l'arrêt du médicament incriminé. Ces éléments concordants renforcent le lien de causalité avec ce traitement.

Conclusion:

Cette présentation souligne l'importance d'un interrogatoire médicamenteux rigoureux devant toute éruption lichénoïde inexpliquée. Une identification précoce de l'agent causal permet une prise en charge adaptée, évitant la chronicisation des lésions et l'instauration de traitements immunosuppresseurs inappropriés.

Un rash inattendu sous Cémivil dans la leucémie myéloïde chronique

*WBOUDI ;YFARAI ; S EL MELLOUKI*M. EL AMRAOUI; R. Frikh[1]; N. Hjira[1]

M. EL AMRAOUI[1]; R. Baba[1]; H. Ammari[1]; R. Frikh[1]; N. Hjira[1]

Introduction : Les éruptions cutanées constituent un effet indésirable fréquent des inhibiteurs de tyrosine kinase utilisés dans la leucémie myéloïde chronique. Elles peuvent traduire une réaction au traitement ou être liées à l'évolution de la maladie. Nous rapportons le cas d'une patiente présentant une éruption maculaire sous Cémivil, dans un contexte de LMC en phase accélérée.

Cas clinique : Madame F., âgée de cinquante-sept ans, suivie pour une leucémie myéloïde chronique en phase accélérée, est traitée par Cémivil associé à de l'allopurinol. Elle consulte pour une éruption maculaire érythémateuse apparue depuis une semaine, localisée au tronc et aux membres supérieurs, non prurigineuse et sans signes de gravité cutanée. L'examen retrouve une tachycardie modérée et une splénomégalie palpable, dans un contexte d'état général conservé. Les analyses montrent une hyperleucocytose marquée, une anémie, un taux élevé de LDH et un BCR-ABL positif. La proximité entre le début du traitement et l'éruption oriente vers une toxidermie bénigne liée au Cémivil, sans exclure totalement une cause paranéoplasique.

Discussion : Les inhibiteurs de tyrosine kinase comme le Cémivil peuvent provoquer des rashs cutanés dans 15 à 30 % des cas, le plus souvent bénins et ne nécessitant pas l'arrêt du traitement. Toutefois, toute éruption survenant chez un patient atteint de leucémie myéloïde chronique doit également faire envisager une manifestation cutanée paranéoplasique, notamment dans les phases évolutives. L'absence de signes de gravité et la chronologie rapprochée entre la mise en route du Cémivil et les lésions cutanées rendent la toxidermie médicamenteuse la cause la plus probable dans ce cas.

Conclusion : Cette observation illustre l'importance d'une surveillance dermatologique attentive chez les patients sous Cémivil. Même un rash apparemment discret peut refléter une réaction au traitement ou un signe d'évolution de la maladie. La collaboration entre hématologues et dermatologues reste essentielle pour ajuster la prise en charge tout en préservant l'efficacité thérapeutique.

Vergetures étenduessecondairesaux corticoïdes topiques

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

Introduction : Les vergetures sont des lésions cutanées bénignes dont l'aspect inesthétique est parfois très gênant pour les patients. Elle se voient surtout chez les femmes enceintes par distension cutanée au niveau de l'abdomen et/ou la poitrine, en cas d'obésité ou de syndrome de cushing. Nous rapportons le cas des vergetures étendues, secondaires à l'application prolongée des corticostéroïdes topiques

Observation : Il s'agit d'une jeune fille âgée de 22 ans, suivie pour un psoriasis vulgaire depuis 10 ans. Elle présentait des lésions érythémato-squameuses psoriasiformes évoluant par poussée rémission sous traitement systémique (Méthotrexate, Photothérapie). La patiente appliquaitsur les lésions cutanées, sauf le visagedu propionate de clobétasol au long cours pendant des années à chaque poussée de sa maladie. A l'examen, elle présentait des lésions érythémateuse linéaire sous forme de stries, étendues, bilatérales localisées au niveau du dos, des épaules, des aisselles, des faces internes des bras et de l'abdomen.

Discussion : Les vergetures sont des lésions cutanées très fréquentes, atteignant les sujets jeunes, bénignesmais peuvent parfois révéler certaines pathologies endocriniennes sous-jacentes. Elles touchent essentiellement les femmes. Selon la littérature, les facteurs de risque constants sont l'obésité ou le surpoids, le deuxième et le troisième trimestre de grossesse. Les causes des vergetures ne sont pas clairement définies ; leur étiologie semble multifactorielle. L'application en excès d'un corticostéroïdes topiques est également une cause de vergetures. Cliniquement, les vergetures sont des lésions linéaires ou sinueuses, sous la forme de bandes roses, disposées de manière grossièrement parallèle ou concentrique selon les localisations. Elles sont asymptomatiques mais ont un impact important sur la qualité de vie. Le diagnostic des vergetures est strictement clinique.
Les vergetures faisant suite aux applications répétées de dermocorticoïdes se rencontrent surtout à la face interne des cuisses, au niveau des plis inguinaux. Elles sont profuses, profondes, persistantes et rebelles aux traitements. En opposition avec une symptomatologie clinique pauvre, la plainte et la demande thérapeutique apparaissent souvent disproportionnées. Les traitements ne sont pas bien codifiés, on note qu'aucun traitement ne peut promettre la disparition sans séquelles des vergetures. Actuellement il existe plusieurs modalités thérapeutiques comme le tretinoïde topique, peeling, microneedling, laser vasculaire, radiofrequence mais les vergetures tout comme les cicatrices ne s'effacent pas en totalité.

Conclusion : Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique ayant un impact psychologique important sur la qualité de vie. Le traitement comprend les traitements topiques, les traitements systémiques et les agents biologiques. Les dermocorticoïdes sont utilisés en traitement d'attaque, de courte durée avec une dégression lente pour éviter les effets secondaires.Une conséquence malheureuse de la surutilisation des corticostéroïdes est l'induction d'atrophie cutanée et de vergetures.

Du Lyell au DRESS : deux cas de chevauchement induit par l'allopurinol

W. Souhail, 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

Les réactions d'hypersensibilité médicamenteuse sévères constituent un spectre clinique allant de signes cutanés isolés à des atteintes multiviscérales mettant en jeu le pronostic vital. Parmi elles, le syndrome DRESS et le syndrome de Lyell sont deux entités bien distinctes, tant sur le plan physiopathologique que clinique, mais qui peuvent coexister. Nous rapportons deux cas de syndrome de chevauchement Lyell-DRESS déclenché par l'allopurinol.

Observations :

Cas 1 :

Patiente de 58 ans, hospitalisée pour une éruption cutanéo-muqueuse polymorphe apparue quatre semaines après introduction de l'allopurinol. L'examen montrait un exanthème maculeux par endroits purpurique, étendu avec décollement cutané superficiel (27 %), atteinte des muqueuses oculaire, buccale et génitale, fièvre et altération de l'état général. Le traitement suspect (allopurinol) a été interrompu ; la prise en charge initial a associé la réhydratation, une antibiothérapie adaptée et prednisone (1 mg/kg/j). Le bilan initial retrouvait une insuffisance rénale aiguë, un syndrome inflammatoire sévère (CRP 202 mg/L), une septicémie à *Klebsiella pneumoniae* avec acidose métabolique, un syndrome interstitiel thoracique, et un risque vital estimé à 52 % (SCORTEN 4). La biopsie cutanée confirmait une nécrolyse épidermique toxique.

L'évolution a été marquée par un angioœdème, une hyperéosinophilie majeure et une cytolyse hépatique, conduisant au diagnostic de **chevauchement DRESS–Lyell** (RegiSCAR 5), avec une détresse respiratoire qui a nécessité une ventilation non invasive ; la fibroscopie a objectivé un décollement muqueux extensif. L'évolution a été défavorable, se soldant par le décès de la patiente suite à une hémorragie intra-alvéolaire.

Cas 2 :

Patient de 80 ans, hospitalisée pour une éruption cutanéo-muqueuse polymorphe apparue trois semaines après l'introduction de l'allopurinol (prescrit pour une goutte). L'examen objectivait des lésions bulleuses cocaroïdes avec décollement cutané superficiel (45 %), une atteinte muqueuse oculaire synéchiante et buccale, fièvre et altération de l'état général. L'allopurinol a été interrompu et une réanimation hydro-électrolytique avec prednisone (1 mg/kg/j) a été instaurée.

Le bilan initial montrait une insuffisance rénale aiguë (KDIGO 2), un syndrome inflammatoire sévère, une cytolyse hépatique (×3 N) et un risque vital estimé à 52 % (SCORTEN 4). La biopsie cutanée confirmait une nécrolyse épidermique toxique.

L'évolution a été marquée par une hyperéosinophilie et une protéinurie >0,5 g/24 h, conduisant au diagnostic de **chevauchement DRESS–Lyell** (RegiSCAR 4). L'évolution a été favorable, avec une amélioration nette clinique et biologique.

Discussion

Le chevauchement Lyell-DRESS induit par l'allopurinol impliquerait une susceptibilité génétique (l'allèle HLA-B58,01), une hypersensibilité retardée combinant l'activation de lymphocytes T CD8+ cytotoxiques et CD4+. Le diagnostic initial de syndrome de Lyell reposait sur l'atteinte érosive cutanéo-muqueuse multifocale extensive et le décollement épidermique. Cependant, l'évolution atypique notamment l'angioœdème, la cytolyse hépatique et l'hyperéosinophilie, a suggéré l'association entre Lyell et DRESS. Selon le groupe RegiSCAR, un syndrome de chevauchement peut être suspecté lorsqu'un patient remplit les critères (cas probable ou certain) pour au moins deux toxidermies sévères, comme observé chez notre patiente. Une revue de la littérature a identifié l'allopurinol, la carbamazépine et le sulfaméthoxazole/triméthoprime comme les médicaments les plus incriminés, soulignant l'importance de surveiller ces molécules dans ce contexte. La **FDA** surveille étroitement l'usage de l'allopurinol, exigeant une information claire via les étiquettes officielles sur les dangers potentiels, notamment les réactions cutanées graves. Les directives en cours visent à assurer la qualité des formulations, tandis que l'intégration proactive de données pharmacogénétiques (comme le HLA-B*58,01) est promue par des organismes tiers pour sécuriser la thérapie dans les populations à risque.

Conclusion

Nos 2 cas décrivent un rare chevauchement NET-DRESS à l'allopurinol. Soulignant ainsi l'importance de suspecter des chevauchements et d'agir précocement lorsque des caractéristiques cliniques ou histopathologiques chevauchantes sont présentes.

Carcinomes et autres tumeurs

Tumeur de Buschke-Löwenstein géante: Un défi inattendu chez l'immunocompétent - à propos de deux cas

M.Hammouch, FZ.El-Fetouaki, S.Chiheb
Service de dermatologie-vénéréologie,CHU IBN Rochd, Casablanca

Introduction

La tumeur de Buschke-Löwenstein (TBL), ou condylome acuminé géant, est une lésion rare d'origine virale, liée au papillomavirus humain (HPV), aux sérotypes 6, 11, 16 et 18. Cette pathologie sexuellement transmissible se caractérise par une croissance locale importante, un potentiel de dégénérescence et une tendance à la récidive après traitement. Elle survient fréquemment chez les patients immunodéprimés. Nous présentons deux cas de TBL survenus chez des patients immunocompétents, mettant en lumière l'importance des facteurs comportementaux.

Observation clinique

Premier cas : Un homme de 77 ans, avec antécédents de rapports sexuels non protégés et partenaires multiples, ainsi qu'un tabagisme chronique (57 paquets-années), a présenté des lésions verruqueuses évolutives péri-scrotales, s'étendant aux organes génitaux externes, plis inguinaux et région ano-rectale. Les lésions, en forme de chou-fleur, mêlant teintes noir brunâtre et rose, étaient infiltrées et ulcerées, altérant la vie sexuelle. Les sérologies VIH, syphilitique et hépatites B/C étaient négatives. La biopsie a confirmé une TBL sans transformation maligne. Une exérèse chirurgicale large a été réalisée.

Deuxième cas : Un homme de 30 ans, sans antécédents médicaux particuliers mais avec des relations sexuelles à risque, immunocompétent, s'est présenté avec une tumeur géante similaire siégeant au niveau péri-scrotal et sur la verge. L'examen clinique a révélé des lésions verruqueuses exophytiques à l'aspect caractéristique de TBL, comparables à celles du premier patient. Les bilans sérologiques étaient également négatifs, et la biopsie a confirmé le diagnostic. Un traitement chirurgical similaire a été envisagé.

Discussion

La TBL, bien que rare, peut survenir chez des patients immunocompétents exposés à des facteurs de risque sexuels. La chronicité et l'exposition prolongée au virus HPV peuvent expliquer la progression importante des lésions, même en l'absence d'immunodépression. Le traitement repose sur une exérèse chirurgicale large, associée à une surveillance attentive. La prévention, notamment la vaccination et l'éducation sexuelle, demeure cruciale pour limiter la morbidité associée.

Conclusion

Ces deux cas illustrent que la tumeur de Buschke-Löwenstein géante peut se développer chez des patients immunocompétents, renforçant l'importance de la prévention des infections à HPV et du dépistage précoce, indépendamment du statut immunitaire. Une prise en charge adaptée et une surveillance rigoureuse sont essentielles pour améliorer le pronostic fonctionnel et limiter les complications.

Transformation maligne cutanée au cours de l'épidermodysplasie verruciforme

W. Souhail, L.Bendaoud, I. Jegoual, 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 :

L'épidermodysplasie verruciforme (EV) a été décrite en 1922 par Lewandowski et Lutz. Il s'agit d'une génodermatose rare, à transmission autosomique récessive, caractérisée par une susceptibilité accrue aux infections cutanées par certains types de papillomavirus humains (HPV), en lien avec un déficit de l'immunité cellulaire.

Nous rapportons un cas d'EV associé à plusieurs carcinomes épithéliaux, en précisant les caractéristiques cliniques et évolutives de cette affection.

Observation :

Il s'agit d'un homme âgé de 33 ans, issu d'un mariage non consanguin, sans antécédents pathologiques notables. Depuis l'âge de 12 ans, il présente des lésions verruqueuses planes initialement localisées aux mains et aux pieds, puis progressivement étendues aux genoux.

L'évolution récente a été marquée, au cours de l'année écoulée, par l'apparition rapide et l'augmentation de volume de multiples tumeurs cutanées, motivant la consultation. Le diagnostic d'épidermodysplasie verruciforme (EV) a alors été retenu.

Une exérèse chirurgicale de la masse frontale droite, la plus volumineuse, a été réalisée avec reprise de marges. L'examen histopathologique a conclu à un carcinome épidermoïde moyennement différencié, comportant de multiples emboles vasculaires.
L'examen dermoscopique des différentes lésions faciales a identifié 14 lésions suspectes, dont 9 fortement évocatrices de carcinome basocellulaire, présentant des critères caractéristiques : structures en chrysalides, feuilles d'érable, structures concentriques, ulcérations, ainsi que des vaisseaux arborisants ponctués et des globules.
Par ailleurs, le patient présentait des macules achromiques multiples, recouvertes de squames pityriasiformes, compatibles avec un pityriasis versicolor associé.
Une exérèse complémentaire des lésions suspectes a été programmée avec analyse anatomopathologique. Une concertation pluridisciplinaire, incluant l'équipe d'oncologie, a retenu l'indication d'une radiothérapie adjuvante, compte tenu du haut risque évolutif du carcinome épidermoïde diagnostiqué.

Discussion :

La maladie de Lutz- Lewandowsky est une affection génétique rare, multifactorielle, associant facteurs génétiques, UV et probablement immunologiques. Elle est ubiquitaire, bien que rarement décrite chez les sujets noirs.
Le pronostic dépend du potentiel oncogène de certains HPV, responsables de carcinomes cutanés sur zones photo-exposées dans 30 à 60 % des cas.
La transformation maligne survient le plus souvent après 30 ans, parfois au-delà de 40 ans, et reste un tournant évolutif majeur.
Les lésions malignes sont observées presque exclusivement sur les zones photo-exposées et peuvent s'associer à d'autres atteintes cutanées ou infections opportunistes, telles que l'angiokératome de Fordyce, le tinea cruris ou le pityriasis versicolor.
Les récidives tumorales sont fréquentes, même après chirurgie et radiothérapie, rendant le suivi prolongé indispensable.
De nouvelles options thérapeutiques (interféron, analogues de la vitamine D, association acide rétinoïque–interféron) ouvrent des perspectives prometteuses.

Conclusion :

L'épidermodysplasie verruciforme (EV) est une génodermatose rare, fréquemment associée à certaines maladies génétiques. Nous rapportons un cas d'EV ayant évolué vers une transformation maligne cutanée, entraînant un changement significatif du pronostic.

Lésion nodulaire du scalp révélant un carcinome basocellulaire

Y.El Bouhali , O. El Jouari, S. Gallouj
Service de dermatologie, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI , Tanger, Maroc

Introduction :

Le carcinome basocellulaire (CBC) représente la tumeur cutanée maligne la plus fréquente et concerne essentiellement les zones photo-exposées, notamment le visage. Le cuir chevelu constitue une localisation rare, en particulier chez la femme, du fait de la protection capillaire qui limite l'exposition solaire directe. Cette topographie inhabituelle peut conduire à un retard diagnostique, d'autant plus que les lésions peuvent simuler des affections bénignes.

Observation :
Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 65 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui a consulté pour une lésion nodulaire du cuir chevelu évoluant depuis plusieurs années. La lésion était restée asymptomatique et avait été négligée par la patiente, convaincue qu'il s'agissait d'un simple kyste trichilemmal bénin. Devant l'augmentation progressive du volume, elle a consulté dans notre formation. L'examen clinique a révélé un phototype II, un nodule de 1,5 cm, érythémateux et mal limité, reposant sur un fond rosé à rouge, parsemé de fines télangiectasies. On notait également la présence de croûtes hémorragiques et méllicériques adhérentes par endroits. L'examen dermoscopique a montré des signes évocateurs d'un CBC, notamment une ulcération centrale, un érythème diffus, des vaisseaux arborisants, des croûtes méllicériques et des zones hémorragiques punctiformes.
Une biopsie a été réalisée, et l'étude anatomopathologique a confirmé un carcinome basocellulaire nodulaire. La patiente a ensuite bénéficié d'une exérèse chirurgicale complète de la lésion, suivie d'une reconstruction par chirurgie Lambeau.

Discussion :
Le carcinome basocellulaire est une tumeur cutanée à évolution lente mais à fort potentiel de destruction locale. Bien que sa localisation préférentielle soit le visage, le cuir chevelu constitue un site rare, particulièrement chez la femme, en raison de la protection apportée par les cheveux. Dans la littérature, le CBC du cuir chevelu représente environ 13,2 % de l'ensemble des CBC, avec une prédominance masculine. Le type nodulaire est le sous-type histologique le plus fréquent dans cette localisation, et son incidence est plus élevée dans les populations à peau claire.
La rareté de cette localisation explique souvent la méconnaissance clinique et le retard diagnostique. Dans notre observation, la lésion a été confondue pendant plusieurs années avec un kyste trichilemmal, illustrant le caractère trompeur de certaines présentations cliniques. La dermoscopie s'avère un outil précieux dans l'orientation diagnostique, avec des signes tels que les vaisseaux arborisants, les ulcérations et les croûtes, typiques du CBC nodulaire. L'intérêt de ce cas réside dans la combinaison de plusieurs facteurs : localisation rare, sexe inhabituel, présentation clinique trompeuse et nécessité d'une reconstruction spécifique du cuir chevelu.

Conclusion :

Le carcinome basocellulaire du cuir chevelu est une entité rare qui peut poser un défi diagnostique en raison de son aspect clinique atypique et de la protection capillaire. La dermoscopie joue un rôle clé pour orienter le diagnostic avant la confirmation histologique. Le traitement repose sur l'exérèse chirurgicale complète, souvent associée à des techniques de reconstruction adaptées, comme la greffe de cheveux. La rareté de cette localisation, particulièrement chez la femme, souligne l'importance d'une vigilance clinique accrue face à toute lésion nodulaire persistante du cuir chevelu.

Quand un nodule scrotal masque un carcinome : une entité rare à ne pas méconnaître.

S.Alaoui, Y.Zekraoui, S.Hamada, N.Ammar, N.Ismaili, L.Benzekri, M. Meziane.

Introduction

Le carcinome épidermoïde du scrotum (CES) est un cancer rare mais grave, qui suscite une attention particulière en raison de son mauvais pronostic. Bien que son incidence ait diminué grâce à des mesures de prévention, notamment l'éviction des expositions professionnelles à certains agents carcinogènes, le CES reste difficile à diagnostiquer et traiter, principalement à cause de son évolution lente et de la gêne qu'il cause aux patients. Ce cancer touche surtout des hommes exposés à des facteurs de risque tels que le tabagisme, l'infection par le papillomavirus humain (HPV), et des inflammations cutanées chroniques. Les professions à risque, comme celle des ramoneurs, ont été historiquement liées à cette pathologie. Bien que la prise en charge soit assurée par les urologues, il est également essentiel que les dermatologues soient informés de cette affection, car elle peut être un motif de consultation dans leur pratique clinique.

Observation : il s'agit d'un patient de 55 ans, sans antécédents pathologiques, qui a consulté pour une tumeur de 3cm, siégeant au niveau du scrotum, indolore, ulcérée au centre avec issue de pus, évoluant depuis 2ans. Une échographie scrotale a été réalisée objectivant une masse scrotale, ovalaire, bien limitée, d'échostructure hétérogène, à coque périphérique épaisse richement vascularisée, mesurant approximativement(31x29mm) et fistulisée à la peau, en rapport avec une collection abcédée. II s'y associe une infiltration de la graisse avec épaississement des tuniques scrotales en regard. Une biopsie cutanée a été réalisée avec étude histologique montrant un tissu cutané bordé en surface par un épiderme siège d'une hyperacanthose, d'une papillomatose et d'une hyperkératose de type ortho ou parakératosique. Celle-ci repose sur un corps muqueux présentant des atypies cytonucléaires qui restent discrètes. Le derme sous-jacent présente des remaniements inflammatoires modérés sans signes d'infiltration. Le diagnostic d'un carcinome épidermoïde, bien différencié, mature de type verruqueux sans signes d'infiltration a été retenu. Le patient a été adressé au service d'urologie où un drainage de l'abcès scrotale a été fait avec une exerèse de la tumeur et complément de la prise en charge.

Discussion

Le CES représente environ 35 % des cancers scrotaux, bien que son incidence reste relativement stable, voire en légère augmentation dans certains pays. La présentation clinique de ce cancer est souvent un nodule solitaire et indolore, qui peut progresser en ulcération et s'infecter, retardant ainsi le diagnostic. Les facteurs de risque incluent des expositions professionnelles à des agents cancérigènes, des infections virales (principalement l'HPV), ainsi que la radiothérapie ou la photothérapie (PUVA). Le principale traitement est l'excision chirurgicale de la tumeur primaire avec des marges, bien que des techniques de reconstruction puissent être nécessaires dans les cas plus avancés. Les traitements moins invasifs comme le laser CO2 et les thérapies médicamenteuses sont recommandés dans les cas inopérables ou in situ. La gestion des ganglions inguinaux repose sur la biopsie du ganglion sentinelle et la dissection sélective des ganglions si des métastases sont confirmées. Les traitements adjuvants incluent la chimiothérapie pour les formes avancées, bien que la radiothérapie n'ait pas montré d'efficacité significative. De nouvelles pistes thérapeutiques, comme les thérapies ciblées et l'immunothérapie, offrent de l'espoir pour améliorer le traitement des formes avancées de la maladie.

Conclusion

Le SCC scrotal, bien que rare, est le cancer scrotal le plus fréquent. L'incidence de cette pathologie a évolué, notamment avec l'apparition de nouveaux facteurs de risque tels que l'infection par l'HPV et les traitements iatrogènes. L'excision chirurgicale reste le traitement de choix, mais des options moins invasives existent pour les formes inopérables. Les recherches sur les thérapies ciblées et l'immunothérapie ouvrent de nouvelles perspectives, bien que des études supplémentaires soient nécessaires pour confirmer leur efficacité dans le traitement des formes avancées du cancer.

D’une leishmaniose cutanée à un carcinome basocellulaire infiltrant : Rôle clé de la dermoscopie dans la rectification diagnostic :

Introduction

La leishmaniose cutanée est une infection parasitaire endémique caractérisée par des lésions ulcérées ou croûteuses, tandis que le carcinome basocellulaire (CBC) est une tumeur cutanée maligne d’évolution lente .

Bien que leurs natures diffèrent radicalement, certaines présentations cliniques peuvent induire une confusion diagnostique, particulièrement dans les zones d’endémie de la leishmaniose.
La dermoscopie, en mettant en évidence des critères morphologiques spécifiques, constitue un outil non invasif essentiel permettant d’orienter le diagnostic avant confirmation histologique.

Observation

Nous rapportons le cas d’un homme de 56 ans, sans antécédents particuliers, consultant pour une lésion de la région temporale, apparu quelques mois après un séjour en Lybie.

La lésion avait été initialement diagnostiquée histologiquement comme une leishmaniose cutanée, et le patient a été adressé dans notre formation pour prise en charge thérapeutique.

L’examen clinique trouve une plaque ulcéro-croûteuse atrophique avec bordure légèrement indurée, cicatricielle au centre, et à La dermoscopie :Fond érythémateux, des zones blanches brillantes , des chrysalides, une vascularisation Télangiectasique et arborescente, des Foyers pigmentés bleu-gris correspondant à des nids ovoïdes, des globules bleu-gris , avec des ulcérations superficielles et croûtes jaunâtres périphériques.

Ces éléments dermoscopiques orientaient vers un carcinome basocellulaire, et une seconde biopsie a confirmé le diagnostic de CBC infiltrant .

Discussion

La superposition clinique entre certaines infections cutanées chroniques et des tumeurs cutanées peut conduire à des diagnostics erronés et retarder la prise en charge adéquate.
Ce cas met en évidence la valeur ajoutée de la dermoscopie dans les situations de **discordance clinico-histologique**. Une lésion initialement interprétée comme une leishmaniose cutanée a révélé, sous dermoscopie, des critères typiques de carcinome basocellulaire (CBC).

Les principaux éléments dermoscopiques retrouvés étaient :

la vascularisation arborescente, considérée comme l’un des signes les plus spécifiques du CBC, traduisant la néoangiogenèse tumorale ;

les nids ovoïdes bleus-gris, correspondant histologiquement aux amas de cellules basaloïdes dans le derme ;

les globules bleus-gris et les foyers pigmentés, signes fréquemment observés dans les CBC infiltrants et micronodulaires ;

les zones blanches brillantes (shiny white structures), en rapport avec une fibrose stromale réactionnelle.

À l’inverse, la dermoscopie de la leishmaniose cutanée est habituellement caractérisée par :

des plages jaunâtres-orangé liées à l’infiltrat granulomateux,

des structures en “white starburst-like” en périphérie,

et des vaisseaux polymorphes plus irréguliers et anarchiques.

L’absence de ces signes granulomateux dans notre observation a renforcé l’orientation tumorale.

Cette approche illustre l’importance de la dermoscopie comme outil de rectification diagnostique. Elle permet non seulement de guider vers une nouvelle biopsie ciblée, mais aussi de réduire le délai d’accès à un traitement adapté.

Dans les zones d’endémie de la leishmaniose, où le réflexe diagnostique est souvent infectieux, la dermoscopie offre une sécurité supplémentaire en évitant des traitements inutiles et en permettant une détection plus précoce des tumeurs cutanées malignes.

Enfin, ce cas rappelle que la confrontation clinique, dermoscopique et histologique est indispensable pour confirmer un diagnostic et orienter une prise en charge optimale.

.

Conclusion

La dermoscopie ne doit pas seulement être considérée comme un outil d’appoint, mais comme une étape essentielle dans l’évaluation de toutes les lésions cutanées.

Carcinomes basocellulaires simulant des acrochordons dans le syndrome de Gorlin : intérêt diagnostique de l'examen dermoscopique

Y. Farai1; W. Boudi1; S. El Mellouki1; L. Alami1; Z. Youssef1; M. El Amraoui1; I. Anouar1; R. Frikh 1; N. Hjira.1

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

Introduction : Le syndrome de Gorlin, ou syndrome du carcinome basocellulaire névoïde (NBCCS), est une maladie génétique rare à transmission autosomique dominante, le plus souvent liée à une mutation du gène PTCH1, entraînant une activation constitutive de la voie Hedgehog. Cette altération confère une prédisposition au développement précoce et multiple de carcinomes basocellulaires (CBC), dès l'enfance ou l'adolescence. Chez ces patients, les CBC peuvent présenter des formes cliniquement trompeuses, notamment acrochordon-like, simulant des lésions bénignes. Dans ce contexte, la dermoscopie s'avère essentielle pour reconnaître les structures spécifiques évocatrices de CBC et orienter rapidement la prise en charge.

Observation : Nous rapportons le cas d'une patiente agée de 15 ans, suivie pour de nombreux kyste odontogènes réséqués et qui présentait plusieurs lésions cutanées pédiculées et pigmentées, localisées au niveau du dos, et du cou initialement interprétées comme des acrochordons. L'examen clinique a retrouvé un hypertélorisme, une macrocrânie, une cyphose dorsale, des puits palmaires multiples. L'examen des lésions acrochordon-like en dermoscopie an mis en évidence des vaisseaux arborisants, des globules bleu-gris et des nids ovoïdes, éléments caractéristiques de carcinomes basocellulaires pigmentés. L'exérèse suivie de l'analyse histopathologique a confirmé ce diagnostic. Le diagnostic d'un syndrome de Gorlin-Goltz a été retenu sur l'association de plusieurs critères majeurs (CBCs multiples, kyste odontogènes, puits palmo-plantaires) et mineurs. L'absence de cas familiaux nous amener à demander une étude génétique (mutation de novo) qui an mis en évidence d'une mutation du gène PTCH1.

Discussion : Chez les patients atteints du syndrome de Gorlin, les carcinomes basocellulaires peuvent adopter des formes cliniques atypiques, notamment acrochordon-like, rendant leur identification difficile, surtout chez les sujets jeunes où les CBC sont rarement évoqués. La dermoscopie est un outil diagnostique essentiel, permettant de mettre en évidence des critères morphologiques spécifiques (vaisseaux arborisants, globules bleu-gris, nids ovoïdes) même lorsque la présentation clinique reste trompeuse. Il est important de souligner que le syndrome de Gorlin peut survenir non seulement par transmission familiale autosomique dominante, mais aussi par des mutations de novo, c'est-à-dire des mutations spontanées chez un patient sans antécédents familiaux, comme dans le cas de notre patiente. La reconnaissance des signes cliniques associés (anomalies cranio-faciales, ostéo-articulaires, cutanées) demeure essentielle pour orienter vers un bilan génétique. Celui-ci permet d'instaurer une prise en charge multidisciplinaire adaptée et un dépistage familial ciblé.

Conclusion : Les CBC acrochordon-like représentent un piège diagnostique chez les patients atteints du syndrome de Gorlin. La dermoscopie permet un diagnostic précoce, même en cas de présentation trompeuse, et doit être systématiquement utilisée devant toute lésion pédiculée suspecte chez un sujet jeune.

Suspicious dermoscopic examination of protrusive urethral mass revealing a primary melanoma

M.El Maati [1], K. Znati [2], K. Senouci[1], L. Benzekri[1], M.Meziane[1]

1 Dermatology department- CHU Ibn Sina, Université Mohammed V de Rabat (Présidence Site Irfane), Rabat, Maroc;
[2] Pathology department, CHU ibn Sina, Université Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction:

Mucosal melanomas are rare localizations of melanoma. They are difficult to diagnose and treat, and usually occur at a late stage due to their unapparent deep-seated localization. We report the case of an achromic urethral melanoma in a woman whose diagnosis was guided by dermoscopy and confirmed by pathology. The externalized location of the mass enabled us to carry out a dermoscopic study of it, making this a first in the literature for these urétral tumors.

Case report:

We report a case evolving a 78- year-old North-African female hypertensive on Losartan, treated for Hashimoto's thyroiditis with Propanolol and Carbimazole, was admitted for management of a pelvic mass that had been evolving for 6 months, accompanied by dysuria and hematuria in a context of altered general condition. Clinical examination revealed a painful pelvic mass bleeding on contact 4cm from the apparent long axis at the urethral meatus. Dermoscopy of the tumor revealed a multi component pattern with a structureless salmon-pink patch, a blue-white veil, multiple eccentric polymorphic vessels and a residual pigment network at the periphery of the lesion. A biopsy was performed at the tumour site, revealing an achromic melanoma of the urethra. Dermoscopic screening of the neavi and extension work-up revealed multiple hypermetabolic foci involving the spine and iliac bone in the whole body FDG PET/CT without other primary sites. The patient underwent immunotherapy with a PD-1 inhibitor (pembrolizumab) with a stable metasis metabolic activity on a 6months follow-up FDG PET/CT scan.

Discussion:

Urethral melanoma is a rare localization representing less than 1% of melanomas, with a clear female predominance. Unlike cutaneous melanoma, the biological behavior of mucosal melanomas is known to be different with a higher metastatic potential and a worse prognosis. Possible reasons include delays in diagnosis and treatment, differences in anatomical location with an increased blood and lymph flow within the mucosa, facilitating spread, and differences in genetic profiles as they emerge denovo. Clinical symptoms include acute urinary retention, incontinence, and dysuria.. Dermoscopy has shown to improve the diagnostic accuracy of pigmented skin lesions. However, its role remains poorly understood in suspected mucosal lesions, especially in flat unexposed ones that share some features with benign mucosal menalotic neavi. The multicomponent pattern was found in 75% in a study by Lin et al, a homogeneous pattern in 25%. The most common features of mucosal melanoma, in contrast to benign lesions are: structural asymmetry and polychromy in 100%, blue-white veil in 75%, irregular dots or granules in 62%, regression structure in 38%. Less commonly blotches, irregular blood vessels, and atypical pigment network are found in 25% of cases. Histology makes the diagnosis when melanin pigment is present. However, achromic melanomas (25% of urothelial melanomas) may mimic other tumours such as poorly differentiated urothelial or squamous cell carcinomas. The use of immunohistochemistry can be used for differential diagnosis. The management is poorly codified, given the lack of available data, and treatment options are mainly limited to carcinological excision in the early stages. Because it develops on unexposed mucous membranes, genitourethral melanoma is often diagnosed late, and almost 50% of patients already have lymph node involvement at the time of diagnosis. Anterior pelvectomy may be proposed when the tumor exceeds 3 mm in thickness. Current chemotherapy regimens are based on experience with cutaneous melanomas, despite their different pathogenesis. Recommendations include immunotherapy drugs (immune checkpoint inhibitors) such as pembrolizumab or Nivolumab combined or not with ipilimumab in tumors without BRAF gene mutation. Targeted therapy with BRAF and MEK inhibitors recommended if BRAF mutation detected. The presence of c-KIT gene alterations indicates targeted therapies such as Imatinib and Nilotinib. Immunotherapy using interleukin-2 (IL-2) is reserved for advanced stages of these tumors.

Conclusion:

Urethral melanomas are rare tumors with a clinical presentation similar to much more common urothelial neoplasms. This case report illustrates the first dermoscopic description of a urethral melanoma that has been able to guide its diagnosis.

Carcinome épidermoïde sur rhinophyma : quand une lésion bénigne dissimule une menace insoupçonnée

W. Atine ; F. Hali ; S. Chiheb

SERVICE DE DERMATOLOGIE ET DE VENEROLOGIE, C.H.U IBN ROCHD DE CASABLANCA, Université
Hassan II de Casablanca, Casablanca, Maroc Introduction

Le rhinophyma constitue une hypertrophie bénigne et progressive des structures nasales, et correspond au stade 4 de la rosacée. Bien que le risque de malignité reste exceptionnel, l'apparition d'un carcinome épidermoïde sur un tel terrain clinique représente un événement rare mais significatif, posant des défis diagnostiques et thérapeutiques majeurs. Nous rapportons un cas atypique de carcinome épidermoïde développé sur un rhinophyma, illustrant l'importance d'une surveillance accrue et d'une prise en charge précoce face à cette évolution maligne inhabituelle.
Observation

Patient âgé de 65 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, consultait pour une lésion nasale évoluant depuis 9 mois. L'interrogatoire retrouvait la notion de bouffées vasomotrices antérieures évoluant depuis 15 ans. L'examen dermatologique objectivait une lésion ulcéreuse infiltrée surmontée de croûtes mélicériques par endroit et nécrotiques par d'autre siégeant au niveau d'une pointe du nez hypertrophiée. Par ailleurs, on notait des télangiectasies jugales bilatérales. Le reste de l'examen physique mettait en évidence des adénopathies latérocervicales bilatérales. Une biopsie cutanée a été faite concluant à un aspect en faveur d'un carcinome épidermoïde bien différencié kératinisant. La TDM TAP montrait des adénopathies cervicales et médiastinales. Ainsi, le diagnostic retenu était une dégénérescence maligne d'un rhinophyma en carcinome épidermoïde avec une atteinte ganglionnaire secondaire. La prise en charge était une exérèse chirurgicale avec des marges de résection de 1 cm associée à un curage ganglionnaire. Une reconstruction nasale est prévue dans second temps.
Discussion

Le carcinome épidermoïde sur rhinophyma est une entité rare, mais documentée. Le rhinophyma, stade avancé de la rosacée, se caractérise par une hypertrophie nasale liée à une hyperplasie des glandes sébacées. Bien que bénigne, cette affection peut constituer un terrain propice aux transformations malignes, principalement des carcinomes basocellulaires et, plus rarement, des carcinomes épidermoïdes. Le diagnostic repose sur l'examen clinique et la biopsie cutanée, indispensable pour confirmer la nature carcinomateuse. Le traitement de référence est l'exérèse chirurgicale complète, éventuellement suivie d'une reconstruction nasale. Une radiothérapie peut être envisagée en cas de marges positives. Notre observation illustre l'importance d'une surveillance clinique rigoureuse des rhinophymas, surtout en cas de modifications suspectes, pour un diagnostic précoce et une prise en charge optimale.

Conclusion

Bien que rare, le développement d'un carcinome épidermoïde sur un rhinophyma doit être envisagé face à toute lésion atypique ou ulcérée. Une prise en charge précoce et adéquate permet d'améliorer le pronostic et de prévenir les complications évolutives. Ce cas souligne la nécessité d'une vigilance accrue dans le suivi des patients présentant un rhinophyma.

Carcinome épidermoïde de l'espace inter- orteil : Une localisation exceptionnelle

Y. Zarouali, L.Bendaoud , M. Aboudourib , O. Hocar , S. Amal
Service de dermatologie et vénéréologie, faculté de médecine et de pharmacie – Marrakech-Maroc

Introduction :

Le carcinome épidermoïde est une tumeur cutanée infiltrante et destructrice. Il a une prédilection pour les zones photo exposées. La localisation au niveau de l'espace inter- orteil est exceptionnelle et il peut compliquer des lésions traumatiques ou inflammatoires préexistantes telles les cicatrices de brûlure instables et les ulcérations chroniques,

Nous rapportons un cas de carcinome épidermoïde survenant dans un contexte d'intertrigo inter-orteil chronique.

Cas clinique :

Un patient âgé de 48 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, avait un intertrigo macéré des 3eme et 4 eme espaces interorteil depuis 6 ans avec des épisodes fréquents de fissuration et réfractaire au traitement antifongique. L'examen a révélé une ulcération douloureuse à bords infiltrés occupant la totalité du 3 ème espace inter-ortiel, associée à une lésion ulcéro-bourgeonnante du bord latéral du 4ème orteil, Il n'y avait pas d'adénopathie poplitée ni inguinale. Le reste de l'examen somatique était sans particularité. Une biopsie cutanée était pratiquée montrant une image de carcinome épidermoïde invasif différencié kératinisant . La radiographie du pied ne montrait pas d'atteinte osseuse sous-jacente. L'échographie abdominale et la radiographie thoracique étaient normales. Le patient a beneficié d'une exérèse large de la lésion avec une marge de sécurité de 5 mm, emportant le 4 e et le 5e orteils gauches puis il a été adressé à l'oncologie pour un complément de prise en charge.

Discussion :

Le carcinome épidermoïde est le deuxième cancer cutané en matière de fréquence, il survient chez les patients âgés avec un phototype clair sur les zones photo-exposées, notre observation se distingue par la localisation exceptionnelle du carcinome épidermoïde à l'espace interorteil. L'intertrigo interorteil ayant fait le lit de cette tumeur était probablement mycosique compte tenu de la fréquence de cette affection d'une part, et de l'existence de facteurs favorisants. D'autres lésions ayant favorisé la survenue du CE auraient pu être évoquées notamment un psoriasis inversé, un durillon ou encore une hyperkératose congénitale, mais ces éventualités restent peu probables puisque l'anamnèse ne trouvait pas ce type de lésions et qu'il n'existait aucun autre signe en faveur à l'examen clinique.

Du fait de sa rareté, le CE interorteil est méconnu au stade de début, souvent pris pour un intertrigo mycosique érosif, ce qui a été chez ce malade à l'origine d'un retard diagnostique (6 ans), malgré plusieurs consultations.

L'amputation des 2 orteils adjacents à l'espace intéressé a été réalisée afin de respecter les marges d'exérèse carcinologique. En effet, l'amputation s'avère souvent nécessaire pour contrôler les tumeurs distales des membres . Le curage ganglionnaire n'est indiqué qu'en présence d'adénopathies satellites palpables.

Conclusion :

La localisation du carcinome épidermoïde au niveau de l'espace inter-orteil est rare, il faut y penser devant tout aspect d'intertrigo inter-orteil résistant au traitement antifongique.

Carcinome épidermoïde étendu cuniculatum : un challenge thérapeutique

I. zakraoui ; F. Hali ; B. Baghad ; S. Chiheb

Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca, Université Hassan II, Maroc

Introduction :

L'ulcère de Marjolin est une transformation maligne rare survenant sur des cicatrices chroniques, notamment post-brûlures. Le carcinome épidermoïde cuniculatum, une variante bien différenciée, se distingue par son aspect histologique et son comportement invasif local. Nous rapportons un cas d'ulcère de Marjolin avec un carcinome épidermoïde cuniculatum, soulignant les aspects cliniques, histologiques, radiologiques particuliers.

Observation :

Patiente de 58 ans présentait une lésion ulcéreuse chronique du membre inférieur droit, survenue sur une cicatrice de brûlure thermique datant de 40 ans. Un an avant sa consultation, l'ulcération a progressivement augmenté de taille, devenant douloureuse et saignante au moindre contact. À l'examen clinique : Lésion ulcéreuse de 20 cm de grand axe, à bords surélevés reposant sur un placard cicatriciel situé à la face latéro-postérieure de la cuisse et du tiers supérieur de la jambe droite et limitant la mobilité du genou droit. L'étude histologique de la biopsie cutanée était en faveur d'un carcinome épidermoïde invasif bien différencié développé sur cicatrice ancienne. L'IRM de la cuisse droite montrait une lésion sous-cutanée ulcérée, rétractile, rehaussée après injection de gadolinium, avec remaniements hémorragiques, infiltration œdémateuse du fascia sans atteinte musculaire ni osseuse. L'échographie ganglionnaire inguinale ne retrouvait pas d'adénopathie suspecte. La patiente a bénéficié d'une exérèse large de la tumeur avec des marges de sécurité de 1 cm. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire confirmait un carcinome épidermoïde invasif bien différencié sur fond cicatriciel, mesurant 15 × 5 cm pour 2 cm d'épaisseur, sans invasion vasculaire ni périnerveuse, avec des marges d'exérèse saines (limite latérale et profonde à 1 cm). La prise en charge post-opératoire a consisté en une cicatrisation dirigée initiale, suivie d'un recouvrement cutané par autogreffe dermo-épidermique avec surveillance clinique régulière.

Discussion :

L'ulcère de Marjolin désigne une transformation maligne sur une cicatrice chronique, le plus souvent post-brûlure, survenant après un long délai de latence pouvant atteindre plusieurs décennies, comme illustré dans notre cas. Le carcinome épidermoïde cuniculatum est une forme histologique rare, bien différenciée, caractérisée par des invaginations épithéliales profondes en forme de tunnels « cuniculatum », une prolifération verruqueuse et un potentiel d'invasion locale avec un faible risque métastatique. Son identification précise est essentielle pour adapter la stratégie thérapeutique. L'IRM est l'examen de référence pour évaluer l'extension locale et de guider la stratégie chirurgicale, garantissant une exérèse large et complète. L'échographie ganglionnaire permet de compléter le bilan loco-régional. Le traitement repose sur une exérèse chirurgicale large,Garantissant une réduction significative du risque de récidive. Dans notre cas, l'exérèse complète avec marges saines de 1 cm, sans atteinte vasculaire ni périnerveuse, constitue un facteur pronostique favorable.

Conclusion :

Ce cas clinique souligne l'importance de la surveillance attentive de toute lésion ulcéreuse chronique sur une cicatrice ancienne. L'ulcère de Marjolin avec carcinome épidermoïde cuniculatum, bien que rare, doit être reconnu rapidement pour orienter une chirurgie adéquate. Le diagnostic précoce, basé sur une biopsie systématique devant toute suspicion, est un élément clé permettant une prise en charge efficace et une amélioration du pronostic.

Carcinome épidermoïde cutané survenant dans le cadre d'une dermatite de contact

I. Zouine (1), S. Chhiti (1), C. Ezzaki (1), S. Mhaimer (1), N. Kayouh (1), C. Hakkaoui (1) ,R. Chakiri (1)

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

Introduction et objectifs :

La dermatite de contact est une affection cutanée inflammatoire pouvant devenir chronique en cas d'exposition répétée à des allergènes ou irritants. Cet état inflammatoire prolongé favorise une hyperprolifération épidermique et peut constituer un terrain propice à la cancérogenèse. Le carcinome épidermoïde cutané, deuxième tumeur cutanée la plus fréquente, résulte de divers facteurs de risque : tabagisme, agents professionnels, mode de vie et retard diagnostique. L'association entre dermatite de contact chronique et carcinome épidermoïde reste rare mais significative. Nous rapportons ici le cas d'un carcinome épidermoïde cutané in situ sur dermatite de contact.

Observation :

Un patient de 67 ans, maçon de profession et fumeur chronique, est suivi depuis 30 ans pour une dermatite de contact localisée à la paume de la main droite, avec une observance irrégulière du traitement local. Depuis trois mois, il a présenté une **plaque érythémato-squameuse infiltrée, prurigineuse**, persistante, au même site. La dermoscopie a révélé des **vaisseaux glomérulaires, des croûtes hémorragiques et des dépôts de kératine**. Une biopsie cutanée a confirmé le diagnostic de **carcinome épidermoïde in situ**. Un traitement local par imiquimod a été instauré, mais le patient a été perdu de vue après l'initiation de la prise en charge.

Discussion :

La dermatite de contact allergique chronique, en particulier lorsqu'elle est induite par une exposition répétée à des matériaux implantables, des pigments de tatouage ou des allergènes professionnels, est susceptible de jouer un rôle promoteur dans le développement de carcinomes épidermoïdes cutanés, notamment sur un terrain préalablement altéré (photovieillissement, lésions actiniques, cicatrices). Des données expérimentales issues d'un modèle murin ont mis en évidence qu'une exposition chronique à un hapten (DNFB), précédée d'un prétraitement carcinogène, induit la formation de papillomes puis de carcinomes épidermoïdes agressifs. Ce processus est associé à une réponse inflammatoire de type 2, caractérisée par l'accumulation de lymphocytes Th2, de mastocytes et par une néoangiogenèse marquée. Ces observations soutiennent l'hypothèse selon laquelle l'inflammation allergique chronique, telle qu'observée dans certaines dermatites de contact, pourrait contribuer à la progression tumorale en favorisant un microenvironnement pro-oncogénique.

Conclusion :

Ce cas illustre le potentiel de transformation maligne des dermatoses inflammatoires chroniques, telles que la dermatite de contact, en particulier en cas d'exposition professionnelle et de mauvaise observance thérapeutique. La reconnaissance précoce et le suivi régulier des lésions chroniques sont essentiels pour prévenir la progression vers un carcinome épidermoïde.

Carcinome Baso-Squameux : Entité Rare
Aspect clinique et dermoscopique

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

Introduction : Le carcinome Basosquameux est un cancer cutané rare et agressif, présentant un risque accru de récidive et de métastases. Il n'existe pas de présentations cliniques spécifiques du carcinome basosquameux et le diagnostic n'est posé qu'après la biopsie. Nous rapportons le cas du carcinome basosquameux confirmé histologiquement

Observation : Il s'agit d'une patiente âgée de 70 ans, aux antécédents personnels de tumeur du naso-pharynx traité. Elle présente depuis 2 ans une lésion au niveau du visage, augmentant progressivement de taille et saignant au contact. A l'examen, on retrouve une lésion linéaire érythémateuse, ulcéréebien limitélocalisée à la partie centrale du front mesurant 2 cm de longueur (Figure 1). A la dermoscopie, on retrouve une large zone érosive rouge avec zone laiteuse centrale et squames accentuées en périphérie formant une collerette avec des vaisseaux arborescentslocalisés à la périphérie (Figure 2). Une biopsie a été réalisée et l'histologie a révélé une tumeur avec un caractère mixte de carcinome basocellulaire associé à une zone de carcinome épidermoïde en faveur d'un aspect morphologique de carcinome basosquameux(Figure 3). Le bilan d'extension était négatif. La patiente a bénéficié d'une exérèse chirurgicale avec marge et n'a pas présenté de récidive à 6 mois de recul.

Discussion : Le carcinome basosquameux est un carcinome cutané non mélanocytaire rare, a été initialement défini au début du XXe siècle comme une tumeur dont l'histomorphologie se situait entre le carcinome basocellulaire (CBC) et le carcinome épidermoïde. Le carcinome basosquameux est appelé également carcinome basocellulaire métatypique. Au fil du temps, certains auteurs séparent le carcinome basosquameux du carcinome métatypique, d'autres utilisent les termes comme synonymes, et d'autres encore affirment que le carcinome basosquameux n'était qu'une variante kératosique du BCC. Actuellement, le carcinome basosquameux est reconnu comme un sous-type de carcinome basocellulaire avec un comportement agressif et une tendance plus élevée à la récidive et aux métastases. L'incidence du BSC varie entre 1,7 et 2,7 %, les taux de récidive publiés sont de 12 % à 51 % pour l'exérèse chirurgicale et de 4 % pour la chirurgie micrographique de Mohs. L'incidence des métastases est d'au moins 5 %. Le carcinome basosquameux a une présentation clinique non spécifique. La majorité des lésions se situent au niveau de la tête et du cou (80 %), la partie centrale du visage et les régions périnasales étant les localisations les plus fréquentes (30 %). Cependant, la tumeur peut également apparaître au niveau du cou, du tronc et des extrémités.Le carcinome basosquameux semble présenter également des caractéristiques dermoscopiques qui chevauchent à la fois le carcinome basocellulaire (CBC) et le carcinome épidermoïde invasif (CSC), les caractéristiques dermoscopiques les plus courantes du BSC comprennent des vaisseaux arborescents non focalisés, généralement situés à la périphérie des tumeurs, ainsi que des masses de kératine, des zones blanchâtres sans structure, des squames superficielles, des ulcérations ou des croûtes de sang. La biopsie profonde avec examen histologique reste la méthode diagnostique de référence pour les BSC. Un traitement chirurgical précoce et adéquat du BSC est obligatoire.

Conclusion : Le carcinome basosquameux est un sous-type rare de carcinome basocellulaire à croissance infiltrante. Il présente un risque élevé de récidive locale et de métastase. Le diagnostic définitif repose sur l'histologie. Il n'existe pas de consensus sur la prise en charge du carcinome basosquameux, les approches chirurgicales, notamment l'excision large et la chirurgie micrographique de Mohs, sont privilégiées par de nombreux cliniciens.

Quand les tumeurs se rencontrent : association simultanée de mycosis fongoïde, carcinome basocellulaire et carcinome épidermoïde

H.Baali, L.Bendaoud, N. Naciri, 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 mycosis fongoïde (MF) est le lymphome cutané T primitif le plus courant, caractérisé par des lésions chroniques. Les carcinomes basocellulaire (CBC) et épidermoïde (CE), liés à l'exposition aux UV, sont les cancers cutanés non mélanocytaires les plus fréquents. Bien que le MF soit parfois associé à des néoplasies secondaires, la survenue simultanée de MF, CBC et CE reste rare. Ce cas pose la question de mécanismes communs et souligne l'importance d'une surveillance dermatologique prolongée.

Observation :

Une patiente de 61 ans, sans antécédents médicaux particuliers, présente une érythrodermie généralisée évoluant depuis 16 ans. L'examen retrouve des plaques érythémateuses finement squameuses, confluentes sur le tronc et les membres, respectant le visage et le cou. On note également une lésion nodulaire ulcérée sur le dos de la main gauche (1 an d'évolution) et une lésion perlée supralabiale droite (présente depuis 5 ans). Aucune adénopathie palpable n'est retrouvée. Quatre biopsies cutanées sont réalisées : deux au niveau des lésions érythrodermiques (abdomen et jambe droite), et deux biopsies exérèses de la lésion nodulaire et la supralabiale. L'étude histopathologique des deux premières biopsies objective des aspects compatibles avec un mycosis fongoïde. L'immunophénotypage ($CD3^+$, $CD4^+$, $CD5^+$, $CD8^-$, $CD20^-$) confirme le diagnostic. La biopsie de la lésion de la main révèle un CBC de type folliculaire avec des marges d'exérèse saines. La lésion supralabiale correspond à un CE bien différencié, également excisé complètement.Le bilan d'extension met en évidence une atteinte ganglionnaire axillaire. Un traitement associant une préparation magistrale à base de dermocorticoïdes et du méthotrexate sous-cutané à la dose de 15 mg/semaine est instauré. L'érythrodermie évolue favorablement sous ce schéma thérapeutique.

Discussion :

La coexistence de néoplasies cutanées distinctes est rare, mais décrite dans les contextes de dermatoses chroniques ou de déséquilibre immunitaire. Le MF est associé à un risque accru de cancers secondaires, notamment cutanés. Toutefois, l'association simultanée de MF, CBC et CE est exceptionnelle.

Parmi les mécanismes évoqués : inflammation cutanée chronique, altération immunitaire locale, traitements immunosuppresseurs (absents ici), ainsi que facteurs de risque communs comme l'exposition solaire cumulative, l'âge et la susceptibilité génétique.

Dans ce cas, l'ancienneté du MF, l'absence d'immunosuppression systémique et la localisation distincte des carcinomes soutiennent l'hypothèse de trois tumeurs primaires indépendantes. Ce cas illustre la nécessité d'un dépistage cutané renforcé chez les patients atteints de MF.

Conclusion :

Ce cas exceptionnel de MF, CBC et CE simultanés chez une patiente non traitée souligne le rôle possible de la dysrégulation immunitaire liée au MF dans le développement de cancers cutanés secondaires. Il rappelle l'importance d'un suivi cutané régulier à long terme chez ces patients, même sans traitement systémique, et la nécessité d'études approfondies sur leurs mécanismes communs.

Cutaneous T-Cell Lymphoma Mimicking Metastasis in a Patient with Newly Diagnosed Multiple Myeloma

Salma Abid, Syrine Hamada, Hasnaa Zerhouni, Najoua Ammar, Mariame Meziane, Nadia Ismaili, Laïla Benzekri

Multiple Myeloma (MM) is a plasma cell proliferative disorder that belongs to a group of terminally differential B lymphoid neoplasms. Mycosis fungoides (MF) is lymphoproliferative disease of a T-cell lineage, it is the most common cutaneous lymphoproliferative disorder.
The simultaneous occurrence of MF (a T-cell lymphoproliferative disorder) and MM (a B-cell lymphoproliferative disorder) in the same patient is unusual, particularly since concurrent diagnosis of both malignancies is uncommon.
We report a case of a concurrent MM and MF in a patient whose skin lesions were initially suspected to represent cutaneous metastases of myeloma. The improbable association of a T-cell cutaneous lymphoma in a patient with a MM delayed biopsy of skin lesions and subsequent MF diagnosis. This case is notable for its exceptional rarity, raising questions about shared immunological alterations, and to improve clinical awareness of this association that could be overlooked.

A 76-year-old man with a history of arrhythmia presented in September 2024 with extreme fatigue, bone pain and generalized erythemato-squamous plaques progressing to involve the entire body.
Initial hematological workup revealed pancytopenia, and electrophoresis of serum protein detected an IgG kappa monoclonal gammopathy confirmed by immunofixation. Bone marrow biopsy demonstrated 25% plasmocytosis, supporting a diagnosis of multiple myeloma (MM).
Cutaneous lesions were initially thought to be myeloma metastases or sarcoidosis. Despite multiple dermatological referrals, a skin biopsy was not performed. The patient presented to our hospital in December 2024, a skin biopsy with immunohistochemistry confirmed mycosis fungoides diagnosis.

The coexistence of a peripheral T-cell malignancy and a B-cell malignancy, two clonal neoplasms of distinct lymphoide lineages is uncommon, but has been reported. Few case series have been reported, speculating that the incidence of the coexistence is greater than chance, implying that a possible association could exist. Nevertheless, the cases reported are often cases of a secondary B-cell malignancies after a diagnosis of T-cell peripheral lymphoma diagnosis. It has been speculated that patients with a mycosis fungoides have a higher risk to develop a second malignancy, and also that the immune suppression induced by drug therapy could be responsible.
In our patient, a simultaneous diagnosis of a multiple myeloma and mycosis fungoides was made. Since the two diagnosis were simultaneous, this association raises an interesting question regarding the original immunological alteration at cause . Could it be a same lymphoid precursor with aberrations that induce the development of both clonal diseases, or a fortuitous association?
It is the modern molecular techniques that could answer the question, as a plausible explanation could be a common origin of both malignancies from a neoplastic stem cell, or genetic events predisposing the two cell lineages to acquire malignancies.

To conclude, this exceptional co-occurrence of a multiple myeloma and mycosis fungoïdes in the same patient is interesting from the clinical point of view, to raise awareness among clinicians to this possible diagnosis, and also from an immunological point of view, to better understand on the molecular level the alterations at the origin of these neoplasms.

Nodule isolé de la face révélant une maladie de kaposi : à propos d'un cas

- Chaouqi M, Ennaciri A, Ammar N, Hamada S, Meziane M, Ismaili N, Benzekri L.
- Service de dermatologie, centre hospitalier Ibn Sina, Rabat, Maroc

Introduction

La maladie de kaposi est une tumeur vasculaire d'origine endothéliale causée par l'herpèsvirus humain 8 (HHV-8). Il se caractérise par l'apparition de macules violacées, de plaques ou de nodules angiomateux sur la peau ou les muqueuses, et peut également toucher d'autres organes. Bien que la maladie de kaposi affecte fréquemment les extrémités, son apparition au niveau du visage reste relativement rare. Le sarcome de Kaposi peut se présenter sous différentes formes : la forme épidémique (associée au VIH), la forme classique, la forme endémique (en Afrique) et la forme iatrogène. Dans la forme classique, la maladie de kaposi touche généralement les hommes âgés d'origine méditerranéenne, avec des lésions localisées aux extrémités. La forme endémique est plus agressive, avec des lésions infiltrantes pouvant progresser et toucher les organes internes. La maladie de kaposi iatrogène survient chez les patients immunodéprimés, tandis que le SK associé au VIH affecte fréquemment le visage, mais aussi les extrémités et les muqueuses. L'objectif de ce cas est de souligner l'importance de considérer la maladie de Kaposi dans le diagnostic différentiel des lésions vasculaires du visage chez les individus immunocompétents.

Observation Nous rapportons le cas d'un patient de 67 ans, sans antécédents particuliers, qui a consulté pour l'apparition de deux nodules unilatéraux augmentant progressivement de taille sur le visage depuis un mois. Lors de l'examen cutané, deux nodules à caractère vasculaire ont été observés : le premier mesurait 0,5 cm de diamètre et était situé au niveau du sillon nasogénien, tandis que le second mesurait 1 cm de diamètre, était situé à la base de l'aile du nez, ulcéré, et recouvert d'une croûte jaunâtre. L'analyse dermoscopique a révélé un aspect en arc-en-ciel sur la périphérie, des squames et une ulcération centrale recouverte d'une croûte jaunâtre sur la seconde lésion. Un examen clinique plus approfondi n'a pas mis en évidence d'autres lésions cutanées ou muqueuses. Une biopsie cutanée des deux nodules a été réalisée pour établir le diagnostic. l'analyse histologique a confirmé le diagnostic de maladie de kaposi, avec une positivité à l'immunohistochimie pour le HHV-8 pour les 2 lésions. la sérologie VIH était négative, éliminant ainsi un sarcome de Kaposi associé au VIH. Le patient n'avait aucun antécédent d'immunosuppression ou de transplantation récente, et les analyses sanguines n'ont révélé aucune anomalie sous-jacente. Le patient a bénéficié d'une exérèse chirurgicale des deux nodules, avec un bon résultat.

Discussion

La maladie de kaposi peut être classée en quatre formes distinctes : classique, endémique, iatrogène et associée au VIH. Dans sa forme classique, elle touche typiquement les hommes âgés originaires du bassin méditerranéen ou de l'Europe de l'Est, avec des lésions principalement localisées aux membres inférieurs. La forme endémique, observée en Afrique subsaharienne, tend à être plus agressive, avec des lésions infiltrantes susceptibles d'atteindre les organes internes. La forme iatrogène survient chez les patients immunodéprimés, en particulier ceux ayant bénéficié d'une transplantation d'organe ou recevant un traitement immunosuppresseur, avec une prédominance de lésions aux extrémités. Celle associé au VIH est la forme la plus agressive, touchant fréquemment le visage, le cuir chevelu, le cou, la muqueuse buccale et d'autres organes (1). En dehors d'un contexte d'immunodépression, la présentation faciale de kaposi est exceptionnellement rare et peut entraîner un retard diagnostique, car elle peut mimer d'autres affections vasculaires bénignes ou malignes, ou encore inflammatoires, telles que les hémangiomes, les granulomes pyogéniques, les angiosarcomes ou d'autres tumeurs vasculaires (2). La confirmation diagnostique repose sur l'examen histopathologique et la mise en évidence immunohistochimique du HHV-8 (3). Ce cas met en évidence l'importance de considérer la maladie de Kaposi dans le diagnostic différentiel des lésions vasculaires faciales, même chez des patients immunocompétents, afin d'assurer une prise en charge rapide et adaptée.

Conclusion

La maladie de Kaposi est généralement retrouvé sur les extrémités, particulièrement au niveau des membres inférieurs, dans les formes classique et iatrogène. La localisation faciale est atypique, surtout chez les patients immunocompétents, mais elle est plus fréquente dans les formes associées au VIH. Ce cas illustre l'importance de considérer la maladie de Kaposi dans le diagnostic différentiel des lésions vasculaires, même lorsqu'elles apparaissent dans des localisations inhabituelles, comme le visage.

MYCOSIS FONGOIDES and comorbidities in a Moroccan population

M. EL MOUSTAOUI[1], H. EL HASSANI TAIB[1], M. CHAOUQI[1], N.AMMAR[1], S. HAMADA[1], N.ISMAILI[1], L. BENZEKRI[1], M. MEZIANE[1]

[1] Department of Dermatology, Ibn Sina University Hospital Center, Rabat, Morocco

Abstract:

Introduction:

Mycosis fungoides (MF) is the most prevalent form of cutaneous lymphoma. While it is typically diagnosed in adults between the ages of 55 and 60, it can also affect children and adolescents. The precise cause of MF is unclear, but it is thought to result from chronic antigenic stimulation, leading to the expansion of T-cells and their malignant transformation.

Materiels and methods:

The objectives of our study were to analyze the frequency of comorbidities associated with mycosis fongoide in a Moroccan population. A retrospective and descriptive study was realized during 6 months at the Ibn Sina University Hospital in Rabat, Morocco.

Results:

A total of 46 patients with a confirmed diagnosis of mycosis fongoide were included.

The median age was 54 years. 52,2% had phototype IV, 41,3% had phototype III, and 4,3% had phototype V. 73,9% of the patients had mycosis fungoides in plaque form, while 11% had a tumor form, followed by the hypopigmented form in 6,5% of cases

The most frequently found associations were cardiovascular disorders (21,7%), smoking (20%) and overweight (17,4), followed by psychiatric disorders in 15.2% of cases, and both of thyroid disorders (13%) and neoplasms (13%).

Furthermore, four patients were on selective serotonin reuptake inhibitors, accounting for 8.7% of the total number of patients, while the remaining medications were taken by less than 3% of the patients.

However, there was no significant correlation between these associations and the stage of the disease.

Table I. Associated comorbidities

ssociated comorbidities	(%)
	(20%)
noking:	(17,4%)
etabolic syndrome	(17,4%)
verweight or obesity:	17,4%)
yslipidemia:	(13%)
hyroid disorders:	(10,9%)
ypothyroidism:	(2,7%)
yperthyroidism:	(15%)
sychiatric disorders:	(10,9%)
epression:	(2,7%)
nxiety:	(2,7%)
CD (Obsessive-Compulsive Disorder):	
eoplasm:	(13%)
eukemia:	(4,34%)
olon:	(2,7%)
reast:	(2,7%)
ladder:	(2,7%)
aposi sarcoma:	(2,7%)
ardiovascular disorders :	) (21,73%)
ypertension:	(13%)
rrhythmias:	(4,34%)
chemic heart disease:	(4,34%)
soriasis:	(4,34%)
topic dermatitis:	(2,7%)

Discussion:

These findings imply that the systemic inflammation associated with MF may play a role in the long-term development of hypertension. The relationship between MF and cardiovascular disease remains debated. A Danish cohort study identified an increased risk of myocardial infarction and stroke in MF

patients, while a Finnish cohort study found no heightened risk of coronary artery disease in individuals with MF.

Recent studies have indicated that secondary malignancies, such as non-Hodgkin lymphoma and Hodgkin lymphoma, may arise in MF patients due to factors like systemic immunosuppression, shared genetic origins, exposure to carcinogens, viruses, or alkylating chemotherapy drugs. According to Goyal et al., MF patients have an increased risk of developing lung cancer, bladder cancer, and melanoma, with these being the most common types.

Hyperlipidemia is another comorbidity that has been previously reported in association with MF. The exact mechanism underlying this relationship remains unclear, but it is suggested that MF may induce chronic systemic inflammation, which leads to oxidative stress and the release of cytokines such as TNF-alpha and IL-6.

Recent studies have shown that patients with MF are at an increased risk of depression and anxiety. This may be attributed to the uncertainty surrounding prognosis, the need for long-term follow-ups with frequent hospital visits, diagnostic tests, procedures, and the side effects of treatment, all of which could contribute to anxiety in MF patients.

Conclusion:

Our study is limited by its retrospective nature, the small sample size, and the absence of a control group. Additional studies are needed to gain a deeper understanding of the causal relationships between MF and the comorbidities we have identified

Un traitement contre l'acné… et contre le mycosis fongoïde ? : A propos d'un cas de rémission inattendue de MF sous Doxycyline

L.Mouline, B.Idrissi, FZ .Hammoud, N.Ammar, S.Hamada, M.Meziane, N.Ismaili, L.Benzekri

Introduction

Le mycosis fongoïde (MF) est le lymphome cutané primitif épidermotrope le plus fréquent. Son évolution est le plus souvent indolente. Les formes précoces se manifestent par des lésions peu spécifiques, souvent confondues avec des dermatoses inflammatoires bénignes. Dans ce contexte, la stratégie thérapeutique repose sur une évaluation rigoureuse de la balance bénéfice-risque, en privilégiant les traitements les moins agressifs.

La doxycycline, au-delà de son activité antimicrobienne, possède des propriétés anti-inflammatoires, pro-apoptotiques et anti-angiogéniques. Bien que non validée dans le traitement du MF, certaines séries ont suggéré un intérêt dans les formes débutantes. Nous rapportons un cas de rémission fortuite sous doxycycline prescrite pour une acné associée.

Observation :

Une patiente de 28 ans, suivie pour maladie cœliaque, consulte pour des macules hyperpigmentées peu prurigineuses, siégeant sur le flanc droit, évoluant depuis sept mois avec extension progressive. L'examen clinique retrouve une acné inflammatoire associée. Une biopsie cutanée est réalisée, et un traitement par doxycycline 100 mg/j est instauré pour l'acné.

Deux mois plus tard, la patiente est revue avec une histologie confirmant un MF débutant. Cliniquement, les lésions suspectes ont totalement régressé. Une seconde biopsie sur la même zone ne montrait plus d'infiltrat atypique, traduisant une rémission clinique et histologique. Le traitement est maintenu avec surveillance. Une récidive est toutefois notée une semaine après l'arrêt temporaire de la doxycycline. Un traitement par photothérapie a donc été indiqué permettant une rémission complète.

Discussion

La doxycycline agit sur l'inflammation via l'inhibition des métalloprotéinases matricielles et de cytokines pro-inflammatoires, et présente également une toxicité sélective vis-à-vis de certaines cellules tumorales.

L'étude d'El Sayed et al. (2019) rapporte un taux de réponse de 11,1 % dans le MF débutant, contre 50 % pourla PUVA. L'effet observé semble essentiellement anti-inflammatoire, sans impact significatif sur l'apoptose des cellules T.

Notre observation illustre une régression clinico-histologique sous doxycycline, prescrite hors intention thérapeutique pour le MF. La récidive rapide après l'arrêt du traitement confirme les limites de cet effet.

Conclusion

La doxycycline pourrait constituer une option thérapeutique dans les formes très précoces de MF. Bien qu'elle ne puisse remplacer les traitements validés, notre observation suggère qu'un bénéfice clinique est possibledans certaines situations. Des études complémentaires seraient utiles pour mieux définir sa place dans l'arsenal thérapeutique des formes débutantes du MF.

Poikilodermatous mycosis fungoides in a young patient: A case escaping diagnosis for two decades.

Hasnaa Zerhouni 1, Salma Abid1, Lina Mouline1, Najoua Ammar 1, Syrine Hamada1, Mariame Meziane1, Nadia Ismaili1, Laila Benzekri1
1Dermatology and Venerology Department, CHU Ibn Sina, Rabat, Morocco

Introduction :

Cutaneous lymphomas are rare extranodal non-Hodgkin lymphomas. Mycosis fungoides (MF) is the most frequent cutaneous T-cell lymphoma.

Poikilodermatous mycosis fungoides (PMF) is a rare clinical variant, characterized by hypopigmented or hyperpigmented, atrophic, and telangiectatic lesions, primarily affecting flexural areas and the trunk. It accounts for approximately 10% of cases and is more common in younger patients, with a median age at diagnosis between 40 and 50 years.

We report the case of a histologically and immunohistochemically confirmed PMF. The aim of this case report is to raise awareness about considering poikilodermatous mycosis fungoides in young patients, even at an early age, to ensure timely diagnosis and management.

Case report:

We report the case of a 28 year old man, who presented with lesions who had existed for 21 years. The patient was diagnosed for a long time as atopic dermatitis and was sporadically treated with topical steroids, with no amelioration.

Clinical examination revealed several erythematous macules with crumbled edges, slightly atrophied, with reticulated hyperpigmentation and telangiectasias, covered with fine scales involving 50% of the body surface area including the thighs, inner side of the knees, buttocks, back, lateral pectoral regions, arms, forearms.

Dermoscopy revealed focal white and brown structureless areas configuring a “checkerboard” pattern, along with brown reticular lines and patchy white.

Two skin biopsies were performed with histological examination and immunohistochemical studies that confirmed the diagnosis.

Further detailed examination did not reveal any visceral or lymph node involvement.

Discussion:

Mycosis fungoides is a subtype of cutaneous T-cell lymphoma and a primary cutaneous lymphoma. The disease is rarely described in childhood and young adults. PMF is an uncommon clinical subtype of MF, characterized by the development of localized or widespread poikiloderma, which may appear with or without the typical patches and plaques of MF. Clinically, it manifests as thin, “cigarette-paper” skin with reticulated pigmentation, atrophy, scaling, and telangiectasia, primarily affecting the breasts, hips, and buttocks. In cases of generalized PMF, patients may develop erythroderma; however, despite the extensive skin involvement, the prognosis remains favorable.

Dermoscopy shows polygonal lobules of white storiform streaks with fine red dots or hairpin vessels, separated by irregularly distributed pigmented septa, along with red and yellowish smudges.

Staging of MF involves clinical, laboratory, and imaging studies, which guide TNMB classification and treatment decisions.

Treatment modalities for MF include both skin-directed and systemic therapies. Topical therapies, including corticosteroids, chlormethine, bexarotene, and phototherapy (UVB, PUVA), are effective for localized and early-stage poikilodermatous mycosis fungoides. For extensive or resistant cases, systemic treatments such as low-dose methotrexate, retinoids, anti-IL2 and interferon-α help control disease progression and modulate immune responses. Treatment choice depends on disease severity and patient tolerance.

Conclusion :

We present a clinical case of poikilodermatous form of MF, which caused difficulties in diagnosis. Diagnosis was possible through dynamic observation and skin biopsy with histologic and immunohistochemical studies.

Lymphome B cutané diffus à grandes cellules avec extension ganglionnaire secondaire : Importance du diagnostic précoce et de la chimiothérapie systémique :

H.Baali, M.Aboudourib, M. Ait Abbou, 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 lymphomes B cutanés primitifs diffus à grandes cellules constituent une forme rare et agressive de lymphome cutané, caractérisée par une évolution rapide et un risque d'extension lymphatique secondaire. Leur présentation clinique est variable, allant de nodules isolés à des plaques infiltrées, parfois ulcérées, souvent accompagnées de prurit. Le diagnostic repose sur l'association d'éléments cliniques, histopathologiques et immunohistochimiques, tandis que le bilan d'extension guide la prise en charge thérapeutique. Nous rapportons le cas d'un patient présentant un lymphome B cutané diffus à grandes cellules avec atteinte ganglionnaire secondaire, traité par protocole CHOP avec une régression cutanée notable, illustrant les défis diagnostiques et thérapeutiques de cette entité rare.

Observation :

Un homme de 61 ans, sans antécédents pathologiques notables, a consulté pour l'apparition progressive de deux nodules cutanés localisés au dos, présents depuis environ un an et précédés d'un prurit modéré à intense. Le nodule le plus volumineux, érythémato-violacé et très induré, mesurait 8 cm de grand axe et présentait un cratère central de 2 cm avec écoulement séro-purulent. Le second nodule, plus petit, mesurait 3 cm de diamètre, était ferme et érythémateux.

L'examen objectivait également une adénopathie axillaire gauche indolore, mobile par rapport au plan profond et mesurant 6 cm de grand axe. Des lésions de grattage, sous forme de stries linéaires et d'excoriations, étaient présentes sur le dos, en rapport avec le prurit. L'état général du patient était conservé, sans signe systémique associé.

Le patient a bénéficié d'une biopsie cutanée, révélant une infiltration dermique par une population lymphoïde de taille moyenne à grande, compatible avec un lymphome B diffus à grandes cellules, de type centre germinatif. L'immunohistochimie a montré une expression intense de CD20, une expression réactive de CD3, une expression nucléaire de BCL6 dans 50 % des cellules tumorales, une expression cytoplasmique de BCL2 dans 70 %, et une expression modérée de MUM1 dans 10 % des cellules tumorales. Les marqueurs CD5, CD30 et CD23 étaient absents et l'indice de prolifération Ki67 était estimé à 60 %.

La biopsie ganglionnaire axillaire gauche a confirmé l'extension lymphatique secondaire, avec un lymphome B diffus à grandes cellules de type centre germinatif, sans translocations BCL2 ou BCL6 et sans réarrangement Myc. Le bilan hématologique, complété par une biopsie ostéomédullaire, était normal, sans infiltration lymphomateuse ni myélofibrose.

Au terme de ces investigations, le diagnostic retenu était celui d'un lymphome B cutané diffus à grandes cellules agressif avec atteinte ganglionnaire secondaire. Devant l'agressivité de la maladie, le patient a été traité par protocole CHOP, avec une réponse spectaculaire, entraînant une régression de 80 % des lésions cutanées.

Discussion :

Les lymphomes B cutanés primitifs diffus à grandes cellules sont des entités rares, représentant moins de 5 % de l'ensemble des lymphomes cutanés. Leur présentation clinique est souvent variée, allant de nodules isolés à des plaques infiltrées multiples, parfois ulcérées, comme observé chez notre patient. L'atteinte cutanée prédominante peut être accompagnée d'une extension lymphatique secondaire, ce qui constitue un facteur de gravité et un critère pronostique majeur.

Le diagnostic repose sur la combinaison des caractéristiques cliniques, histologiques et immunohistochimiques. L'histologie montre classiquement une population lymphoïde de grande taille infiltrant le derme, parfois avec des nécroses et un aspect centrofolliculaire. L'immunohistochimie permet de confirmer la lignée B, avec expression de CD20 et BCL2, et de caractériser le sous-type, comme le type centre germinatif dans notre observation. L'évaluation du Ki67 fournit une estimation du potentiel prolifératif et permet de juger l'agressivité de la tumeur. L'absence de translocations

BCL2/BCL6 et de réarrangement Myc est en faveur d'un lymphome cutané primitif plutôt qu'une atteinte secondaire d'un lymphome systémique.
Le bilan d'extension, incluant biopsie ganglionnaire et biopsie ostéomédullaire, est essentiel pour confirmer l'absence de maladie systémique diffuse et pour déterminer la stratégie thérapeutique. Dans notre cas, la confirmation d'une extension ganglionnaire secondaire a guidé le choix d'un traitement systémique agressif plutôt qu'une prise en charge purement cutanée.
Le traitement par protocole CHOP est reconnu comme efficace dans les lymphomes B diffus à grandes cellules agressifs, avec un taux de réponse global élevé, en particulier lorsque le diagnostic est posé précocement et que la masse tumorale est limitée. Notre patient a présenté une régression de 80 % des lésions cutanées, illustrant l'efficacité de la chimiothérapie systémique dans ce contexte.
Cette observation souligne l'importance d'une approche multidisciplinaire combinant clinique, histopathologie, immunohistochimie et bilan d'extension pour le diagnostic et la prise en charge optimale des lymphomes B cutanés primitifs avec extension ganglionnaire. Elle illustre également la nécessité d'une surveillance rapprochée, compte tenu du risque de récidive ou d'évolution systémique, même en présence d'une réponse initiale favorable.

Conclusion :
Le lymphome B cutané diffus à grandes cellules avec extension ganglionnaire secondaire est une entité rare et agressive, dont le diagnostic repose sur l'association de données cliniques, histologiques et immunohistochimiques. Cette observation illustre l'importance d'une prise en charge systémique rapide, adaptée à l'agressivité de la maladie. La surveillance étroite reste essentielle pour détecter toute récidive ou progression systémique.

Lymphome T cutané à grandes cellules CD4+ : une forme agressive à évolution favorable sous chimiothérapie

Nouhaila Bourht[1], Aboudourib Maryem[1], Bendaoud Layla[1], Ouafa Hocar[1], Said Amal[1]
[1]Service de dermatologie et vénérologie, CHU Mohammed VI, Laboratoire Biosciences et Santé, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Introduction :

Les lymphomes T cutanés (LTC) constituent un groupe hétérogène et rare de lymphoprolifération malignes. Les formes à grandes cellules CD4+ (type T Helper) représentent une entité exceptionnelle, caractérisée par leur évolution rapidement agressive et leur pronostic réservé. Nous rapportons un cas illustratif par sa présentation clinique dramatique et sa réponse thérapeutique spectaculaire.

Observation :

Patiente de 45 ans, sans antécédents, admise pour une volumineuse masse ulcéro-bourgeonnante jugulo-mandibulaire droite, ulcérée et fibrineuse, infiltrant la lèvre inférieure, responsable d'une déformation faciale majeure évoluant depuis un mois. L'examen retrouvait des adénopathies cervicales bilatérales, avec conservation de l'état général.
Les explorations biologiques montraient un discret syndrome inflammatoire. La TDM cervico-thoraco-abdomino-pelvienne révélait un processus cervico-facial tumoral avec adénopathies satellites.
La biopsie cutanée objectivait des placards de cellules d'allure plasmocytoïde ; l'étude immunohistochimique montrait une expression de CD3, CD4 et Ki67, et une négativité pour CD20, CD79 et CD138, concluant à un lymphome T cutané à grandes cellules CD4+ (type Helper).
La patiente a reçu une corticothérapie initiale en raison de l'œdème facial important, compliquée secondairement d'une infection à Pseudomonas aeruginosa, traitée par antibiothérapie adaptée. Elle a ensuite été mise sous protocole de chimiothérapie COP. Après quatre cures, l'évolution était spectaculaire avec une régression quasi complète de la masse et restitution de la symétrie faciale.

Discussion :

Les LTC à grandes cellules CD4+ sont extrêmement rares, représentant une minorité des lymphomes T cutanés, généralement dominés par le mycosis fongoïde et le syndrome de Sézary . Leur présentation clinique est souvent trompeuse, pouvant simuler une infection chronique, une tumeur épithéliale ou un lymphome B cutané .
Leur évolution est marquée par une croissance rapide, une extension ganglionnaire et viscérale précoce, et un pronostic défavorable avec une survie globale réduite .
La prise en charge repose sur la chimiothérapie systémique (protocoles de type CHOP ou COP), parfois associée à la radiothérapie ou à des thérapeutiques ciblées (brentuximab, inhibiteurs JAK/STAT) dans les formes réfractaires .
Notre observation illustre l'importance d'un diagnostic précoce et l'efficacité d'une prise en charge multidisciplinaire. La rémission clinique rapide obtenue après quatre cures témoigne de la possibilité d'une réponse thérapeutique spectaculaire, malgré l'agressivité de cette entité.

Conclusion :

Ce cas souligne la nécessité de considérer le lymphome T cutané CD4+ à grandes cellules devant toute masse cutanée infiltrante et rapidement évolutive. L'association d'un diagnostic histologique précoce et d'une prise en charge adaptée peut transformer une situation initialement dramatique en évolution favorable, comme l'illustre notre observation.

Tumeur de Buschke-Löwenstein: à propos d'un cas

K.DIAA, R.BOUFETTAMA, N.AMMAR, S.HAMADA, M.MEZIANE, N.ISMAILI, L.BENZEKRI

Introduction
La tumeur de Buschke-Löwenstein, ou condylome acuminé géant, est une affection rare, d'évolution lente mais localement agressive, liée à une infection persistante par les papillomavirus humains (HPV), principalement les types 6 et 11, sexuellement transmissible. Bien qu'elle soit histologiquement bénigne, elle présente un risque de transformation maligne et pose un défi thérapeutique en raison de sa taille, de son extension locale et de son potentiel de récidive. Nous rapportons le cas d'une jeune femme de 35ans qui présente une tumeur bourgeonnante de la région ano-génitale.

Observation clinique
il s'agit d'une patiente âgée de 35 ans, sans antécédents particuliers, qui consulte pour une masse de la région ano-génitale évoluant depuis 2 ans, augmentant progressivement de volume. L'examen clinique a révélé une tumeur verruqueuse, exophytique, bourgeonnante en crête de coq, malodorante, de grande taille, prenant les vulves, étendue au périnée et à la marge anale, sans signe d'envahissement sphinctérien, avec de multiples condylomes satellites. Une biopsie a confirmé le diagnostic de tumeur de Buschke-Löwenstein sans signes de transformation maligne. La prise en charge a consisté en une exérèse chirurgicale large avec marges de sécurité. La reconstruction a été réalisée par lambeau local. L'évolution post-opératoire a été favorable, sans récidive à 6 mois de suivi. Un bilan de recherche de co-infections sexuellement transmissibles a été réalisé, revenu négatif.

Discussion
la tumeur de Bushke-Lowenstein est une affection rare, souvent sous-estimée dans ses débuts, d'évolution lente mais à potentiel destructeur. Elle est plus fréquente chez l'homme, mais peut également survenir chez la femme comme dans notre observation

Sur le plan clinique, elle se manifeste par une masse verruqueuse, souvent ulcérée ou malodorante de la région ano-génitale.

L'aspect histologique montre un condylome acuminé hyperplasique, avec papillomatose, acanthose, parakératose, et présence de koilocytes, sans franchissement de la membrane basale. Néanmoins, la frontière entre TBL et carcinome épidermoïde est parfois ténue, et plusieurs auteurs considèrent la TBL comme une entité intermédiaire entre le condylome bénin et le carcinome verruqueux.

Le traitement de référence reste l'exérèse chirurgicale complète. La vaccination anti-HPV pourrait jouer un rôle préventif essentiel à l'avenir.

Le pronostic dépend essentiellement de la précocité de la prise en charge, de l'absence de transformation maligne et de la qualité du suivi psot-thérapeutique.

Conclusion
Ce cas illustre l'importance d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge rigoureuse des condylomes acuminés évolutifs, vu le risque de transformation en carcinome épidermoïde. La tumeur de Buschke-Löwenstein reste une pathologie rare mais grave, nécessitant une approche globale, tant thérapeutique que préventive.

Lymphoprolifération T CD4+ cutanée à petites/moyennes cellules : un nodule facial révélateur d'un lymphome rare à bon pronostic

F. EL GUENNOUNI, M.EL AMRAOUI, R. FRIKH, N. HJIRA

Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat

Introduction

Les lymphoprolifératıons T CD4+ cutanées à petites/moyennes cellules constituent une entité rare et récemment individualisée parmi les lymphomes cutanés à cellules T. Leur évolution est généralement indolente, de bon pronostic, et leur reconnaissance repose sur l'analyse histologique et immunophénotypique.

Observation

Une patiente de 50 ans, sans antécédents notables, consultait pour une lésion nodulaire unique du menton, indolore, évoluant depuis deux mois sans amélioration sous traitements topiques (dermocorticoïde, antifongique, antibiotique).
L'examen objectivait un nodule érythémateux ferme de 2 × 2,5 cm, sans adénopathie ni signes généraux. L'histologie montrait un infiltrat dense dermique et hypodermique de lymphocytes atypiques de petite à moyenne taille. L'étude immunohistochimique révélait une expression des marqueurs CD3+ et CD4+, avec quelques cellules CD8+, et une négativité du CD20. Le bilan d'extension (scanner cervico-thoraco-abdomino-pelvien) était normal.
L'évolution a été marquée par une régression spontanée complète de la lésion après biopsie, sans récidive à 12 mois de suivi.

Discussion

Cette entité représente 2 à 3 % des lymphomes cutanés. Elle touche des adultes d'âge moyen, avec une légère prédominance masculine. La forme nodulaire solitaire, localisée au visage ou au tronc, est la plus fréquente. L'immunophénotype typique inclut CD3+, CD4+, CD8−, CD30−. L'absence d'épidermotropisme et la rareté des grandes cellules pléomorphes renforcent le caractère indolent. Un traitement conservateur (biopsie-exérèse, stéroïdes topiques) est souvent suffisant. La récidive est rare, le pronostic excellent.

Conclusion

Le lymphome T cutané CD4+ à petites/moyennes cellules doit être évoqué devant un nodule unique persistant. Son diagnostic repose sur un faisceau clinico-histologique, et sa prise en charge conservatrice évite des traitements agressifs inutiles.

Mycosis fongoïde lichen plan like : une entité clinique et histopathologique inhabituelle

W.Atine;F.Hali;S.Chiheb
SERVICEDEDERMATOLOGIEETDEVENEROLOGIE,C.H.UIBNROCHDDECASABLANCA,MAROC

Introduction

LemycosisfongoïdeestlaformelaplusfréquentedeslymphomecutanéT.Danssaformeclassique, 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 lichenoide.

Observation

Mr H.E, 69 ans, sans antécédents, consultait pour une éruption prurigineuse généralisée évoluant depuis 3 ans avec un état général conservé. L'examen montrait des plaques érythémato-violacées avec des stries de Wickham à la dermoscopie. La biopsie cutanée révélait un infiltrat lichenoïde non spécifique, orientant vers un lichen plan. Le patient a été traité par photothérapie UVB et dermocorticoïdes. Un an plus tard, à la récidive, des biopsies multiples révélaient un infiltrat lymphoïde atypique avec épidermotropisme et perte d'expression CD5, CD7, CD8. Le frottis sanguin montrant 1635 cellules de Sézary/µL. La TDM TAP objectivait des adénopathies profondes sans atteinte viscérale. Le diagnostic de mycosis fongoïde lichen plan like stade 4A1 (T2N2M0B2) était posé.Letraitementacomporté3cyclesdechimiothérapieGEMOXpuisméthotrexatehebdomadaire à 20 mg.

Discussion

Outre la présentation classique de plaques et de tumeurs, le MF peut présenter des caractéristiques atypiquesimitantd'autresentitésdermatologiques,tantsurle plancliniquequ'histopathologique.Le MF lichenoide est une variante histopathologique rare du MF qui se présente sous forme d'un infiltrat de cellules inflammatoires disposées en bandes lichénoides faisant retenir un lichen plan typique. Cependant, une fibrose dermique des lymphocytesatypiquesetun épidermotropisme basal peuvent suggérer le diagnostic du MF. Les lésions lichenoides peuvent être causée par une réponse immunitaire à médiation cellulaire induisant une cytotoxicité vis-à-vis des kératinocytes. Très peu de MFlichenoideontétérapportédanslalittérature.Uneétudecoréenneainclus223patients porteurs d'un MF, dont 3 cas présentaient un MF lichenoide.

Conclusion

Le MF lichenoide est une rare variante du lymphome cutané T. l'histopathologie de cette variante montre des infiltrats lichenoides mimant un lichen plan. Ce cas pose un véritable challenge diagnostique pour les dermatologues et les pathologistes. Ainsi, il est nécessaire de prendre en considérationlaprésentationclinique,demultiplierlesbiopsiescutanéesetdecompléterparune étudeimmunohistochimique pour un diagnostic correct et précoce et un pronostic meilleur

Mycosis fongoïde poïkilodermique déguisé en psoriasis : un diagnostic tardif aux lourdes conséquences

Ouissal Laadime, Layla Bendaoud, Ouiame Karim, Mariem Aboudourib, Ouafa Hocar, Said Amal
Service de dermatologie Hopital Arrazi CHU Mohammed VI Marrakech

Introduction

Le mycosis fongoïde (MF), forme la plus fréquente des lymphomes T cutanés, peut se manifester sous diverses formes cliniques, allant des plaques érythémato-squameuses classiques à des formes plus atypiques, rendant le diagnostic souvent complexe. Parmi ces formes rares, le mycosis fongoïde poïkilodermique se distingue par l'apparition de poïkilodermie, une altération de la peau caractérisée par des signes de vieillissement cutané (atrophie, hyper- et hypopigmentation, télangiectasies) et peut être confondue avec des pathologies bénignes telles que le psoriasis, ce qui retarde souvent le diagnostic. Bien que rares, les formes avancées peuvent s'accompagner d'une atteinte viscérale, aggravant considérablement le pronostic.

Ce cas illustre les pièges diagnostiques associés à cette forme atypique et souligne l'importance d'une approche multidisciplinaire dans l'évaluation des dermatoses atypiques.

Observation clinique

Un patient âgé de 45 ans, avec comme antécédents un psoriasis en plaques diagnostiqué 12 ans auparavant, a été admis dans notre service pour des lésions cutanées évoluant depuis plusieurs mois dans un contexte d'altération de l'état général (asthénie, anorexie, amaigrissement). Le patient était tabagique chronique actif, éthylique occasionnel, et récemment opéré pour une hernie inguinale droite. Le tableau clinique était dominé par une poïkilodermie diffuse, érythémato-squameuse, recouvrant le tronc, les membres supérieurs et inférieurs, ainsi que par des lésions ulcéreuses principalement localisées aux extrémités (avant-bras, plantes). Une hypoplasie congénitale du pavillon de l'oreille droite était également notée. Le patient a d'abord été traité par des dermocorticoides et émollients pour son psoriasis supposé, sans amélioration. Cette absence de réponse clinique, couplée à l'évolution des lésions, a motivé la réalisation de plusieurs biopsies cutanées. La première a montré un aspect morphologique de dermatose lichénoïde sur la poïkilodermie, non spécifique sur les ulcérations, sans signe de malignité. La deuxième a révélé un aspect évoquant une dermatose bulleuse, avec clivage intra- et dermo-épidermique mais sans bulle clinique, soulevant l'hypothèse d'un mycosis fongoïde bulleux, entité rare. Enfin, la troisième biopsie a mis en évidence un aspect histologique et immunophénotypique en faveur d'un lymphome T cutané de type mycosis fongoïde (CD3+, CD4+, CD8+, CD20-). Le bilan d'extension a objectivé une atteinte multiviscérale : adénopathies profondes sus- et sous-diaphragmatiques, nodule splénique, hépatomégalie homogène, nodules rétro péritonéaux, infiltration diffuse de la graisse péritonéale et urétéro-hydronéphrose modérée bilatérale. Le patient a présenté une insuffisance rénale aiguë sévère avec hyperkaliémie et acidose, nécessitant 13 séances d'hémodialyse, compliquées d'une thrombose veineuse profonde sur cathéter d'hémodialyse au niveau des deux membres inférieurs. Il a bénéficié d'un drainage par sonde JJ pour la dilatation des voies urinaires et d'un traitement anticoagulant pour la thrombose veineuse profonde bilatérale. Les explorations immunologiques et infectieuses se sont révélées négatives.

Les biopsies ganglionnaire et médullaire n'ont pas mis en évidence d'infiltration lymphomateuse.

Le frottis sanguin n'a pas montré de cellules de Sézary.

Le diagnostic final de mycosis fongoïde avancé (stade T4N2M1B0) a été retenu. Un traitement par méthotrexate à la dose de 25 mg par semaine a été instauré pendant trois mois, sans amélioration clinique notable. L'évolution a été marquée, au contraire, par une progression rapide de la maladie avec majoration de l'atteinte viscérale : augmentation en taille et en nombre des adénopathies profondes, apparition de nouveaux nodules hépato-spléniques, épanchements pleural et péritonéal de moyenne abondance, ainsi qu'une lésion ostéolytique au niveau de L4. Cette aggravation s'est accompagnée d'une altération significative de l'état général. Le dossier a été discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), à l'issue de laquelle l'instauration d'un protocole de chimiothérapie CHOP a été recommandée.

Discussion

Ce cas illustre de manière frappante la complexité diagnostique et les défis du diagnostic différentiel des formes atypiques de mycosis fongoïde. Le patient avait un antécédent de psoriasis vulgaire, ce qui a biaisé l'interprétation clinique initiale des lésions. La non-réponse au traitement topique, ainsi que l'aggravation progressive dans un contexte d'AEG, auraient dû orienter plus tôt vers une étiologie lymphoprolifération.

L'absence de prurit, la présence de lésions ulcérées et de livedo plantaire, ainsi que la discordance des biopsies initiales, ont contribué à l'errance diagnostique.

Le clivage histologique observé à la deuxième biopsie évoquait une forme bulleuse de MF ,entité rare et peu documentée, bien qu'aucune bulle n'ait été observée cliniquement — illustrant ainsi les limites de l'histologie isolée sans confrontation clinico-pathologique.

Par ailleurs, la présence d'une hypoplasie congénitale du pavillon de l'oreille droite, associée à la poïkilodermie et à l'atteinte rénale, a conduit à évoquer le syndrome de Kindler, une génodermatose rare caractérisée par une fragilité cutanée, un clivage histologique, et des manifestations systémiques variées. Toutefois, l'âge tardif d'apparition, l'absence de photosensibilité, de bulle clinique, et l'immunophénotypage T (CD3+, CD4+) ont permis d'écarter ce diagnostic.

Le mycosis fongoïde, bien que diagnostiqué à un stade avancé, permet de relier l'ensemble du tableau clinique, incluant la poïkilodermie, les ulcérations cutanées, et surtout l'atteinte viscérale, manifestation rare mais décrite dans les formes évoluées et agressives. Le traitement par méthotrexate, bien que couramment utilisé à faible dose dans certaines formes avancées ou érythrodermiques du MF, n'a pas permis de contrôle clinique dans ce cas, avec une évolution marquée par une progression rapide de la maladie viscérale. Selon les recommandations récentes de l'EORTC et de l'EADV, l'absence de réponse aux traitements immunomodulateurs comme le méthotrexate, associée à des signes de transformation tumorale ou d'atteinte viscérale, justifie le recours à une chimiothérapie systémique. Dans ce contexte, un protocole de type CHOP, bien que réservé aux formes réfractaires ou transformées en lymphome à grandes cellules, a été recommandé en réunion de concertation pluridisciplinaire devant l'aggravation clinique et l'altération de l'état général. Le pronostic reste sévère, l'atteinte viscérale étant reconnue comme un facteur péjoratif majeur dans le mycosis fongoïde avancé.

Conclusion

Ce cas souligne l'importance de reconsidérer un diagnostic établi face à une évolution clinique atypique ou à une absence de réponse thérapeutique. Les formes avancées de mycosis fongoïde peuvent imiter des dermatoses bénignes, comme le psoriasis, et entraîner une atteinte viscérale grave. Une vigilance clinique constante, des biopsies répétées, et une confrontation clinico-pathologique multidisciplinaire rigoureuse sont essentielles pour éviter des retards diagnostiques, dont les conséquences peuvent être sévères.

Références

22. **Kim YH, Hoppe RT, Duvic M, et al.** *Mycosis fungoides and Sézary syndrome: Current status and future directions. J Am Acad Dermatol.* **2021**;84(2):447–461.
23. **Olsen EA, Hodak E, Anderson T, et al.** *International Consensus Recommendations for the Treatment of MF and Sézary Syndrome: 2022 Update. Blood.* **2022**;139(25):3485–3512.
24. **Kempf W, Mitteldorf C.** *Histopathological spectrum of mycosis fungoides variants. Clin Dermatol.* **2021**;39(4):536–548.
25. **Wang C, Aung PP, Ivan D, et al.** *Mycosis Fungoides with Unusual Clinical Presentations: A Diagnostic Pitfall. J Cutan Pathol.* **2020**;47(6):501–508.
26. **Damon LJ, Geller S, Pulitzer M.** *Advanced-stage mycosis fungoides: Pathogenesis, diagnosis, and emerging therapies. Curr Oncol Rep.* **2023**;25(2):107–115.
27. **Quaglino P, Fava P, Pileri A, et al.** *Real-life management and outcome of advanced-stage MF: A multicenter retrospective study. Br J Dermatol.* **2021**;185(2):388–396.
28. **Alpdogan O, Foss FM.** *Challenges in the diagnosis and treatment of cutaneous T-cell lymphoma. Cancers (Basel).* **2020**;12(11):3114.

Lymphome de Hodgkin survenant dans un cas de mycosis fongoide : une association inhabituelle

H. Elbokhari,B.Baghad,H.Zouaki,S.Chiheb
Service de dermatologie vénérologie, CHU IBN ROCHD, Casablanca, Maroc

Introduction :

Le mycosis fongoïde est un lymphome T cutané extranodal rare, représentant environ 2 % des lymphomes non hodgkiniens, Les patients atteints de mycosis fongoïde présentent un risque plus élevé de développer des tumeurs malignes secondaires, cependant les lymphomes de Hodgkin secondaires survenant dans le cadre de ce lymphome cutané sont rarement rapportés. Nous en rapportons un cas.

Observation :

Patient âgé de 40 ans, sans antécédents particuliers s'est présenté pour des lésions érythémato-squameuses prurigineuses au niveau du tronc sans autre signe associé, la réalisation d'une biopsie cutanée a permis le diagnostic d'un mycosis fongoïde le patient a été mis sous dermocorticoïdes avec bonne évolution puis il a été perdu de vue. 10 ans après le patient est revenu dans un tableau d'érythrodermie sèche avec poly adénopathie (axillaires, cervicales et inguinales) et altération de l'état général, la biopsie cutanée avec immunohistochimie était compatible avec mycosis fongoïde sans signes de transformations et la biopsie ganglionnaire avec immunohistochimie a objectivé un processus lympho-granulomateux évoquant un lymphome hodgkinien, le pet scann a objectivé une atteinte ganglionnaire multiple sus et sous diaphragmatique avec hypermétabolisme splénique et osseux diffus, le patient a été mis sous chimiothérapie pour stade IV de lymphome qui est toujours en cours.

Discussion :

La classification des lymphomes non hodgkiniens distingue trois types de coexistence lymphomateuse : discordante, composite et secondaire. Une atteinte discordante correspond à la survenue simultanée de deux lymphomes histologiquement différents sur des sites anatomiques séparés. Si ces deux entités coexistent dans la même localisation, il s'agit d'un lymphome composite. Notre observation illustre un cas de lymphome secondaire, où un lymphome hodgkinien est survenu 10 après le diagnostic d'un mycosis fongoïde. D'où **l'importance de garder à l'esprit la possibilité d'un lymphome hodgkinien secondaire lors du suivi d'un patient atteint de mycosis fongoïde et de penser aux autres étiologies possibles des adénopathies survenant chez un patient suivi pour lymphome cutané.**

Résistance aux dermocorticoïdes et photothérapie : alerte au lymphome cutané

Y.El Bouhali , O. El Jouari, S. Gallouj
Service de dermatologie, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI , Tanger, Maro

Introduction :
L'érythrodermie est une affection dermatologique fréquente, le plus souvent d'origine inflammatoire. Cependant, certaines formes persistantes et résistantes aux traitements classiques peuvent masquer un lymphome cutané à cellules T (LCCT). La vigilance est essentielle devant l'échec thérapeutique prolongé.

L'objectif de ce poster est de présenter un cas clinique où la résistance thérapeutique a conduit au diagnostic d'un **LCCT NOS, sous-type GATA3 positif**.

Observation :
Il s'agit d'un homme de 64 ans, sans antécédents médicaux notables en dehors d'une chirurgie pour hydrocèle, hospitalisé pour une érythrodermie évoluant depuis 5 ans, débutée par un prurit diffus suivi d'une éruption cutanée diffuse avec squames blanchâtres non adhérentes, hyperkératose palmoplantaire et aggravation du prurit. Une biopsie cutanée initiale réalisée en externe était revenue en faveur d'un eczéma, motivant la mise sous dermocorticoïdes puis quatre injections de méthotrexate, sans amélioration. À l'admission, l'examen clinique retrouvait une érythrodermie pigmentée, légèrement infiltrée et desquamante, associée à un nodule kératosique au dos du pied droit, une hyperkératose palmoplantaire, des anomalies phanériques (xanthonychie, pachyonychie, onycholyse) et une adénopathie inguinale droite de 0,5 cm. Les biopsies cutanées répétées confirmaient à nouveau un aspect compatible avec un eczéma, mais le tableau restait résistant aux dermocorticoïdes et à la photothérapie. En revanche, la biopsie ganglionnaire objectivait une prolifération lymphomateuse diffuse monomorphe CD3+, CD2+, CD5 partiel, GATA3+, compatible avec un lymphome périphérique à cellules T NOS, sous-type GATA3 positif. Le bilan biologique (NFS, frottis sanguin, LDH, bilan rénal et hépatique) était normal et les sérologies (VIH, VDRL-TPHA, VHB, VHC) négatives. Le bilan d'extension (CTAP) montrait des adénopathies thoraciques, abdominales et pelviennes stables, des adénomégalies inguinales bilatérales ainsi qu'un hydrocèle. Le patient a été référé au service d'hématologie pour complément de prise en charge.

Discussion :
L'érythrodermie persistante et résistante aux dermocorticoïdes et à la photothérapie doit toujours faire suspecter un lymphome cutané à cellules T (LCCT). Les biopsies cutanées initiales peuvent être trompeuses en simulant un eczéma ou une dermatite chronique, ce qui explique souvent l'errance diagnostique et la résistance aux traitements classiques. La détection précoce d'adénopathies et la réalisation de biopsies ganglionnaires s'avèrent cruciales pour établir le diagnostic, qui repose sur la combinaison de l'examen clinique, de l'histopathologie et de l'immunophénotypage. Le sous-type GATA3 positif correspond à un lymphome périphérique à cellules T, caractérisé par un profil immunohistochimique spécifique (CD3+, CD2+, CD5 partiel), et revêt des implications pronostiques particulières. Les manifestations cutanées chroniques, telles que l'hyperkératose, l'onycholyse ou la pachyonychie, constituent également des indices cliniques évocateurs. Enfin, le bilan d'extension demeure essentiel afin d'évaluer l'atteinte ganglionnaire et viscérale, et d'orienter à la fois le pronostic et la stratégie thérapeutique.

Conclusion :
Tout patient présentant une érythrodermie chronique résistante aux traitements conventionnels mérite une réévaluation approfondie, incluant biopsie ganglionnaire et immunohistochimie, pour ne pas méconnaître un lymphome cutané à cellules T.

Faciès léonin et lymphome T cutané périphérique non spécifique : une présentation clinique inhabituelle.

N.NACIRI, L.BENDAOUD, B.AMAL, M.ABOUDOURIB, O.HOCAR, S.AMAL

Service de Dermatologie – Vénérologie, Hôpital Arrazi, CHU Mohammed VI, Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, Laboratoire biosciences et recherche FMPM, Université Cadi Ayyad, FMPM-UCA

Introduction :

Les lymphomes cutanés primitifs sont des lymphomes malins ayant une expression exclusivement cutanée au moment du diagnostic. Les lymphomes T cutanés périphériques de type non spécifique représentent une entité rare. Bien que la présentation faciale soit peu fréquente, elle peut néanmoins survenir. Ce cas met en évidence les défis diagnostiques liés au faciès léonin, nécessitant la prise en en considération de nombreux diagnostics différentiels.

Rapport de cas :

Nous présentons le cas d'un patient de 70 ans, ayant un antécédent de prurit chronique depuis un an, réfractaire aux antihistaminiques. Trois mois avant son admission, il a présenté des lésions papuleuses violacées sur les joues, qui ont rapidement évolué en nodules indolores recouvrant l'ensemble du visage (aspect léonin). Cette évolution a été associée à une dégradation de l'état général et à des sueurs nocturnes.
L'examen clinique a mis en évidence des nodules violacés infiltrant le visage, tout en respectant le nez, associés à une érythrodermie sèche et à une kératodermie palmoplantaire. Il a également révélé la présence d'adénopathies juxta-centimétriques, fermes et indolores.

Le diagnostic d'un lymphome T cutané périphérique non spécifique agressif a été confirmé par biopsie et immunohistochimie (CD3+, CD5+, CD2+, granzyme B+, BCL2+, Ki67 100%). Les CD4 et CD8 étaient négatifs sur un échantillon et positifs sur un autre. Aucun signe de tuberculose, d'infections fongiques, de leishmaniose ou de lèpre n'a été détecté. La biopsie ganglionnaire a montré une lymphadénopathie réactionnelle. Le bilan biologique a révélé une hyperleucocytose, un syndrome de lyse tumorale, sans cellules de Sézary. Le bilan d'extension a montré des adénopathies sus- et sous-diaphragmatiques.
Un traitement par chimiothérapie de cytoréduction (protocole CHOP) avec gestion du syndrome de lyse tumorale a été initié en urgence. L'évolution clinique a montré un affaissement des nodules, une régression du prurit et de l'érythrodermie. Après chaque séance, les lésions régressaient, mais réapparaissaient peu après. Le patient est décédé avant sa troisième séance.

Discussion :

Les lymphomes cutanés forment un groupe hétérogène, réparti en plusieurs sous-types selon la classification OMS-EORTC. Il s'agit de proliférations clonales infiltrant principalement la peau, qui, à un stade avancé, peuvent toucher les ganglions lymphatiques et, plus rarement, la moelle osseuse. Les lymphomes T représentent 75-80% des lymphomes cutanés, avec une incidence annuelle de 1,5 cas pour 100 000 personnes. Les lymphomes T périphériques non spécifiques sont rares, représentant 2 % de tous les lymphomes T cutanés. Ils forment un groupe hétérogène avec une grande variété phénotypique. Le diagnostic est posé par exclusion lorsqu'ils ne correspondent à aucun autre sous-type bien défini.
Il se présente souvent de façon agressive sous forme de plaques ou de nodules solitaires, multifocaux ou diffus, pouvant être prurigineux et parfois accompagnés d'érythrodermie. Les lésions affectent fréquemment le tronc, la tête et le cou. Le diagnostic repose sur la biopsie et

l'immunohistochimie, et un bilan d'extension doit également être effectué.
Le pronostic est mauvais, avec des taux de réponse de 40-60% et une survie globale de 20-40%. Les facteurs de mauvais pronostic incluent un âge avancé, le sexe masculin, des lésions multifocales ou extracutanées, un stade avancé, des niveaux élevés de LDH et de Ki67, une grande taille des cellules à l'histologie et un mauvais statut de performance selon l'ECOG-PS. Récemment, un score T-cell a ajouté deux facteurs clés : un faible niveau d'albumine et l'hyperleucocytose.
Le traitement repose sur la radiothérapie pour les lésions solitaires, la chimiothérapie selon le protocole CHOP pour les lésions multiples, ou le recours à la transplantation de cellules souches hématopoïétiques dans certains cas.

Conclusion :

Ce cas souligne la rareté et la complexité diagnostique du lymphome T cutané périphérique non spécifique, en particulier lorsqu'il se manifeste par des lésions faciales provoquant un faciès léonin. Les diagnostics différentiels incluent la lèpre, la leishmaniose, les mycoses profondes et d'autres lymphomes cutanés. La prise en charge reste difficile et nécessite une approche multidisciplinaire. Malgré une chimiothérapie intensive, le pronostic reste souvent défavorable.

UN CAS DE PLASMOCYTOMES CUTANÉS MULTIPLES PRIMITIFS

Introduction

Le plasmocytome cutané primitif(PCP) estune forme rare delymphome cutané à cellules B, caractérisée par une prolifération maligne de plasmocytes limitée à la peau, sans association à un myélome multiple.

Observations

Il s'agit d'une patiente de 83 ans, suivie pour une maladie de Behçet traitée par colchicine, unepolyarthriterhumatoïde sousméthotrexate, une ostéoporose, ainsi qu'unesuspiciond'amylosecardiaque.Unavisdermatologiqueaétésollicitépour unedermo-hypodermite nodulaire chroniquedesdeuxmembresinférieurs,évoluant depuis 5 ans, avec extension progressive des lésions depuis 2 ans.

L'examendermatologiqueretrouvaitdesnodulessous-cutanésmultiples,indolores, ulcérés par endroits, localisés aux membres inférieurs.

L'étude histologique a montré des dépôts amyloïdes dermiques confirmés par la colorationrougeCongoetla biréfringence vert pomme en lumière polarisée, sans vascularite ni infiltrat inflammatoire, évoquant une amylose cutanée.
Un examen cardiologique était en faveur d'une cardiopathie hypertrophique ne pouvant pas écarter une amylose cardiaque, l'IRM étant impossible vu la présence dupacemaker. Unmyélome multiplesous-jacentaétéexcluparuneélectrophorèse des protéines sériques et des immunoglobulines, un bilan radiographique et une biopsie ostéo-médullaire sans anomalies.

Sur cescritèrescliniques,paracliniquesethistologiques,lediagnosticde plasmocytomes multiples primitifs a été retenu.

Discussion

Le PCPsurvient en moyenne vers60 ans,avec une nette prédominance masculine, les formes solitaires étant plus fréquentes que les formes multiples. Il se présente sous la forme de plaquesou denodulesbrun-rouge généralement indolores, parfois prurigineux ou douloureux, mesurant entre 1 et 5 cm. Une atteinte muqueuse (gingivaleoulabiale)estpossible.L'examen histologique révèle uninfiltratdermique dense en plasmocytes matures exprimant CD138, CD79a et CD38, avec une absence de CD20 et CD19, caractéristiques immunophénotypiques permettant de différencier le PCP des autres hémopathies cutanées. La présence de dépôts amyloïdes peut faire suspecterune origine secondaire.Le traitement est adaptéàla présentation clinique : les formes solitaires peuvent bénéficier d'une exérèse chirurgicale complétée par une radiothérapie, alors que les formes multiples nécessitentuntraitementsystémiquetel quelebortézomiboulelénalidomide. Dans les formes stables et peu symptomatiques ,unesimplesurveillancecliniquepeutêtreenvisagée.

Le pronostic du PCP dépend de l'extension cutanée, avec une évolution favorable danslesformeslocalisées,maisune survieréduiteencasdeformes multiplesoude masse tumorale élevée.

Conclusion

LesPCPmultiples,entitérare,nécessitentundiagnosticd'exclusion dumyélomeet une prise en charge individualisée selon l'évolution clinique.

Un mycosis fongoïde traité à tort comme un lupus chronique

S. El Mellouki; L. Alami; W. Boudi; M. El Amraoui; Z. Youssef; R. Frikh
Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

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 ».

Observations : Madame N.D âgée de 46 ans, sans antécédents pathologiques notables, s'est présenté en 2018 pour une lésion unique au-dessus du sourcil gauche. A l'examen, 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 réalisé 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 : antipaludiens de synthèse, thalidomide, mycophénolatemofétil. 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 divers 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. Cependant, il n'existe dans la littérature que de très rare cas de MF simulant un lupus discoïde.

Conclusion : Le lupus érythémateux peut présenter des lésions cutanées cliniquement ou histologiquement similaires à celles du mycosis fongicide, 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.

Une kératodermie palmoplantaire révélant un mycosis fongoïde : à propos d'un cas

H. El BOKHARI, F. HALI, S. CHIHEB

Service de Dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction

La kératodermie palmoplantaire (KPP) révélatrice de mycosis fongoïde est rare. Son apparence clinique peut être trompeuse et souvent confondue avec d'autres dermatoses palmoplantaires.
Nous rapportons un cas de kératodermie palmoplantaire révélatrice d'un mycosis fongoïde.

Observation

Patient âgé de 60 ans, hypertendu sous amlodipine, consultant pour une kératodermie palmoplantaire associée à des lésions érythémateuses au niveau du tronc. Le début de la symptomatologie remontait à 1 an par l'apparition d'un prurit associé à des lésions kératosiques et fissuraires des plantes et des paumes résistantes au traitement par kératolytiques classiques. L'évolution fut marquée 6 mois plus tard par l'apparition de lésions érythémateuses prurigineuses au niveau du tronc et la cuisse gauche dans un contexte de conservation de l'état général. La réalisation d'une biopsie cutanée au niveau d'une lésion érythémateuse du tronc a permis le diagnostic d'un mycosis fongoïde débutant CD3+CD8+CD4-. Le bilan biologique (NFS, LDH, frottis sanguin) était normal ainsi que l'échographie ganglionnaire et la TDM thoraco-abdominopelvienne. Le patient a été classé stade IA et il a été traité par association méthotrexate, dermocorticoïdes et balnéothérapie avec bonne évolution.

Discussion

Le mycosis fongoïde est considéré comme un simulateur en dermatologie à cause de ses différentes présentation cliniques (folliculotrope, chalazodermique, syringotrope, hypopigmenté…). L'atteinte palmoplantaire au cours du mycosis fongoïde est courante, cependant une kératodermie révélatrice est rare, elle peut prendre différents aspects et mimer les autres dermatoses palmoplantaires. Cette observation souligne l'importance de penser à un mycosis fongoïde devant une KPP acquise récidivante ou résistante aux traitements habituels.

Un cas de mélanome sous-unguéal achromique

I.Chraiki, O.Markouk, M .Aboudourib, L.Bendaoud, O.Hocar, S .Amal
Service de Dermatologie-Venereologie,CHU Mohamed VI, Marrakech
Laboratoire de bioscienes, FMPM, Université Cadi Ayyad, Marrakech

Introduction :
Le mélanome sous-unguéal est une tumeur mélanocytaire rare, qui constitue un véritable défi diagnostique, tant sur le plan clinique que histologique. Il représente 1,8 à 8,1% des mélanomes malins cutanés. Nous présentons un cas d'une patiente avec un mélanome achromique sous-unguéal.

Observation :
Une patiente âgée de 64 ans, de phototype III, présente une dystrophie unguéale et friabilité récurrente de son 4ème ongle gauche évoluant depuis un an, sans notion de traumatisme. L'évolution a été marqué par l'apparition d'une masse bourgeonnante saignante au contact.
L'examen clinique retrouvait un nodule ulcéro-bourgeonnant en regard du lit unguéal, sans lésion pigmentaire, sans adénopathie palpable.
La dermoscopie a objectivé un fond rouge laiteux, ulcération centrale, des vaisseaux linéaires irréguliers et en épingle à cheveux, pigmentation périphérique de 1 mm.
La biopsie cutanée a révélé une prolifération cellulaire maligne ulcérée et infiltrant le derme réticulaire avec un profil immunohistochimique en faveur d'un mélanome malin.
Le bilan d'extension était sans anomalie.
L'étude histologique de la pièce opératoire amputée a objectivé un mélanome malin acrolentigineux achromique au stade nodulaire, ulcéré infiltrant l'hypoderme, de niveau V de Clark et d'indice de Breslow de 11 mm d'épaisseur, l'os est non tumoral.
La recherche du ganglion sentinelle s'est révélée négative. La tumeur est de stade IIC ; et la patiente a été orientée vers une prise en charge oncologique spécialisée.

Discussion :
Le mélanome sous-unguéal achromique est un sous-type rare de mélanome acrolentigineux pouvant mimer une tumeur non mélanocytaire. L'âge moyen est de 47 à 62 ans, sans prédominance de sexe.
Un mélanome achromique sous-unguéal se présente comme un nodule érythémateux non pigmenté prenant naissance au niveau du lit de l'ongle.
Sa diversité clinique complique son diagnostic, pouvant le faire confondre avec un botryomycome ou une verrue sous unguéale. Une dystrophie unguéale solitaire pourrait être le signe initial d'une lésion sous-unguéale.
Les signes dermoscopiques évocateurs sont les vaisseaux irréguliers, les chrysalides et les structures roses lactées. Le diagnostic histologique du mélanome est généralement aisé.
L'exérèse conservatrice du mélanome unguéal non invasif n'a pas d'impact défavorable sur le pronostic comparativement à l'amputation, et est donc recommandée afin d'éviter des déficits fonctionnels post-opératoires inutiles.
Après stadification tumorale sur base de l'analyse histologique de l'exérèse, il est décidé de rechercher le ganglion sentinelle quand aucune adénopathie n'est détectée cliniquement ni radiologiquement.

Conclusion :
Le mélanome achromique sous-unguéal est rare et peut simuler d'autres affections bénignes et malignes. La présence d'une dystrophie unguéale solitaire doit faire l'objet d'une évaluation approfondie et nécessite un suivi régulier.

Apparence bénigne, malignité cachée : un mélanome capillaire méconnu

Y.El Bouhali , O. El Jouari, S. Gallouj
Service de dermatologie, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI , Tanger, Maroc

Introduction :
Le cuir chevelu est un site rare mais défavorable de survenue des mélanomes, souvent diagnostiqués tardivement en raison de leur aspect trompeusement bénin. Leur présentation atypique et l'absence d'analyse histologique initiale peuvent retarder la prise en charge, avec un impact pronostique majeur.

Observation :
Il s'agit d'une patiente de 34 ans, ayant comme antécédent une thyroïdectomie totale sous Levothyrox, qui a été opérée trois mois avant son admission pour une lésion du cuir chevelu initialement considérée comme un "kyste trichilemmal" et réséquée sans étude anatomopathologique. Devant un saignement per-opératoire et une surinfection du site opératoire, elle a consulté dans notre formation. À l'admission, l'examen clinique retrouvait, au niveau de la région occipitale droite, un ulcère de 5 cm de grand axe, mal limité, infiltrant, avec saignement et signes de surinfection locale. Une biopsie cutanée a confirmé le diagnostic de mélanome malin du cuir chevelu, complété par une étude immunohistochimique, tandis qu'un scanner CTAP a révélé une lyse osseuse cervicale sous-jacente.

Discussion :
Le mélanome du cuir chevelu est une localisation rare, représentant environ **5 à 7 % des mélanomes cutanés**, mais il est associé à un **pronostic particulièrement défavorable**. Ce retard pronostique s'explique par plusieurs facteurs : son **aspect clinique trompeur**, souvent confondu avec une lésion bénigne (kyste trichilemmal, nævus, kératose séborrhéique), et sa **localisation occipitale**, peu visible et difficile à surveiller.
Chez notre patiente, l'absence d'examen anatomopathologique lors de la première exérèse a entraîné une **perte de chance diagnostique**, favorisant la progression tumorale jusqu'à l'os sous-jacent. La lyse osseuse observée illustre le **caractère invasif** de ce type de mélanome, connu pour son agressivité et son riche drainage lymphatique, qui favorise la dissémination précoce.
La survenue d'un mélanome à **34 ans** reste inhabituelle, l'âge moyen au diagnostic étant supérieur à 50 ans . Chez le sujet jeune, il convient d'évoquer des facteurs de risque spécifiques : mutations génétiques (BRAF, CDKN2A), phototype clair ou expositions solaires répétées.
Ainsi, ce cas souligne l'importance de réaliser une **analyse histologique systématique de toute lésion du cuir chevelu**, même lorsqu'elle semble bénigne, afin d'éviter un diagnostic tardif aux conséquences pronostiques lourdes.

Conclusion :
Toute tumeur du cuir chevelu doit bénéficier d'une **analyse histologique systématique** après exérèse, même lorsqu'elle paraît bénigne. Ce cas illustre la gravité d'un **diagnostic manqué de mélanome malin** et souligne l'importance d'une vigilance accrue devant toute lésion cutanée atypique ou évolutive du cuir chevelu.

Hyperkératose acrale réfractaire révélant une acrokératose paranéoplasique (syndrome de Bazex) chez un patient diabétique tabagique : à propos d'un cas

S.BARAZ, R.BABA, M.AMRAOUI, Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA
Service de dermatologie vénérologie, Hopital militaire d'instruction Mohammed V RABAT

Introduction :

Le syndrome de Bazex, ou acrokératose paranéoplasique, est une dermatose psoriasiforme rare, principalement acrale, associée dans plus de 60 % des cas à des carcinomes des voies aérodigestives supérieures ou pulmonaires. Souvent confondu avec une mycose plantaire ou une dermatite eczématiforme, il peut retarder le diagnostic de la néoplasie sous-jacente. Nous rapportons un cas illustratif soulignant la valeur d'un parcours diagnostique standardisé.

Observation :

Un patient de 55 ans, diabétique, hypertendu, tabagique chronique, a été hospitalisé pour une hyperkératose plantaire bilatérale avec onycholyse, douloureuse et surinfectée, évoluant depuis plus de deux mois sans amélioration sous traitements topiques. La famille rapportait l'application répétée de produits naturels irritants. Le patient présentait un syndrome confusionnel initial.

Les hypothèses diagnostiques incluaient une tinea pedis hyperkératosique (« mocassin »), une dermatite de contact eczématiforme, et une acrokératose paranéoplasique (syndrome de Bazex). Les prélèvements mycologiques répétés se sont révélés négatifs. La persistance et la sévérité des lésions, associées à une onychodystrophie atypique, ont conduit à la réalisation d'un bilan oncologique qui a mis en évidence un carcinome épidermoïde des voies aérodigestives supérieures.

Discussion :

Ce cas illustre les pièges diagnostiques des hyperkératoses acrales réfractaires, particulièrement en contexte diabétique. La tinea pedis hyperkératosique est fréquente mais rarement résistante à un traitement systémique adapté. Les dermatoses eczématiformes peuvent être déclenchées par l'usage de substances traditionnelles locales. Toutefois, la persistance des lésions, l'onycholyse et l'absence d'agent mycosique doivent alerter sur une étiologie paranéoplasique.

Le syndrome de Bazex précède la découverte tumorale dans environ 60 % des cas et constitue un marqueur dermatologique d'alerte. Les atteintes unguéales (onycholyse, hyperkératose sous-unguéale) et acrales sont typiques. La prise en charge repose sur le traitement de la tumeur, qui conditionne l'évolution cutanée. Notre cas confirme la nécessité d'un algorithme diagnostique intégrant examens mycologiques, exclusion des dermatoses de contact, puis bilan oncologique si absence d'étiologie retrouvée.

Conclusion :

Chez un patient diabétique tabagique, une hyperkératose acrale réfractaire avec onycholyse doit faire évoquer, au-delà des causes infectieuses et eczématiformes, le syndrome de Bazex. L'identification précoce de ce signe cutané paranéoplasique a une valeur pronostique majeure, permettant un diagnostic tumoral plus rapide et un impact direct sur la survie.

Morphée Scléroatrophiante du Tronc à Présentation Inflammatoire Aiguë : Un Signal Paranéoplasique Méconnu de Cancer Bronchique

S.BARAZ, R.BABA, I.ANOUAR, M.AMRAOUI, Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA
Service de dermatologie vénérologie, Hopital militaire d'instruction Mohammed V RABAT

Introduction

La morphée constitue rarement un syndrome paranéoplasique, avec moins de 2 % des cas documentés dans la littérature. Nous rapportons une observation exceptionnelle où une morphée inflammatoire aiguë du tronc a révélé un adénocarcinome pulmonaire, mettant en lumière des mécanismes auto-immuns méconnus et soulignant l'importance d'un dépistage oncologique systématique dans les formes atypiques, conformément aux recommandations récentes de l'European Scleroderma Trials and Research Group (2023).

Observation du Cas

Un patient de 68 ans, diabétique de type 2 équilibré sous antidiabétiques oraux, a consulté pour une plaque érythémateuse du tronc évoluant depuis trois mois. La lésion présentait une chaleur locale marquée, une induration scléreuse en "coup de pouce" avec bordure lilacée, et une poïkilodermie centrale. Le patient rapportait une douleur neuropathique et un prurit intense réfractaire aux antihistaminiques. L'examen histologique d'une biopsie cutanée a objectivé une sclérose du derme réticulaire, un infiltrat lymphocytaire périvasculaire dense à prédominance de lymphocytes CD4+, et des dépôts de collagène en bandes horizontales. Le bilan paranéoplasique a mis en évidence un nodule pulmonaire de 2,5 cm au scanner thoraco-abdominal, dont la biopsie guidée a confirmé un adénocarcinome. Les auto-anticorps spécifiques de la sclérodermie (anti-Scl70 et anticentromère) étaient négatifs.

Discussion

Ce cas éclaire trois axes physiopathologiques originaux. Premièrement, l'infiltrat lymphocytaire CD4+ et l'expression cutanée de PD-L1, reflétant le profil tumoral, suggèrent un mimétisme moléculaire entre les antigènes tumoraux et les fibroblastes dermiques, comme documenté par Xu et al. Deuxièmement, la triade douleur-chaleur-prurit constitue un marqueur distinctif des formes paranéoplasiques. Troisièmement, la poïkilodermie, présente dans 92 % des morphées associées au cancer, reposerait sur des altérations partagées de la réparation de l'ADN (mutations ATM). Ces données justifient une approche diagnostique intégrée : dosage sérique d'IL-31 et de LOXL2 (inducteur de fibrose via TGF-β), couplé à une imagerie thoracique devant toute morphée inflammatoire aiguë. Sur le plan thérapeutique, l'immunothérapie anti-PD1 (pembrolizumab) induit une réponse parallèle cutanée et tumorale dans 70 % des cas, tandis que les inhibiteurs de JAK (tofacitinib) ciblant l'axe IL-31/IL-31R représentent une alternative prometteuse.

Conclusion

La morphée inflammatoire aiguë du tronc avec poïkilodermie doit être reconnue comme un signe d'alarme paranéoplasique, en particulier lorsque associée à une douleur ou un prurit intense. Un bilan minimal incluant un scanner thoracique et un dosage d'IL-31 sérique est impératif. La similarité des profils immunologiques entre lésions cutanées et tumeur (expression PD-L1) ouvre la voie à des stratégies thérapeutiques communes, positionnant la dermatologie comme sentinelle du diagnostic précoce des néoplasies occultes.

Apparence bénigne, malignité cachée : un mélanome capillaire méconnu

Y.El Bouhali , O. El Jouari, S. Gallouj
Service de dermatologie, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI , Tanger, Maroc

Introduction :
Le cuir chevelu est un site rare mais défavorable de survenue des mélanomes, souvent diagnostiqués tardivement en raison de leur aspect trompeusement bénin. Leur présentation atypique et l'absence d'analyse histologique initiale peuvent retarder la prise en charge, avec un impact pronostique majeur.

Observation :
Il s'agit d'une patiente de 34 ans, ayant comme antécédent une thyroïdectomie totale sous Levothyrox, qui a été opérée trois mois avant son admission pour une lésion du cuir chevelu initialement considérée comme un "kyste trichilemmal" et réséquée sans étude anatomopathologique. Devant un saignement per-opératoire et une surinfection du site opératoire, elle a consulté dans notre formation. À l'admission, l'examen clinique retrouvait, au niveau de la région occipitale droite, un ulcère de 5 cm de grand axe, mal limité, infiltrant, avec saignement et signes de surinfection locale. Une biopsie cutanée a confirmé le diagnostic de mélanome malin du cuir chevelu, complété par une étude immunohistochimique, tandis qu'un scanner CTAP a révélé une lyse osseuse cervicale sous-jacente.

Discussion :
Le mélanome du cuir chevelu est une localisation rare, représentant environ **5 à 7 % des mélanomes cutanés**, mais il est associé à un **pronostic particulièrement défavorable**. Ce retard pronostique s'explique par plusieurs facteurs : son **aspect clinique trompeur**, souvent confondu avec une lésion bénigne (kyste trichilemmal, nævus, kératose séborrhéique), et sa **localisation occipitale**, peu visible et difficile à surveiller.
Chez notre patiente, l'absence d'examen anatomopathologique lors de la première exérèse a entraîné une **perte de chance diagnostique**, favorisant la progression tumorale jusqu'à l'os sous-jacent. La lyse osseuse observée illustre le **caractère invasif** de ce type de mélanome, connu pour son agressivité et son riche drainage lymphatique, qui favorise la dissémination précoce.
La survenue d'un mélanome à **34 ans** reste inhabituelle, l'âge moyen au diagnostic étant supérieur à 50 ans . Chez le sujet jeune, il convient d'évoquer des facteurs de risque spécifiques : mutations génétiques (BRAF, CDKN2A), phototype clair ou expositions solaires répétées.
Ainsi, ce cas souligne l'importance de réaliser une **analyse histologique systématique de toute lésion du cuir chevelu**, même lorsqu'elle semble bénigne, afin d'éviter un diagnostic tardif aux conséquences pronostiques lourdes.

Conclusion :
Toute tumeur du cuir chevelu doit bénéficier d'une **analyse histologique systématique** après exérèse, même lorsqu'elle paraît bénigne. Ce cas illustre la gravité d'un **diagnostic manqué de mélanome malin** et souligne l'importance d'une vigilance accrue devant toute lésion cutanée atypique ou évolutive du cuir chevelu.

Un cas rare de métastases cutanées angiomateuses révélant un lymphome T périphérique non spécifique : présentation clinique atypique

F. Chemsy, F. El Fatoiki, R. Hanane, S. Chiheb
Dermatologie, Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction

Les lymphomes T périphériques regroupent des entités rares et hétérogènes, représentant moins de 15 % des lymphomes non hodgkiniens chez l'adulte. Le sous-type « non spécifié » (PTCL-NOS) est le plus fréquent, caractérisé par une présentation clinique variable et un pronostic défavorable. Les atteintes cutanées sont rarement inaugurales et encore plus rarement révélées sous forme de lésions angiomateuses, mimant des tumeurs vasculaires.

Nous présentons un cas de métastases cutanées angiomateuses révélant un PTCL-NOS, soulignant l'importance d'une reconnaissance dermatologique précoce et d'une confirmation immunohistochimique, et passons en revue des diagnostics différentiels.

Observations

C'était un patient de 42 ans, mis sous les antituberculeux 2RHZE pour une tuberculose ganglionnaire, se présente pour une éruption cutanée prurigineuse et douloureuse ayant démarrée au niveau du visage et du cou puis extension au reste du corps, évoluant 15jours après la prise des antituberculeux soit un mois avant son admission. L'examen clinique trouvait un patient asthénique, un œdème du visage, des lésions papulo-nodulaires érythémato-violines kaposi-formes, à surface lisse et nécrosée par endroit, de trois à 20mm du diamètre, reposant sur une peau infiltrée pourpre, atteignant le cou, le visage, l'abdomen, le dos, les membres inférieurs et supérieurs et le cuir chevelu, sans d'atteinte muqueuse, avec un magma d'adénopathies indurées au niveau cervical, inguinal et axillaire. La biopsie cutanée avec l'immunohistochimie (IHC) étaient en faveur d'une localisation cutanée d'un lymphome T. L'IHC de l'adénectomie axillaire révélait un PTCL-NOS.

Le Petscan montrait un hypermétabolisme sus et sous-diaphragmatique, cutané, sous cutané diffus, ganglionnaire, hépatique et osseuse. Le bilan révélait une anémie hypochrome microcytaire, LDH était à 339UI/L, les sérologies virales, le bilan hépatique et rénal étaient négatifs. Le malade a été adressé au service d'hémato-oncologie ou il reçoit jusqu'à présent des cures de chimiothérapie NCHOP, avec une bonne évolution.

Discussion

Les manifestations cutanées associées aux hémopathies lymphoïdes sont rarement trompeuses et incluent les nodules dont le centre peut se nécroser. Dans le PTCL-NOS, des cas de dispositions zostériformes dans le cadre de PTCL-NOS ont été rapportés.

L'originalité de notre cas réside dans la description des lésions cutanées du PTCL-NOS, qui sont rarement rapportées. Il se manifeste par des lésions papulonodulaires angiomatoses kaposiformes reposant sur une peau érythématoviolacée. L'éruption commence au niveau de la tête, puis descend le long du tronc. Ces lésions imitent les pseudolymphomes, le Kaposi, l'histiocytose de Rosai Dorfman et les tumeurs vasculaires, ce qui peut entraîner une erreur d'interprétation initiale, d'où l'intérêt de compléter par une immunohistochimie du tissu tumoral. Le PTCL-NOS cutané secondaire est un marqueur d'agressivité, mais il peut servir à surveiller la réponse au traitement. Sa régression après la chimiothérapie reflète une réponse systémique efficace.

Conclusion

Ce cas exceptionnel de métastases cutanées angiomateuses du PTCL-NOS démontre l'importance d'une vigilance maximale devant toute lésion cutanée, même d'aspect bénin. Au-delà du diagnostic, la surveillance dermatologique peut devenir un outil crucial dans le suivi et l'ajustement thérapeutique en temps réel.

Cancer du sein chez l'homme : Présentation inhabituelle

H. Zouaki, F. Hali, B. Baghad, F. Benhayoun, S. Chiheb

Service de Dermatologie et Vénérologie, Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction

Le carcinome mammaire est une pathologie largement prédominante chez la femme. À l'inverse, le cancer du sein chez l'homme demeure une affection rare, représentant environ 1 % de l'ensemble des cancers mammaires. L'âge moyen au moment du diagnostic est généralement plus avancé chez les hommes que chez les femmes, en raison de symptômes souvent méconnus ou attribués à tort à des affections bénignes. Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés, notamment des troubles hormonaux et génétiques. Nous rapportons le cas d'un homme de 67 ans ayant été diagnostiqué pour un carcinome canalaire infiltrant du sein, présentant des caractéristiques cliniques inhabituelles.

Cas clinique

Le patient, âgé de 67 ans, consultait pour une masse du sein gauche évoluant depuis 16 ans, avec une augmentation progressive de son volume au cours de la dernière année. Il ne présentait aucun antécédent médical ou familial notable. Il était non-fumeur, ne consommait pas d'alcool, et avait récemment perdu 4 kg. L'examen clinique retrouvait une masse érythémateuse, polylobée, fixe, de 3,5 cm, avec des contours irréguliers, englobant 90 % du complexe aréolo-mamelonnaire gauche, associée à quatre nodules cutanés superficiels de 0,5 cm chacun. On notait également la présence de multiples adénopathies axillaires gauches fixes et d'un nodule mammaire droit de 1 cm. La biopsie cutanée confirmait un carcinome canalaire infiltrant de haut grade du sein gauche. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien (CT TAP) révélait des tumeurs mammaires bilatérales avec adénopathies axillaires gauches. La scintigraphie osseuse n'objectivait aucune métastase osseuse. Le patient a bénéficié d'une mastectomie radicale bilatérale. L'analyse histopathologique montrait un carcinome canalaire infiltrant de haut grade du sein gauche avec métastases ganglionnaires, récepteurs hormonaux (œstrogènes et progestérone) positifs, HER2 négatif, et grade histologique 2. Un traitement adjuvant associant chimiothérapie, radiothérapie et hormonothérapie a été instauré.

Discussion

Le cancer du sein masculin (CSH) se manifeste le plus souvent par une masse rétro-aréolaire indolore, parfois accompagnée de modifications cutanées ou d'une atteinte du mamelon. Le retard au diagnostic est fréquent, en raison du manque de sensibilisation et de la faible suspicion clinique. Le carcinome canalaire infiltrant est la forme histologique la plus fréquente. La rareté du cancer du sein chez l'homme limite la réalisation d'études de grande envergure permettant d'évaluer avec précision la survie de ces patients. Néanmoins, les données disponibles suggèrent un pronostic généralement plus sombre chez l'homme que chez la femme. Chez les hommes, les antécédents de cancer du sein augmentent le risque de développer un cancer controlatéral, avec une fréquence 2 à 4 fois plus élevée que chez les femmes. Par ailleurs, il existe un risque de 21 % de survenue d'un autre cancer primitif non mammaire. L'atteinte ganglionnaire axillaire, présente dans jusqu'à 50 % des cas, constitue le principal facteur prédictif de récidive locale et de métastases.

Conclusion

Le cancer du sein chez l'homme est une pathologie rare, le plus souvent diagnostiquée à un stade avancé. L'atteinte ganglionnaire axillaire fréquente contribue à un pronostic défavorable et à une diminution de l'espérance de vie chez ces patients.

Maladie de Kaposi botriomycome-like du visage : une présentation trompeuse

N.NACIRI, L.BENDAOUD, M.ABOUDOURIB, O.HOCAR, S.AMAL
Service de Dermatologie – Vénérologie, 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 maladie de Kaposi est une tumeur angioproliférative liée à l'HHV-8, touchant principalement la peau. Elle se manifeste habituellement par des lésions cutanées violacées, nodulaires ou infiltrées, à prédominance acrale. Des formes atypiques existent et peuvent entraîner une confusion diagnostique. La forme botriomycome-like est rare. Elle présente des caractéristiques cliniques et histologiques communes avec le granulome pyogénique, rendant le diagnostic différentiel difficile.

Nous rapportons un cas original de la maladie de Kaposi du visage, révélé par des lésions multiples mimant des botriomycomes. Cette présentation rare, par sa topographie et son aspect, souligne l'importance de considérer cette entité devant toute lésion vasculaire faciale atypique.

Observation

Il s'agit d'un patient de 80 ans, suivi pour hypertension artérielle sous amlodipine, avec antécédent d'AVC traité par acide acétylsalicylique depuis 4 mois. Il consultait pour des nodules érythémateux, indolores et non prurigineux, localisés à la lèvre supérieure, au nez, à la joue, ainsi qu'aux muqueuses buccale et nasale. L'évolution remontait à 8 mois, avec apparition progressive de nodules de tailles et d'âges variés, certains étant apparus sur une lésion lentigineuse manipulée, et d'autres ayant régressé spontanément.

L'examen clinique retrouvait de multiples nodules érythémateux ~~violacés~~, indurés, regroupés au niveau de la lèvre supérieure et de la région péri-buccale. On notait un nodule érythémateux sur le nez, sur une lésion lentigineuse, ainsi qu'un nodule volumineux, dur, à surface brillante et jaunâtre d'environ 2 cm en latéro-labial gauche. D'autres nodules, ulcérés par endroit, étaient observés sur la région labiale droite et les joues. Les muqueuses buccale (face interne de la lèvre supérieure) et nasale présentaient également des nodules. Le reste de l'examen cutané et ganglionnaire était normal.

L'examen dermoscopique montrait des lésions rosées avec zones laiteuses, vaisseaux polymorphes (linéaires, en épingle à cheveux), squames superficielles entourées d'une collerette blanchâtre, ainsi qu'un aspect arc-en-ciel en périphérie. Certaines lésions présentaient des zones hémorragiques. L'ensemble évoquait un botriomycome.

L'étude histologique objectivait une prolifération nodulaire vasculaire faite de cellules fusiformes entourant des structures vasculaires irrégulières. L'immunomarquage révélait une positivité pour CD31, ERG ainsi que pour le HHV-8. La sérologie VIH était négative. Le bilan radiologique n'a pas objectivé d'autres localisation. Le patient a été classé en forme classique (méditerranéenne) de la maladie de Kaposi. Un traitement par taxanes IV a été instauré.

Discussion

La maladie de Kaposi (MK) est une prolifération vasculaire multifocale, à double composante vasculaire et fibroblastique, induite par le virus HHV-8 et ses facteurs de croissance, notamment l'interleukine 6. On distingue quatre formes cliniques : la forme classique, touchant principalement les hommes âgés d'origine méditerranéenne ; la forme endémique, rencontrée en Afrique subsaharienne ; la forme épidémique, associée au VIH ; et la forme iatrogène, survenant chez des immunodéprimés, en post-greffe.

Cliniquement, la maladie de Kaposi se présente typiquement sous forme de lésions maculo-papuleuses, nodulaires ou tumorales, de couleur violacée ou rouge-bleutée, parfois ulcérées ou kératosiques, localisées principalement aux extrémités. La distribution cutanée, la sévérité des lésions et l'atteinte muqueuse, ganglionnaire ou viscérale varient selon la forme de la MK.

Dans la forme classique, les localisations céphaliques et muqueuses sont très rares, et encore plus lorsqu'elles sont isolées, sans atteinte acrale. La forme botriomycome-like est une variante clinique et anatomopathologique rare, mimant un granulome pyogénique. Elle a été décrite dans la littérature anglo-saxonne sous le terme de **Kaposi sarcoma-like pyogenic granuloma,** et rapportée aussi bien dans les formes classiques qu'épidémique de la maladie.

Dans cette forme, les lésions sont décrites comme des papulo-nodules angiomateux, superficiels, exophytiques, à croissance rapide, souvent entourés d'une collerette épidermique, et généralement localisés à la tête, au cou et aux extrémités supérieures. Dans la littérature, des cas de la maladie de Kaposi botriomycome-like ont été rapportés, notamment sous forme de lésion unique au niveau du visage, ainsi que sur la muqueuse nasale, la paume de la main et la plante du pied.

Sur le plan dermoscopique, la maladie de Kaposi présente classiquement des zones laiteuses blanches (mottes blanches), des lignes blanches et un aspect en arc-en-ciel. Le botriomycome montre des globules rouges/roses séparés par des lignes blanches avec collerette périphérique. Dans notre observation, la superposition des signes cliniques et dermoscopiques a contribué à la confusion diagnostique.

L'ulcération ou l'infection secondaire peut renforcer l'aspect botriomycome-like, rendant le diagnostic encore plus difficile. D'autant que sur le plan histologique, certaines caractéristiques sont partagées : collerette épidermique, prolifération lobulaire de vaisseaux capillaires dans le derme superficiel, ulcération et inflammation. Toutefois, les cellules tumorales fusiformes du Kaposi sont spécifiques et l'immunomarquage positif pour l'antigène de latence LNA-1 du HHV-8 permet d'établir un diagnostic de certitude.

La prise en charge dépend de la forme clinique, de l'extension de la maladie, de l'état immunitaire du patient et du retentissement fonctionnel.

Conclusion

Cette observation rapporte une présentation inhabituelle de la maladie de Kaposi localisé au visage chez un patient immunocompétent, mimant cliniquement et histologiquement un botriomycome. Elle illustre un piège diagnostique important et souligne la nécessité de considérer la maladie de Kaposi dans le diagnostic différentiel des lésions vasculaires faciales atypiques. L'immunohistochimie, avec mise en évidence du HHV-8, reste le gold standard pour confirmer le diagnostic.

Métastases cutanées du cuir chevelu révélant un mélanome uvéal primitif : A propos d'un cas clinique

A.Cheab[1], F. Hali[1], S. Lazouzi[1], A .El Kettani[2], S .Chiheb[1]

[1]CHU Ibn Rochd, Service de Dermatologie et Vénérologie, Casablanca, Maroc
[2]CHU Ibn Rochd, Service d'Ophtalmologie, Casablanca, Maroc

Introduction

Les métastases cutanées d'un mélanome uvéal sont rares et témoignent d'une dissémination systémique avancée. Le mélanome uvéal est la principale tumeur maligne primitive intraoculaire, mais il est souvent diagnostiqué tardivement. Nous rapportons le cas d'une patiente chez qui la découverte de lésions cutanées pigmentées du cuir chevelu a conduit au diagnostic d'un mélanome oculaire primitif.

Observation

Une femme de 44 ans nous a été adressée par les oncologues pour évaluation clinique des lésions pigmentées du cuir chevelu dans le cadre d'un mélanome uvéal métastatique avec atteinte hépatique et pulmonaire. L'histoire de la maladie remonte à deux ans, lorsqu'elle a présenté une lésion pigmentée au niveau de la sclère droite, initialement évaluée comme un décollement de rétine avec cécité unilatérale. La patiente est restée asymptomatique jusqu'à l'apparition, six mois avant son admission, de trois lésions hyperpigmentées sur le cuir chevelu associées à des douleurs épigastriques. L'examen clinique a confirmé la lésion sclérale pigmentée, les lésions cutanées au cuir chevelu, une distension abdominale avec ascite et un œdème des membres inférieurs. La dermoscopie des lésions cutanées montrait des contours asymétriques, un voile blanc-bleu et des zones papuleuses sombres. Le scanner abdominal a révélé de multiples nodules hépatiques suspects. La biopsie hépatique a confirmé la nature métastatique du mélanome, avec immunohistochimie positive pour S100, Melan-A et HMB-45. Le bilan d'extension (TEP-TDM, échographie abdominale) a révélé une lésion hypermétabolique au pôle postérieur de l'œil droit, des adénopathies médiastinales et hilaires, ainsi que des métastases pulmonaires, hépatiques et cutanées. Une consultation ophtalmologique réalisée dans notre institution a finalement confirmé le diagnostic de mélanome oculaire primitif grâce à l'identification d'une lésion conjonctivale pigmentée de 4,6 × 4,8 mm avec dilatation vasculaire. Compte tenu de l'extension métastatique et des symptômes systémiques (douleur, dénutrition, anxiété) associés à une défaillance hépatique, la patiente a été orientée vers des soins palliatifs.

Discussion

Les métastases cutanées des mélanomes uvéaux sont rares et peuvent révéler tardivement la tumeur primitive. Leur localisation au cuir chevelu est particulièrement inhabituelle. L'originalité de notre observation tient au fait que ces métastases cutanées, situées au cuir chevelu, ont été le signe révélateur d'un mélanome uvéal primitif, une présentation exceptionnelle.

Conclusion

Ce cas rare de métastases cutanées du cuir chevelu révélant un mélanome uvéal primitif souligne l'importance d'un examen clinique rigoureux et d'une prise en charge multidisciplinaire pour améliorer le diagnostic précoce et la gestion de cette pathologie agressive.

Métastase cutanée révélatrice d'un adénocarcinome canalaire du sein.

H.MANSOURI , M. ABOUDOURIB, L. BENDAOUD, O. HOCAR, S. AMAL
Service de dermatologie-Vénérologie CHU Mohammed VI Marrakech, Laboratoire Bioscience et santé, FMPM Université Cadi Ayad , Marrakech

Introduction :

Les métastases cutanées du cancer du sein sont rares, pouvant constituer le mode révélateur d'un carcinome mammaire. Leur présentation clinique et histologique est polymorphe, et dans certains cas, elles peuvent mimer des tumeurs cutanées primitives. Nous rapportons un cas illustrant la difficulté diagnostique posée par une métastase cutanée

Observation :

Une patiente âgée de 65 ans, sans antécédents carcinologiques connus, qui consultait pour une masse ulcéro-bourgeonnante du prolongement axillaire gauche évoluant depuis 1 an augmentant progressivement de volume et devenant douloureuse. L'examen clinique de la masse trouvait une formation ulcerobourgonnante exophytique de 12*6cm friable, fixe par rapport au plan profond saignante au contact. L'examen du sein retrouvait un nodule dure, fixe et indolore de 1cm du quadrant supéro-externe du sein gauche avec le reste du bilan somatique sans particularités. Une échographie avec complément mammographique avaient objectivé une masse de la jonction des quadrants supérieurs du sein gauche classée Birads 4. L'examen histologique et immunohistochimique de la biopsie mammaire et cutanée confirmait le diagnostic d'un carcinome canalaire infiltrant. Un bilan d'extension a été fait avec une IRM mammaire en faveur d'un Birads 6 associé à une adénopathie axillaire homolatérale avec une Tomodensitométrie thoraco-abdomino- pelvienne sans anomalies. La patiente fut adressée en gynécologie et oncologie pour prise en charge thérapeutique.

Discussion :

Les métastases cutanées représentent environ 2% de toutes les métastases, souvent dans le cadre de récidives locales ou de cancers de stade avancé. Leur formation se fait le plus souvent par voie lymphatique, donc près de l'organe d'origine, mais elle peut se faire aussi par voie hématogène, donc à distance ou par contiguïté.

Les présentations cliniques sont variées, allant de nodules asymptomatiques à des lésions atypiques ulcérées et bourgeonnantes, comme dans le cas présenté. Un examen clinique minutieux, accompagné de tests diagnostiques appropriés, est essentiel pour une prise en charge rapide et adéquate.

Ce cas souligne également l'importance de considérer le cancer du sein dans le diagnostic différentiel des lésions cutanées inhabituelles, même chez des patientes sans antécédents familiaux ou personnels de cancer mammaire.

Conclusion :

Les métastases cutanées peuvent être la première manifestation d'un carcinome mammaire, parfois sous un aspect trompeur. Une approche multidisciplinaire incluant l'anatomopathologie, l'immunohistochimie et l'imagerie est indispensable pour poser un diagnostic précis. Ce cas souligne l'importance d'un diagnostic approfondi devant toute lésion cutanée atypique.

La maladie de Kaposi dans sa forme bulleuse : une présentation clinique rare

Z. Aqasbi, S. Elloudi, F. Boukhobza, Z. Douhi, M. Soughi, H. Baybay, FZ. Mernissi

Service de Dermatologie CHU HASSAN, Fès, Maroc

Introduction :

La maladie de kaposi (MK) est une tumeur proliférative à double composante vasculaire et fibroblastique. On distingue quatre formes épidémio-cliniques : classique, endémique, iatrogène et épidémique. La forme classique, la plus fréquente, se caractérise par la présence de papulo-nodules et de plaques angiomateuses localisées principalement au niveau des membres inférieurs. Les lésions bulleuses sont rarement décrites dans la littérature et constituent un problème de diagnostic différentiel avec les autres dermatoses bulleuses. Nous rapportons le cas d'un patient suivi pour MK classique en rémission depuis 6 ans qui a présenté des lésions bulleuses au cours de l'évolution.

Observation :

Un patient de 84ans, suivi depuis 7 ans pour une MK classique, présentait initialement des lésions typiques faites de plaques violacées angiomateuses sur les jambes. Il a bénéficié d'une séance de radiothérapie entrainant une désinfiltration des lésions. Six ans plus tard, l'évolution s'est marquée par l'apparition sur la jambe droite de multiples vésicules et bulles tendues, à contenu séro-hématique, associées à quelques plaques érythémato-violacées (figure 1-2), sans lymphœdème. Le signe de Nikolsky était négatif. La dermoscopie a montré un aspect angiomateux, des squames et des chrysalides (figure 3). Face à la rémission depuis six ans, l'unilatéralité des lésions, l'absence de lymphœdème et le profil clinique et dermoscopique atypique, une biopsie cutanée avec immunofluorescence directe a été réalisé pour distinguer une forme bulleuse de MK d'une pemphigoïde bulleuse. Le diagnostic de MK dans sa forme bulleuse a été retenu et le patient a bénéficié d'une séance de radiothérapie avec bonne évolution.

Discussion :

La MK dans sa forme bulleuse est une variante rare caractérisée par la présence de bulles tendues sur une peau saine ou sur des plaques de kaposi. Diverses hypothèses ont été proposées pour expliquer la formation de vésiculo-bulles dans la maladie de Kaposi. Parmi elles figurent les effets locaux de l'infiltration tumorale, tels que l'occlusion des vaisseaux lymphatiques à l'origine d'un œdème cutané, la fragilité capillaire et l'hypervascularisation tumorale favorisant l'extravasation de plasma et d'hématies ainsi que l'inflammation locale qui compromet l'intégrité de la jonction dermo-épidermique et induit une apoptose kératinocytaire (1). Cette présentation pose un problème de diagnostic différentiel principalement avec les dermatoses bulleuses sous épidermiques en particulier la pemphigoide bulleuse (2), par l'âge de survenue, la présence de bulles tendues et le nikolsky négatif. L'étude histologique et l'immunohistochimie permettent de confirmer le diagnostic.

Conclusion :

Ce cas illustre la **nécessité d'une vigilance diagnostique** face aux présentations inhabituelles de la maladie de Kaposi afin de permettre un diagnostic précoce et une prise en charge appropriée. Ainsi la MK doit être prise en compte dans le diagnostic différentiel des lésions bulleuses, en particulier chez les personnes âgées de la région méditerranéenne.

Références :

- 1.Kandemir NO, Barut F, Gün BD, Tekin NS, Keser SH, Ozdamar SO. Analyse histopathologique des lésions vésiculaires et bulleuses du sarcome de Kaposi. Diagn Pathol.
- 2. Monika Le – Spórna, Anna A, Dominika C, Pola D, Agnieszka L, Marta T, Bullous lesions in the course of the classic form of Kaposi's sarcoma.

Figure 1 : Multiples vésicules et bulles tendues reposant sur des plaques érythemato-violacées siégeant au niveau de la face interne de la jambe droite.

Figure 2 : Multiples bulles et vésicules à contenu séro-hématique après rupture aseptique.

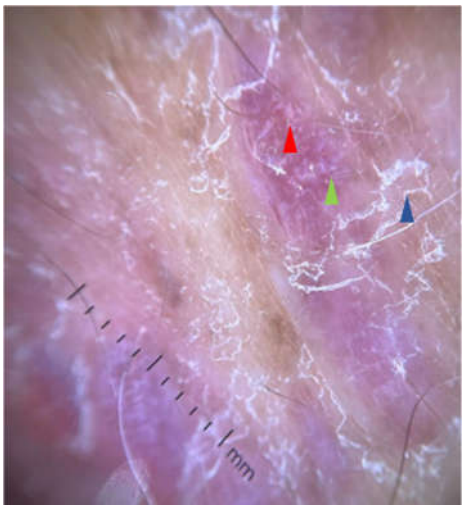

Figure 3 : Image dermoscopique montrant un aspect angiomateux (triangle rouge), Squames (triangle bleu) et chrysalides (triangle vert).

Leucémie aiguë myéloblastique néonatale révélée par le Blueberry Muffin Baby syndrome : à propos d'un cas

Y. Zarouali, M. Aboudourib , L.Bendaoud, S. Amal , O. Hocar
Service de dermatologie et vénéréologie, faculté de médecine et de pharmacie – Marrakech-Maroc

Introduction :

Les leucémies aiguës néonatales sont rares (moins de 1% de toutes les leucémies de l'enfant) et apparaissent à la naissance ou dès les premières semaines de vie. Leur pronostic est sévère, bien moins bon que chez les enfants plus âgés

Nous rapportons un cas de leucémie aiguë myéloblastique néonatale qui s'est manifestée par un Blueberry Muffin syndrome ainsi qu'une détresse respiratoire présents dès la naissance ce qui a justifié une prise en charge en unité de soins intensifs néonatale durant les deux premières semaines de vie, tout en bénéficiant de soins de support et d'une chimiothérapie adaptée.

Observation :

Il s'agissait d'un nouveau-né de sexe féminin, 1 er enfant d'une mère âgée de 23 ans, né de parents non consanguins par voie basse, au terme d'une grossesse suivie menée à terme et sans antécédents familiaux de pathologies tumorales. Il a été noté une notion de prise intermittente par la mère du paracétamol pendant les dernières semaines de grossesse pour des douleurs lombaire. La mère était immunisée contre la toxoplasmose et la rubéole. Dès la naissance on a remarqué des lésions cutanées à type de papulo-nodules ecchymotiques cutanés diffus de taille variant entre 5 et 10 mm de diamètre, associés à une détresse respiratoire. A l'examen clinique il n'y avait pas d'hépatosplénomégalie ni de syndrome malformatif.

Le bilan biologique a mis en évidence une hyperleucocytose à 38160 éléments/mm3 a prédominance lymphocytaire (lymphocyte à 30261) GR : 5,1 M/mm3, HGB : 18,7 g/dl, PLQ : 200000/mm3, urée : 0.36 g/dl cérat : 7,32 ASAT : 241 U/L ALAT : 67 U/L, CPK : 911 U/L, TP : 39 % Les LDH sont à 3386 UI/L et l'acide urique à 87 mg/l. La CRP était à 6,20 mg/l. Les sérologies virales (toxoplasmose, rubéole, HIV, syphilis) sont négatives aussi bien chez le bébé que chez sa maman. Le nouveau-né est de groupe A rhésus positif et la maman est de groupe O rhésus positif. Une biopsie cutanée avec une étude immunohistochimie a révélé une infiltration cutanée dermo- hypodermique par une prolifération tumorale maligne à cellules rondes dont les données immunohistochimiques évoquant une leucémie aigue myéloïde. Le nouveau-né a été hospitalisé au service de néonatologie ou un bilan a été faite, La radiographie thoracique n'a pas montré d'élargissement médiastinal ni de signes de leucostase. L'échographie abdominale était sans particularité, l'echocoeur été normale. Elle a bénéficié d'une oxygénothérapie (3 l/min), d'une hyperhydratation, et une chimiothérapie à base de cytarabine pendant 10 jours , l'évolution a été marqué par l'aggravation de sa détresse respiratoire et le décès à j13 de vie.

Discussion

les leucémies aigues néonatales sont des affections extrêmement rares : un cas pour 5 000 000 naissances [8]. Elles représentent moins de 1% de toutes les leucémies de l'enfant et apparaissent à la naissance ou dès les premières semaines de vie. Les critères de définition d'une leucémie néonatale varient selon les auteurs (leucémie apparaissant lors de la 1ère semaine de vie ou au cours des 6 premiers mois), la plupart d'entre eux s'accordant néanmoins sur l'apparition de symptômes cliniques au cours des 4 à 6 premières semaines de vie, alors que dans notre cas ils étaient présents dès la naissance. Avant de porter le diagnostic de leucémie congénitale, il faut s'assurer de l'absence d'une pathologie pouvant entrainer une réaction « leucémoide » (notamment l'incompatibilité fœto-maternelle et les infections intra-utérines, par persistance d'une hématopoïèse cutanée) et d'une pathologie associée à une « hématopoïèse instable », comme par exemple, la trisomie 21. À cette période de la vie, les LAM sont les plus fréquentes (56%) avec une prépondérance des leucémies monoblastiques de type M5 (41,6%) selon la classification FAB . L'atteinte cutanée réalisant le Blueberry Muffin Baby syndrome pose un problème de diagnostic à cause des différents diagnostics différentiels avec la leucémie aiguë myéloblastique.

Ces leucémies néonatales se caractérisent par leur présentation biologique (formes hyper leucocytaires plus fréquentes), leur association à des réarrangements de MLL (68% des cas), ainsi que la fréquence des anomalies cytogénétiques associées (jusqu'a` 93% dans certaines séries). Du fait de la rareté de cette pathologie en période néonatale, le pronostic reste difficile à établir en raison de la nécessité des soins

de support chez les patients dans cette tranche d'âge, tel que l'accès veineux difficile, les besoins spécifiques du nouveau-né. Il est donc important de ne pas soumettre un nouveau-né aux risques de la chimiothérapie ; elle est conseillée en cas de progression de la pathologie, de lésions menaçant directement le pronostic vital et en cas de récidive après rémission spontanée .

Dans notre cas de leucémie aigüe myéloblastique néonatale, les lésions cutanées étaient le signe d'appel majeur qui a permis d'évoquer le diagnostic de leucémie aigüe néonatale. À l'examen clinique, on retrouve des lésions cutanées type papulo-nodules violacés disséminés sur tout le corps comparativement à celles décrites dans la littérature ; associées à une détresse respiratoire. Cette atteinte cutanée constitue ainsi le tableau d'un Blueberry Muffin Baby surtout observé dans les leucémies aiguës myéloblastiques (LAM) .

Conclusion

La leucémie aigue néonatale est une affection très rare qui nécessite une prise en charge en milieu spécialisé, associant des compétences de néonatologie et d'hématologie pédiatrique. Le pronostic de cette pathologie reste globalement très sombre quelle que soit la forme de leucémie néonatale

Expérience du Slow Mohs dans la maladie de Darier-Ferrand : série clinique de cinq patients

S.JEBBOUJE[1], F.HALI[1],H. RACHADI[1], B.Baghad[1], M.Diouri[2],F. Mernissi [3], S.CHIHEB[1]
[1] Service de dermatologie vénérologie, CHU Ibn Rochd Casablanca
[2] Service de chirurgie plastique et brulure, CHU Ibn Rochd Casablanca
3 service d'anatomopathologie, CHU Ibn Rochd Casablanca

Introduction :
La maladie de Darier-Ferrand ou dermatofibrosarcome protubérant (DFSP) est une tumeur cutanée mésenchymateuse rare, de malignité intermédiaire, caractérisée par une croissance lente mais infiltrante et un risque élevé de récidive locale en cas d'exérèse incomplète. La chirurgie reste le traitement de référence. La technique du **Slow Mohs**, basée sur une exérèse séquentielle avec analyse histologique en paraffine, permet un contrôle précis des marges tout en préservant le tissu sain.

Méthodes et patients :
Nous rapportons une étude **observationnelle, prospective**, menée au sein du CHU Ibn Rochd Casablanca sur 2 ans. Cette étude colligeant **quatre patients** suivis pour DFSP et ayant bénéficié d'une exerèse chirurgicale selon la technique de Slow Mohs. Les données cliniques, anatomopathologiques, le nombre d'étapes chirurgicales nécessaires ainsi que le suivi post-opératoire ont été recueillis dans une fiche pré-établie.

Résultats :
Notre série incluait quatre patients, trois femmes et un homme, âgés de 36 à 44 ans, avec un âge moyen de 40 ans. Les patients présentaient un DFSP confirmé à la biopsie cutanée. Tous ont bénéficié d'une exérèse chirurgicale avec une marge de 3 cm, suivie d'une analyse histologique séquentielle selon la technique du Slow Mohs. L'exérèse complète avec marges saines a été obtenue chez l'ensemble des patients, après un nombre de stades variant de 1 à 3 selon les cas. L'évolution a été favorable avec un recul moyen de 24 mois, sans récidive locale notée. La conservation des tissus a permis dans la majorité des cas une fermeture directe ou des reconstructions locales, aboutissant à un résultat esthétique satisfaisant.

Discussion :
Le DFSP constitue un défi thérapeutique du fait de son potentiel élevé de récidive après chirurgie classique. L'association d'une **marge d'exérèse de 3 cm** et du contrôle histologique rigoureux par **Slow Mohs** offre une excellente sécurité oncologique tout en optimisant la préservation tissulaire. Cette approche est particulièrement indiquée dans les localisations où l'exérèse large compromettrait la fonction ou l'esthétique. Ses limites résident dans la durée d'analyse et la nécessité d'une collaboration étroite entre chirurgien et anatomopathologiste.

Conclusion :
Notre expérience confirme l'intérêt du **Slow Mohs avec marge d'exérèse de 3 cm** dans le traitement du DFSP. Cette technique assure un contrôle complet des marges, évite les récidives et permet une meilleure épargne tissulaire, avec des résultats esthétiques et fonctionnels satisfaisants.

Maladie de Kaposi : Expérience du service de dermatologie du CHU Mohammed VI de Marrakech

N.NACIRI, L.BENDAOUD, M.ABOUDOURIB, O.HOCAR, S.AMAL

Service de Dermatologie – Vénérologie, 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 maladie de Kaposi (Mk) est une tumeur angioproliférative multifocale, associée à l'infection par le virus Herpès humain de type 8. Elle peut se présenter sous quatre formes épidémiologiques. Cliniquement, elle se manifeste le plus souvent par des lésions cutanées violacées, nodulaires ou infiltrées, mais des présentations atypiques existent et peuvent induire des erreurs diagnostiques. L'objectif de notre étude est de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des cas de MK pris en charge dans notre service.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service de dermatologie du CHU Mohammed VI de Marrakech, incluant tous les patients hospitalisés pour MK entre janvier 2011 et août 2025. Le diagnostic a été établi sur la base des données cliniques et confirmé par un examen histologique.

Résultats :

Nous avons colligé 20 cas. L'âge moyen était de 70,8 ans [25 - 91], avec une nette prédominance masculine ; 18 hommes pour 2 femmes, soit un sex-ratio de 9. Le délai moyen de consultation était de 16 mois [4 - 48]. Les principales comorbidités retrouvées étaient le diabète, l'hypertension artérielle et l'insuffisance cardiaque. Aucun patient n'était sous traitement immunosuppresseur au moment du diagnostic.
Sur le plan épidémiologique, 17 cas correspondaient à la forme classique, 3 étaient associés à une infection par le VIH. L'apparition des lésions était progressive chez tous les patients. Les lésions cutanées se présentaient sous forme de macules, papules ou nodules violacés, indolores et non prurigineux, parfois confluents en plaques brunes kératosiques. Dans un cas, les lésions étaient ulcérées. Des cicatrices hyperpigmentées ont également été observées. Un aspect botriomycome-like a été retrouvé chez cinq patients, localisé au niveau palmaire, plantaire et facial, et il était révélateur chez un patient.
L'atteinte des membres inférieurs était prédominante chez 16 patients, avec une atteinte plantaire associée dans 13 cas. Un lymphœdème était présent dans 11 cas. Les membres supérieurs étaient atteints dans 8 cas, le tronc dans 2 cas, et le visage dans 2 cas, avec une atteinte nasale associée. Les muqueuses étaient touchées dans 6 cas (buccale : 4, bucco-nasale : 1, génitale : 3). Un angioedème facial a été observé chez un patient séropositif. Une atteinte viscérale pulmonaire a été mise en évidence dans 6 cas.

Chez les patients chez qui la dermoscopie a été réalisée, elle a révélé un aspect en arc-en-ciel, des lésions rosées avec des zones laiteuses (mottes blanches), des vaisseaux polymorphes, des squames superficielles avec collerette blanchâtre. Sur le plan histologique, les biopsies ont montré une prolifération vasculaire nodulaire faite de cellules fusiformes chez tous les patients, avec présence de fentes vasculaires et d'un infiltrat lymphoplasmocytaire chez la majorité. L'immunohistochimie, réalisée dans 12 cas, a confirmé l'expression de CD31 dans l'ensemble des échantillons, ainsi que la positivité du HHV-8 dans 10 cas ; dans les 2 autres cas, la recherche du HHV-8 n'a pas pu être réalisée par manque de réactifs.
Sur le plan thérapeutique, deux patients ont bénéficié d'une exérèse chirurgicale, tandis qu'un patient a reçu une bléomycine intra-lésionnelle. La radiothérapie a été prescrite chez un autre patient en raison

d'une contre-indication à la bléomycine. Un cas a été traité par électrocoagulation, mais après échec, ce traitement a été complété par une cryothérapie après une prise en charge systémique.
La bléomycine intramusculaire (5 mg/j, 3 jours tous les 15 jours) a été indiquée chez 10 patients pour une durée variant de 4 à 8 cures. Trois patients ont été traités par taxanes (paclitaxel), en raison de formes muqueuses associées et de contre-indications des anthracyclines ou de bléomycine. Deux patients ont reçu des anthracyclines liposomales. Concernant les patients séropositifs au VIH, deux ont bénéficié d'un traitement antirétroviral associé à la bléomycine intramusculaire, tandis qu'un troisième n'a reçu que le traitement antirétroviral en raison de son décès survenu avant l'initiation de la chimiothérapie.
L'évolution a été marquée par une guérison complète chez 6 patients (dont 5 sous bléomycine et 1 sous taxanes), ainsi qu'une régression partielle des lésions chez la majorité des autres cas. Un patient est décédé. Trois patients étaient encore en cours de traitement au moment de l'étude. Par ailleurs, trois récidives ont été observées, survenues après injection locale de bléomycine, exérèse chirurgicale ou électrocoagulation.

Discussion :

La maladie de Kaposi est une prolifération vasculaire multifocale à double composante vasculaire et fibroblastique, induite par le virus HHV-8 et ses facteurs de croissance, notamment l'interleukine 6. Quatre formes cliniques sont décrites : classique, endémique, épidémique (lié au VIH) et iatrogène.
La forme classique est la plus fréquente, touchant majoritairement des hommes âgés du bassin méditerranéen. Cliniquement, elle se manifeste par des macules, papules et nodules violacée ou rouge-bleutée, parfois ulcérées ou kératosiques. L'atteinte est souvent distale, prédominant aux membres inférieurs, avec une évolution lente. Nos résultats confirment ces données tout en mettant en évidence certaines formes atypiques, notamment des présentations botriomycome-like, ainsi que des localisations rares, céphaliques et muqueuses isolées chez des patients immunocompétents.
La forme endémique affecte les jeunes en Afrique subsaharienne, avec une évolution rapide, une atteinte ganglionnaire et viscérale. La forme épidémique (VIH) est souvent sévère, avec atteinte cutanéo-muqueuse étendue, avec atteinte ganglionnaire et viscérale et est souvent mortelle, comme observé chez notre patient. La forme iatrogène survient chez les immunodéprimés post-transplantation, se manifestant par des lésions multiples sur les extrémités distales avec une évolution généralement bénigne.
La dermoscopie peut être un outil utile, notamment pour évoquer le diagnostic dans le cas de nodules isolés, en révélant des zones laiteuses blanches (mottes blanches), des lignes blanches et un aspect en arc-en-ciel.
L'histologie montre typiquement une double prolifération vasculaire et fibroblastique de cellules fusiformes associée à un infiltrat lymphoplasmocytaire. L'immunohistochimie confirme l'expression des marqueurs endothéliaux CD34 et CD31. La détection du HHV-8 (antigène LANA) constitue le marqueur le plus spécifique à la maladie de Kaposi.
Le traitement dépend de la forme clinique. Pour les formes localisées et peu évolutives, une abstention avec surveillance peut être proposée. La radiothérapie représente le traitement local de choix, avec un taux de rémission totale de 90 % grâce à la radiosensibilité des lésions de MK. La cryothérapie, le laser, la chimiothérapie locale (imiquimod) et l'exérèse chirurgicale sont aussi des options. Dans notre série, seuls cinq patients ont reçu un traitement local, en raison de la multiplicité des lésions au diagnostic.
Pour les formes étendues, une monochimiothérapie à base de vinblastine ou bléomycine peut être proposée. Actuellement, les anthracyclines liposomales (doxorubicine, daunorubicine) sont utilisées en première intention pour leur efficacité et tolérance. Les taxanes (paclitaxel) sont indiqués en cas d'atteinte muqueuse, formes œdémateuses ou après échec ou intolérance aux anthracyclines. Pour les formes viscérales, une polychimiothérapie selon le protocole ABV (adriamycine, bléomycine, vincristine) peut être utilisée. Des traitements innovants comme pembrolizumab ou bevacizumab sont en cours d'évaluation.
Pour la forme épidémique, les antirétroviraux sont essentiels, seuls ou associés à des traitements locaux dans les formes localisées, à la bléomycine intramusculaire en cas d'atteinte muqueuse, ou à une chimiothérapie systémique (taxanes, anthracyclines liposomales ou protocole ABV) dans les formes étendues ou viscérales. En cas de Kaposi post-transplantation, une réduction progressive de l'immunosuppression, avec recours aux inhibiteurs mTOR, est recommandée.

Conclusion :

Les caractéristiques cliniques et épidémiologiques de nos patients concordent avec les données de la littérature, la forme classique étant la plus fréquente. Notre étude a permis de mettre en lumière certaines formes atypiques, notamment l'aspect botriomycome-like, des localisations céphaliques ou muqueuses isolées, y compris chez des patients présentant la forme classique, ainsi que la survenue d'un angioedème facial chez un patient séropositif. Ces présentations inhabituelles nécessitent une exploration approfondie, en particulier histologique et dermoscopique. La prise en charge thérapeutique doit être précoce, rigoureuse et adaptée à chaque patient, en fonction de la forme clinique, l'étendue des lésions et des comorbidités. Un suivi régulier est indispensable pour détecter les récidives et ajuster le traitement.

Profil de consultation dermatologique en oncologie pédiatrique : A propos de 86 cas

M.Chaouqi, N.Ammar, L.Mouline, S.Hamada, M.Meziane, N, Ismaili, L,Benzekri
Service de dermatologie-vénérologie, CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc

Introduction :

Chaque année au Maroc, environ 1 000 nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués chez l'enfant, La peau est l'un des premiers organes à manifester les conséquences de la maladie cancéreuse et de ses traitements, les atteintes cutanées sont Fréquentes et polymorphe et peuvent majorer la souffrance clinique ou psychologique, leur gravité est variable, allant de manifestations simples à de véritables complications cliniques.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective descriptive menée au Centre d'Hématologie et d'Oncologie Pédiatrique de Rabat sur une durée de huit mois, d'octobre 2024 à mai 2025. Ont été inclus les enfants de moins de 16 ans suivis pour une hémopathie ou une tumeur solide et ayant consulté en dermatologie au cours ou après leur traitement oncologique.

Résultats Au total, 86 patients ont été inclus dans l'étude. Les diagnostics oncologiques étaient dominés par les leucémies avec 48 cas, suivies par 15 cas de tumeurs solides, 13 cas de lymphomes et 9 cas d'histiocytoses. Les motifs de consultation dermatologique étaient variés. Les toxicités thérapeutiques représentaient la principale catégorie avec 44,7 % des cas, dominées par la xérose cutanée (28 %), le syndrome main-pied (19 %) et les mucites. Les pathologies infectieuses constituaient 37,6 % des consultations, réparties entre infections virales (33 %), bactériennes (27 %) et fongiques (20 %). Les atteintes immunologiques représentaient 7,1 % des cas, dont cinq cas de réaction du greffon contre l'hôte et un cas de réaction vitiligoïde. Les séquelles cutanées des traitements anticancéreux représentaient 5,9 % des motifs, principalement sous forme de cicatrices chéloïdes. Les pathologies tumorales secondaires concernaient 3,5 % des patients représentées par des cas de mycosis fongoide hypopigmenté, tandis que les pathologies inflammatoires, de type psoriasis, représentaient 1,2 %.

Discussion :

Les manifestations dermatologiques observées en oncologie pédiatrique constituent un **groupe hétérogène de lésions**. Elles surviennent dans un **contexte particulier d'immunodépression et de toxicité médicamenteuse**, touchant une peau encore en développement. On distingue plusieurs origines : La **toxicité cutanée thérapeutique** peut être directe, liée à l'altération de tissus à renouvellement rapide, ou allergique sous forme de toxidermies. Les **manifestations infectieuses** sont également fréquentes, favorisées par l'immunodépression, mais aussi par l'altération de la barrière cutanée et les conditions d'hygiène. Les **atteintes immunologiques** reflètent une hyperactivation ou une désorganisation de l'immunité, notamment dans les contextes de greffe ou d'immunothérapie. La comparaison avec les données de la littérature montre des résultats globalement concordants. Par rapport aux études internationales (Özkür et al., Sousi et al., Singh et al., Rol et al.), notre série confirme la prédominance des toxicités thérapeutiques et des infections, mais avec des proportions légèrement différentes. La confrontation enfants-adultes avec une série marocaine met en évidence certaines particularités pédiatriques. Par exemple, Chez l'enfant, le rash acnéiforme n'a pas été retrouvé expliqué par l'absence de recours aux EGRF chez l'enfant. À l'inverse, la **mucite** (17 % vs 4 %) est beaucoup plus marquée, traduisant l'impact spécifique des antimétabolites largement utilisés pour traiter les leucémies chez l'enfant. Les pathologies infectieuses apparaissent également plus fréquentes chez l'enfant (37,6 % vs 25 % chez l'adulte), confirmant la vulnérabilité accrue liée à l'immunodépression.

Conclusion :

Les atteintes cutanées au cours de la prise en charge oncologique pédiatrique ne sont pas négligeables, elles peuvent alourdir le vécu de la maladie et impacter la qualité du suivi. La consultation dermatologique devient alors un maillon essentiel du parcours de soins et l'intégrer systématiquement, c'est garantir une prise en charge plus globale et adaptée.

Dermatofibrosarcome chez l'Enfant : Une Tumeur rare à localisation inhabituelle

- A.Cheab[1],F. Hali [1], Y.Mahdar [1] , J. Benyoussef[2] , A.El Youssfi[2],M. Diouri[2],, F.Marnissii[3], S.Chiheb[1]
- [1]CHU Ibn Rochd, Service de Dermatologie et Vénérologie, Casablanca, Maroc
  [2]CHU Ibn Rochd, Service de Chirurgie Plastique et brulés, Casablanca, Maroc
  [3]CHU Ibn Rochd, Service d'Anatomie Pathologique, Casablanca, Maroc

Introduction

Le dermatofibrosarcome (DFS) est une tumeur mésenchymateuse de malignité intermédiaire, caractérisée par une croissance lente et un très haut risque de récidive locale, mais avec un faible potentiel métastatique. Il touche principalement les adultes jeunes, tandis que sa présentation chez l'enfant, plus rare. La localisation au niveau du scalp est peu fréquente. L'objectif principal de cette étude est de décrire l'aspect clinique, histologique ainsi que la prise en charge thérapeutique du DFS chez l'enfant, à travers l'observation d'un cas localisé en frontopariétal.

Observation

Un enfant de 13 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, a consulté pour une lésion multinodulaire du scalp, évoluant depuis trois ans.L'examen clinique a révélé une lésion multinodulaire (composée de trois nodules contigus), bosselée, indurée, ferme, infiltrée, érythémateuse, mesurant environ 4 cm de grand axe et douloureuse à la palpation.L'IRM cérébrale a mis en évidence une lésion tissulaire dermo-hypodermique du scalp droit, sans envahissement osseux ni endocrânien. La radiographie du crâne était normale, sans signes de lésions ostéolytiques ou ostéocondensantes. L'échographie des aires ganglionnaires a montré des ganglions infracentimétriques à architecture conservée, sans adénopathie suspecte ni signe de nécrose.Une prise en charge chirurgicale par technique de Mohs a été réalisée, avec des marges d'exérèse d'1 cm jusqu'au plan sous-galéal. L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic de dermatofibrosarcome (DFS), révélant une prolifération fusocellulaire monomorphe, non atypique, à disposition storiforme.L'évaluation tridimensionnelle des marges a révélé une marge latérale saine, mais une marge profonde envahie au niveau du plan aponévrotique. Une reprise chirurgicale a été effectuée, permettant d'obtenir des marges profondes saines. Pour combler la perte de substance, le patient a bénéficié d'une greffe cutanée

Discussion

L'originalité de notre observation réside dans la survenue d'un dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand chez un enfant, avec une localisation inhabituelle au niveau du scalp, une région céphalique rarement atteinte.Chez l'enfant, le traitement du DFS repose essentiellement sur une exérèse chirurgicale complète. Dans notre cas, la chirurgie micrographique de Mohs a été retenue. Cette technique, bien adaptée aux tumeurs cutanées localement invasives, permet une évaluation précise des marges tout en préservant un maximum de tissu sain. Elle présente ainsi l'avantage de réduire significativement le risque de récidive locale, ce qui en fait une option thérapeutique de choix, notamment pour les localisations fonctionnellement ou esthétiquement sensibles comme le scalp.

Conclusion

Le dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand est une entité rare en population pédiatrique. Sa localisation céphalique, exceptionnelle, rend la prise en charge plus complexe et impose une stratégie thérapeutique rigoureuse, afin d'assurer un contrôle local optimal et de minimiser le risque de récidive.

Un dermatofibrosarcome sur greffe de peau : à propos d'un cas

- **Zouine (1), S. Chhiti (1), S. Aghiouss (2), G. El Ghazi (2), A. Ouardi (2) ,R. Chakiri (1)**
  - **Département de Dermatologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Ibn Zohr, Agadir**
  - **Département de chirurgie plastique et réparatrice, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Ibn Zohr, Agadir**

Introduction :

Le dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand (DFDF) est une tumeur cutanée mésenchymateuse rare, caractérisée par une croissance lente, un fort potentiel de récidive locale et un faible risque métastatique. Le traitement curatif repose sur une exérèse chirurgicale large, emportant des marges latérales et en profondeur suffisantes. Nous rapportons un cas de DFDF survenu sur une zone de greffe cutanée réalisée après traitement d'une fasciite nécrosante.

Observation :

Il s'agit d'un patient de 52 ans, diabétique de type 2 et hypertendu mal équilibrés ayant bénéficié d'une nécrosectomie il y a 3 ans à l'hôpital militaire pour fasciite nécrosante dorsale associé à un traitement par pression négative, puis une greffe de peau semi-épaisse qui consultait pour une masse sous-cutanée évoluant depuis un mois sur la zone greffée, de couleur chair, progressivement augmentant de volume. Une exérèse à visée diagnostique a été réalisée, révélant un dermatofibrosarcome. Une reprise chirurgicale avec marges de sécurité de 5 cm a été effectuée, suivie d'une couverture secondaire par greffe cutanée semi-épaisse, après confirmation histologique de marges saines.

Discussion :

Décrit pour la première fois par Jean Darier et Marcel Ferrand en 1924, le DFDF représente moins de 0,1 % des tumeurs cutanées malignes. Il se développe à partir du derme et peut infiltrer les tissus sous-cutanés et musculaires. La récidive locale est fréquente, surtout en cas d'exérèse incomplète : le taux peut atteindre 60 % pour des marges marginales. La localisation sur une zone cicatricielle ou greffée, comme dans notre observation, est exceptionnelle et pourrait être favorisée par les altérations chroniques du tissu conjonctif et la fragilisation cutanée induites par les traumatismes antérieurs ou les processus inflammatoires. Le dermatofibrosarcome sur greffe de peau est une présentation clinique rare qui nécessite une vigilance clinique à long terme dans les zones greffées, en particulier en cas d'antécédents d'infection sévère ou de cicatrisation complexe. L'exérèse chirurgicale large, associée à un contrôle histologique rigoureux des marges, demeure le traitement de référence afin de réduire le risque de récidive locale.

Conclusion :

Ce cas illustre l'importance de la surveillance prolongée des zones greffées, même plusieurs années après la cicatrisation, face à toute lésion suspecte.

Carcinome mammaire chez un homme simulant un mélanome : pièges diagnostiques

W. Atine ; F. Hali ; S. Chiheb

SERVICE DE DERMATOLOGIE ET DE VENEROLOGIE, C.H.U IBN ROCHD DE CASABLANCA, MAROC

Introduction

Le cancer mammaire chez l'homme est rare. Il peut prendre plusieurs formes cliniques, ainsi son diagnostic positif est souvent tardif et peut prêtre confusion avec plusieurs diagnostics.

Observation

Patient de 47 ans, tabagique à 30 PA, consultait pour une lésion noire aréolomamelonnaire droite faisant suite à une morsure accidentelle du mamelon remontant à 4 ans. L'examen retrouvait une plaque noirâtre, mamelonnée, croûteuse par endroits et ulcérée par d'autres, infiltrée, mobile en profondeur et fixe en superficie, avec rétraction du mamelon. La dermoscopie montrait un réseau pigmentaire homogène, une ulcération centrale et un réseau vasculaire périphérique. Devant ce tableau, les diagnostics évoqués étaient un mélanome, un carcinome basocellulaire pigmenté, un carcinome mammaire, une maladie de Paget, un dermatofibrosarcome, et une maladie de Bowen. La biopsie confirmait un carcinome mammaire peu différencié, RH+, HER2-, Ki67 à 30 %. Le traitement a consisté en une chirurgie de Patey suivie de chimiohormonothérapie.

Discussion

Le cancer mammaire masculin est rare, représentant moins de 1 % des cancers chez l'homme. Ses principaux facteurs de risque sont l'âge avancé, les troubles hormonaux, l'irradiation et les antécédents familiaux, notamment en lien avec des mutations génétiques telles que BRCA2. Aucun de ces facteurs n'était présent chez notre patient. Cliniquement peu spécifique, il se manifeste souvent par des anomalies cutanées, liées au faible volume glandulaire masculin. Dans 90 % des cas, il s'agit de carcinomes invasifs exprimant fortement les récepteurs hormonaux, permettant une bonne réponse à l'hormonothérapie, comme observé chez notre patient. Le pronostic reste globalement défavorable, en raison de diagnostics souvent tardifs.

Conclusion

La reconnaissance des différents aspects cliniques y compris cutanés du cancer du sein chez l'homme permettrait un diagnostic plus précoce et un pronostic meilleur. Ainsi, une sensibilisation des professionnels de santé et des citoyens dans ce sens s'impose.

DERMOSCOPIE et DERMATOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Intérêt de la dermoscopie dans le lichen amyloïde : à propos d'un cas

S.ALAOUI, K.Khachani, A.Alshbiti, N.Ammar, S.Hamada, M.Meziane, L.Benzekri, N. Ismaili

Introduction Le lichen amyloïde est une forme localisée d'amylose cutanée, caractérisée par des dépôts d'amyloïde dans les papilles dermiques, sans atteinte systémique. Il se manifeste par des papules hyperkératosiques prurigineuses, volontiers localisées sur les jambes. La pathogénie implique le rôle du grattage chronique, responsable d'une apoptose kératinocytaire à l'origine du matériel amyloïde. Le diagnostic repose sur l'histologie, mais la dermoscopie peut apporter des éléments d'orientation précoces et utiles.

Observation Un homme de 58 ans consultait pour des lésions papuleuses kératosiques bilatérales des jambes, évoluant depuis plusieurs années dans un contexte de prurit intense, sans atteinte muqueuse ni signes généraux. Cliniquement, plusieurs diagnostics différentiels étaient évoqués : un lichen plan hypertrophique, un lichen simplex chronique, une kératose lichénoïde, ou encore la maladie de Flegel (dyskératose lenticulaire disséminée). À l'examen dermoscopique, les lésions montrent un fond brun-jaunâtre hétérogène, parsemé de multiples zones blanches dépourvues de structure, d'aspect cicatriciel. On observe également la présence de squames blanches diffuses, recouvrant partiellement la surface. De nombreux points et globules brun-rouges, parfois regroupés en amas, traduisent de petites hémorragies superficielles et des croûtes hémorragiques. L'atteinte folliculaire est marquée par une desquamation périfolliculaire, associée à une hypopigmentation périfolliculaire avec halo clair. Enfin, quelques vaisseaux ponctués ou linéaires délicats se distinguent au sein du fond inflammatoire. La biopsie cutanée confirmait le diagnostic de lichen amyloïde en objectivant des dépôts amyloïdes dans les papilles dermiques associés à une hyperkératose, une acanthose, une papillomatose, une incontinence pigmentaire, un infiltrat lymphocytaire superficiel et des kératinocytes apoptotiques dans la couche basale. Un traitement symptomatique a été instauré, associant des dermocorticoïdes topiques de classe forte, des émollients et des antihistaminiques, avec une amélioration partielle du prurit après quelques semaines.

Discussion Le lichen amyloïde est une dermatose prurigineuse chronique dont la présentation clinique peut prêter à confusion avec d'autres affections papuleuses hyperkératosiques. La maladie de Flegel, par exemple, touche également les membres inférieurs mais se distingue par l'absence de prurit, des papules plus petites et une histologie sans dépôts amyloïdes. Le lichen plan hypertrophique ou le lichen simplex chronique entrent également dans la discussion diagnostique. L'histologie demeure la clé du diagnostic, mais la dermoscopie apporte des éléments essentiels permettant d'orienter précocement le diagnostic. Typiquement, elle montre un centre blanc cicatriciel correspondant aux dépôts amyloïdes, entouré de points ou globules brun-gris réalisant le pattern en « deux zones ». Des croûtes hémorragiques et, plus rarement, des structures vasculaires ramifiées ou ponctuées complètent le tableau. L'aspect dermoscopique varie selon le phototype : pigmentation accentuée chez les peaux foncées, visibilité accrue des structures vasculaires chez les phototypes clairs. Dans notre observation, la dermoscopie a permis d'orienter rapidement vers le diagnostic de lichen amyloïde, confirmant son rôle comme outil non invasif complémentaire de l'histologie. Sur le plan thérapeutique, la prise en charge du lichen amyloïde reste difficile et souvent décevante. Les dermocorticoïdes de classe très forte, les inhibiteurs de la calcineurine, les émollients et le contrôle du grattage constituent les bases du traitement. En cas de résistance, des alternatives comme la photothérapie, les lasers fractionnés ou les rétinoïdes oraux peuvent être envisagées.

Conclusion Cette observation illustre un cas typique de lichen amyloïde des jambes, dans lequel la dermoscopie a orienté le diagnostic en amont de la confirmation histologique. Elle met en évidence l'intérêt majeur de cet outil dans l'évaluation des dermatoses papuleuses prurigineuses, en permettant un diagnostic plus précoce et une meilleure orientation thérapeutique.

Un nævus, deux visages : les leçons dermoscopiques de la ligne de Wallace

B.El Idrissi (1), S.Chhiti (1), C.Hakkaoui (1), A.Ait Bilaou (1), M.Chaouche (1), R.Chakiri (1)

(1) Service de dermatologie-vénéréologie, CHU Souss-Massa, Agadir

Introduction

La dermoscopie des nævus plantaires est complexe en raison des particularités anatomiques de la région. La ligne de Wallace, frontière entre peau glabre et peau plantaire, constitue une zone de transition qui se traduit par une hétérogénéité des patrons dermoscopiques. Ignorer cette zone peut conduire à interpréter à tort des variations physiologiques comme des atypies, exposant ainsi à des gestes invasifs non justifiés.

Objectifs

L'objectif est de souligner que la coexistence de plusieurs patrons dermoscopiques dans une même lésion plantaire, lorsqu'elle siège sur la ligne de Wallace, peut refléter une transition anatomique normale plutôt qu'une atypie. Une meilleure connaissance de cette zone permettrait d'éviter des interprétations erronées et des gestes invasifs inutiles.

Observation

Il s'agit d'une femme âgée de 38 ans, suivie pour psoriasis en plaques, qui présente un nævus congénital de taille intermédiaire au niveau bord latéral du pied droit, découvert fortuitement lors d'un examen de routine. La lésion, asymptomatique et stable depuis l'enfance, mesurait 6 cm de grand axe et était située à cheval sur la ligne de Wallace. L'analyse dermoscopique montrait plusieurs patrons distincts selon la topographie : un patron globulaire homogène sur la portion glabre latérale et un patron fibrillaire régulier associé à un patron « peas in a pod » sur la zone plantaire. Des zones bleu-gris sans structure étaient également identifiées. Aucun critère de malignité n'était observé, et une simple surveillance clinique était proposée.

Discussion

Les nævus plantaires présentent classiquement des patrons dermoscopiques tels que le patron fibrillaire homogène, décrit par Saida et al. comme l'un des plus spécifiques de bénignité. Dans les nævus acrals congénitaux, d'autres caractéristiques peuvent être observées, notamment le patron « peas in a pod », correspondant à la disposition régulière de globules bruns sur les crêtes, reflet de nids mélanocytaires disposés autour des ostiums sudoraux. Des zones bleu-gris sans structure, liées à une composante intradermique marquée, ont également été décrites dans ce contexte.

Un nævus situé sur la ligne de Wallace, peut par ailleurs être le siège de plusieurs motifs dermoscopiques. Ce patron, dit « de transition », n'est pas en soi un signe de malignité. Chez notre patiente, l'absence de critères d'alerte tels qu'un patron parallèle aux crêtes, une pigmentation hétérogène ou des zones de régression, oriente vers un caractère bénin.

Conclusion

Ce cas illustre l'importance de connaître les particularités dermoscopiques propres aux nævus acrals congénitaux et à la ligne de Wallace. La reconnaissance de ces variations permet d'éviter une interprétation erronée et de limiter les gestes invasifs inutiles.

Aspects dermoscopiques du lichen plantaire érosif : à propos d'un cas

Introduction

Le lichen plan plantaire érosif (LPE) est une forme rare du lichen plan, initialement décrite en 1966, caractérisée par des érosions douloureuses, chroniques et récidivantes siégeant principalement au niveau des plantes. Cette entité peut s'accompagner d'atteintes unguéales sévères (dystrophie, ptérygion dorsal, anonychie) et, dans certains cas, d'atteinte pilaire ou muqueuse. Le diagnostic peut être difficile car la présentation clinique peut mimer d'autres dermatoses chroniques du pied, telles que le psoriasis, l'eczéma ou les kératodermies. Dans ce contexte, la dermoscopie représente un outil non invasif de grande valeur pour affiner le diagnostic et orienter vers une confirmation histologique.

Observation

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 60 ans, suivie pour lichen plan hypertrophique, ayant présenté depuis 2020 une destruction progressive des ongles des orteils associée à l'apparition de plaques érosives douloureuses siégeant sur les deux talons.

L'examen clinique montrait des érosions bien limitées, à fond bourgeonnant, parfois recouvert d'un enduit blanchâtre macéré. On notait également des plaques violacées tibiales, compatibles avec son antécédent de lichen hypertrophique, ainsi qu'une atteinte unguéale destructrice avec pterygium dorsal.

La dermoscopie des lésions plantaires a objectivé :des zones ulcérées bien limitées sur un fond rouge-orangé,des vaisseaux linéaires et ponctués polymorphes au sein des érosions,un "rainbow pattern" sur fond érythémato-violacé,des squames blanchâtres périphériques irrégulières,une pigmentation violacée périphérique et des stries blanches évoquant des stries de Wickham.

La biopsie cutanée confirmait le diagnostic de lichen plan.

L'évolution a été favorable sous corticothérapie topique forte (clobétasol 0,05 %) associée à trois cures mensuelles de corticoïdes intramusculaires.

Devant la persistance de douleurs invalidantes, le traitement a été poursuivi par trois mois supplémentaires de corticothérapie intramusculaire et complété par des séances de photobiomodulation par LED, ce qui a permis une meilleure prise en charge de la douleur et une amélioration fonctionnelle notable.

Discussion

Le lichen plan palmaire et plantaire érosif (LPE) est une variante rare et invalidante du lichen plan. Son évolution est généralement torpide, marquée par des récidives fréquentes et une résistance aux traitements classiques. Il entraîne des complications fonctionnelles majeures (douleur chronique, limitation de la marche) et, dans de rares cas, une transformation maligne en carcinome épidermoïde cutané a été rapportée [1].

Les caractéristiques dermoscopiques du LPE constituent un apport déterminant au diagnostic différentiel, notamment vis-à-vis du psoriasis plantaire, de l'eczéma chronique ou des kératodermies acquises. Les critères les plus évocateurs décrits dans la littérature incluent :des zones jaunâtres-orangé arrondies avec des projections périphériques étoilées sur fond violacé, traduisant un infiltrat granulomateux lichénoïde, comme rapporté par Errichetti et al. [2] ;la présence de vaisseaux polymorphes (linéaires et ponctués), témoignant d'une néovascularisation active et d'une inflammation chronique [3] ;des stries blanches périphériques analogues aux stries de Wickham, reflet dermoscopique de l'hypergranulose caractéristique du lichen plan [4] ;et, plus rarement, un motif arc-en-ciel (rainbow pattern), initialement décrit dans le sarcome de Kaposi mais rapporté aussi dans certaines formes érosives de lichen plan, notamment dans les localisations palmoplantaires, par Vázquez-López et al. [5].

La présence combinée de ces signes dermoscopiques constitue un faisceau d'arguments puissant, permettant d'orienter rapidement le clinicien vers le diagnostic de LPE et d'éviter des erreurs diagnostiques. Ces critères, bien que rarement tous présents simultanément, sont particulièrement utiles dans les zones d'endémie parasitaire ou en présence de dermatoses chroniques où le risque de confusion est élevé.

Conclusion

La dermoscopie constitue un outil essentiel dans l'approche diagnostique du lichen plantaire érosif, permettant d'identifier des signes spécifiques qui orientent le clinicien vers une confirmation histologique et une prise en charge adaptée. Son intégration systématique dans l'examen des lésions palmoplantaires chroniques et douloureuses permettrait d'éviter un retard diagnostique, de réduire l'errance thérapeutique et d'améliorer le pronostic fonctionnel des patients atteints de cette entité rare.

Dermoscopie des angiofibromes faciaux dans la sclerose tubéreuse de Bourneville

Z.Mernissi ,M.Aboudourib,L.Bendaoud ,O.Hocar,S.Amal
Service de dermatologie-vénérologie , CHU Mohammed VI de Marrakech,Maroc.
Laboratoire bioscience ,Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech ,Université Cadi Ayyad University,Marrakech

Introduction

La sclérose tubéreuse de Bourneville(STB) est une maladie génétique à transmission autosomique dominante. Son diagnostic est généralement aisé et repose le plus souvent sur l'identification, dès la petite enfance, des signes cutanés et neurologiques typiques. Les angiofibromes faciaux (AF) sont des tumeurs cutanées bénignes présents chez 80% des patients atteints de STB. Leur différenciation clinique avec les autres tumeurs peut être difficile. La dermoscopie peut éviter le recours à la biopsie, limitant ainsi le risque de défiguration du visage du patient.
Nous rapportons ici les caractéristiques dermoscopiques des AF chez six patients atteints de STB.

Matériel et Méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive prospective incluant 6 patients avec un diagnostic de STB confirmé sur la base des critères établis par le comité de l'US National Tuberous Sclerosis Alliance. Une dermoscopie des lésions du visage a été réalisée à l'aide d'un dermoscope DL4ou DL5 et deux dermatologues ont examiné séparément les images trichoscopiques de chaque patient. Les résultats ont été revérifiés simultanément par les examinateurs.

Observation

Six patients ayant consulté en dermatologie pour des lésions faciales et ont été diagnostiqués comme une sclérose tubéreuse de Bourneville , sur la base des critères établis par le comité de **l'US National Tuberous Sclerosis Alliance**. L'âge moyen de nos patients était de 23,5 ans . Tous les patients présentaient des papules fermes, bien délimitées, de couleur rouge-brun, localisées au niveau du nez, des joues et du menton. Les caractéristiques dermoscopiques étaient similaires dans tous les cas, mettant en évidence la présence de **points ou globules jaunes- blanchatre** sur un **fond brun à rouge-brun,** avec des **vaisseaux en virgule.** Par endroits, des **points ou taches de pigmentation brune,** répartis de manière inégale, étaient observés. Quelques lésions présentaient également des **cryptes en surface.**

Discussion

La sclérose tubéreuse de Bourneville est une phacomatose qui comporte des manifestations cutanées, cardiaques, cérébrales et rénales. Son diagnostic précoce est essentiel afin de réduire les taux de mortalité et de morbidité. L'identification précoce des angiofibromes faciaux (AF) est importante, car ils peuvent constituer un signe révélateur d'une STB non diagnostiqué. La dermoscopie peut éviter le recours à la biopsie. A ce jour, les caractéristiques dermoscopiques des AF associés au STB incluent un fond rouge-brun, des globules blanchâtres, des vaisseaux en virgule et/ou en épingle à cheveux, ainsi que des points et cryptes gris-brun.
Les globules blanchâtres correspondraient à une fibrose périfolliculaire, tandis que le fond rouge-brun serait lié à une hyperplasie des vaisseaux dermiques et des mélanocytes.

Conclusion

La dermoscopie est un outil simple, non invasif et accessible, permettant d'améliorer le diagnostic clinique des AF chez les patients atteints de STB. Elle permet également d'exclure d'autres pathologies faciales d'apparence similaire sur le plan clinique.

Dermoscopie de la leishmaniose cutanée : à propos de 18 cas et 36 lésions

K.DIAA, R.BOUFETTAMA, N.AMMAR, S.HAMADA, M.MEZIANE, N.ISMAILI, L.BENZEKRI

Introduction

La leishmaniose cutanée est une anthropozoonose due à des protozoaires flagellés du genre Leishmania, transmise via un vecteur : le phlébotome. Elle est caractérisée par un grand polymorphisme clinique, et peut donc prêter à confusion avec plusieurs autres pathologies. La dermoscopie s'avère être un outil diagnostique non invasif et très intéressante dans l'évaluation des lésions de la leishmaniose cutanée.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective incluant tous les patients ayant consulté au service de dermatologie du CHU IBN SINA de Rabat, avec un diagnostic de leishmaniose confirmé sur frottis ou biopsie cutanée, menée sur une période allant de Septembre 2025 à Juillet 2025. Un examen dermoscopique a été pratiqué chez tous nos patients à l'aide d'un dermoscope (dermilte DL4 ou DL5).

Résultats

Nous avons colligé 18 patients avec 36 lésions. 72% étaient des femmes, et 28% des hommes. L'âge moyen des patients était de 32ans avec des extrêmes allant de 5ans à 76ans. 44,5% des patients provenaient du milieu rural ou avaient une notion de séjour en milieu rural avant l'apparition des lésions. Le diagnostic était confirmé sur frottis dans 67% des cas, et dans 33% des cas le recours à une biopsie cutanée était nécessaire pour confirmer le diagnostic. Les lésions siégeaient principalement au niveau du **visage (68 %),** suivies des **extrémités (32 %).** 55,5% des patients présentaient une lésion unique, et 44,5% des lésions multiples. Les aspects cliniques étaient représentés par la forme papulo-nodulaire dans 56% des cas, la forme ulcéro-crouteuse dans 28% des cas, la forme en plaque dans 11% des cas, et enfin la forme sporotrichoide dans seulement un cas.

La dermoscopie a montré un érythème dans toutes les lésions. Des squames jaunâtres ou blanchâtres étaient présentes dans 76,5% des lésions. Des aires jaunes orangées ou un aspect lupoïde étaient présentes dans 76,5% des cas. Une ulcération centrale était notée dans 68% des lésions. Des larmes jaunâtres étaient présentes dans 60% des lésions. L'aspect blanc étoilé était noté dans 62% des lésions. Les structures vasculaires étaient présentes dans 82% des lésions, les vaisseaux observés par ordre de fréquence étaient les vaisseaux linéaires irréguliers (73,5%), les vaisseaux en épingles à cheveux (60%), les vaisseaux glomérulaires ou en points (60%) et des vaisseaux arborescents (9%). Et enfin des rosettes étaient observées dans 14,7% des lésions

Discussion

Notre étude confirme l'intérêt de la dermoscopie dans l'évaluation des lésions de leishmaniose cutanée, en mettant en évidence plusieurs éléments caractéristiques.

L'érythème était constant dans toutes les lésions, ce qui rejoint les observations de Taheri et al. (2013), qui ont rapporté une vascularisation diffuse comme signe dermoscopique fréquent. Les **squames jaunâtres ou blanchâtres** observées dans 76,5 % des cas sont également bien décrites dans la littérature, souvent associées à la desquamation de surface liée au processus inflammatoire chronique. Les **aires jaune-orangé** (76,5 %), correspondant à l'infiltrat dermique granulomateux, sont un signe classique rapporté dans plusieurs études, notamment celle de Llambrich et al. (2009), qui les considèrent comme un indice utile au diagnostic différentiel avec d'autres dermatoses inflammatoires ou infectieuses. Les **structures vasculaires polymorphes**, notamment les **vaisseaux linéaires irréguliers** (73,5 %) et les **vaisseaux en épingles à cheveux** (60 %), sont similaires aux résultats de Zalaudek et al., qui ont souligné leur fréquence dans les lésions infectieuses chroniques. Les **vaisseaux glomérulaires** retrouvés dans 60 % des cas sont moins fréquemment décrits mais ont été notés dans certains cas avancés ou ulcérés. L'**aspect blanc étoilé** (62 %) est un signe relativement spécifique, attribué à la fibrose dermique, également rapporté par Yélamos et al. dans une étude rétrospective sur la dermoscopie des dermatoses infectieuses. Enfin, la présence de **rosettes** dans 14,7 % des lésions constitue un élément moins constant mais déjà décrit comme un signe accessoire dans les lésions kératinisées ou inflammatoires, bien qu'il ne soit pas spécifique à la leishmaniose.

Ces résultats confirment que, bien que non pathognomoniques, certains éléments dermoscopiques peuvent fortement orienter vers le diagnostic de leishmaniose cutanée, surtout en zone endémique ou dans les formes cliniques atypiques. La comparaison avec la littérature montre une bonne concordance, renforçant la valeur de la dermoscopie comme outil diagnostique complémentaire.

Conclusion

La dermoscopie représente un outil utile dans l'approche diagnostique de la leishmaniose cutanée, permettant d'orienter rapidement le diagnostic en attendant la confirmation parasitologique. Elle peut également aider à différencier la leishmaniose d'autres dermatoses inflammatoires ou tumorales.

Signatures dermoscopiques du lupus comédonien chez les patients de phototype foncé

S.Alaoui, S.Hamada, N.Ammar, N.Ismaili, L.Benzekri, M. Meziane.

Introduction : Le lupus comédonien est une forme rare de lupus érythémateux chronique souvent confondue avec d'autres affections dermatologiques notamment l'acné vulgaire.

L'analyse dermoscopique est l'approche la plus simple pour différencier le lupus comédonien des autres affections en révélant certains signes caractéristiques.

Objectifs : Rapporter et comparer les signes cliniques et dermoscopiques retrouvés chez 9 patients atteints de lupus comédonien selon leur phototype et la localisation des lésions.

Matériels et méthodes:

il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de dermatologie de Rabat entre 2017 et 2025 chez des patients atteints d'un lupus comédonien.

Résultats : 9 patients (5femmes et 4 hommes) ont été diagnostiqués de lupus comédonien au cours de la période décrite, avec un âge moyen de 51 ans. Le tabagisme a été observé dans 5cas, ainsi qu'un prurit chez 4cas. La zone la plus touchée était le visage, suivi du cuir chevelu chez 2 patientes. Les signes dermoscopiques observées au niveau des lésions du visage chez les patients de phototype foncé étaient des bouchons cornés, des squames blanchâtres, une hyperpigmentation périfolliculaire, un peppering, des rosettes et des chrysalides sur un fond érythémateux. Les patients de phototype clair présentaient des bouchons cornés, des squames blanchâtres, une hyperpigmentation avec peppering et des télangiectasies. Et pour les patientes qui avaient une atteinte du cuir chevelu on a noté à l'examen dermoscopique des zones cicatricielles avec absence des ouvertures folliculaires, des gros points jaunes, des comédons, un érythème, des squames blanchâtres et une hyperpigmentation.

Le traitement de première intention était l'hydroxychloroquine, cependant, d'autres médicaments ont été utilisés, tels que la corticothérapie orale, le tacrolimus topique et les dermocorticoides avec une amélioration partielle des lésions.

Discussion :

Moins de 30 cas de lupus comédonien ont été rapportée dans la littérature avec une prédominance féminine, l'âge moyen entre 30 à 40ans, le tabagisme comme facteur de risque fréquent et le prurit comme signe fonctionnel important. Sur le plan dermoscopique les signes les plus rapportés selon la littérature sont les comédons, les télangiectasies, les rosettes, les squames blanchatres et l'érythème. Au niveau du cuir chevelu selon les données de la littérature on note la présence de zones cicatricielles, de méga points jaunes, zones blanches sans structure, une pigmentation brunâtre, des bouchons cornés, des rosettes et un érythème, signes qu'on a retrouvés chez nos 2 patientes ayant une atteinte du cuir chevelu. Le traitement de cette forme de lupus peut être difficile et la photoprotection est indispensable. Un traitement local avec des rétinoïdes, des corticostéroïdes topiques et/ou intralésionnels peut donner une amélioration. Toutefois, la majorité des cas requièrent une prise en charge systémique. L'hydroxychloroquine est la thérapie de première ligne, cependant, d'autres options de traitement ont été suggérées, telles que le méthotrexate en combinaison avec l'hydroxychloroquine ou la dapsone.

Conclusion :

Une connaissance des aspects cliniques et dermoscopiques de cette dermatose et une prise en charge précoce pourraient réduire la morbidité et minimiser le risque cicatriciel.

Exploration des aspects dermoscopiques de la Dermatitis Artefacta : série de cas et revue de la littérature

Aimane Zaim, Zakia Douhi, Meryem Soughi, Sara Elloudi, Hanane Baybay, Fatima Zahra Mernissi
Service de Dermatologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc

Introduction:
La dermatitis artefacta (DA), également appelée dermatite factice ou pathomimie cutanée, est une affection psychocutanée rare, caractérisée par des lésions auto-infligées, volontairement provoquées par les patients au niveau de la peau, des muqueuses ou des annexes. Le diagnostic est souvent complexe, les patients dissimulant fréquemment l'origine factice de leurs lésions, ce qui conduit à un large éventail de diagnostics différentiels et à des investigations souvent inutiles. La dermoscopie, largement utilisée pour affiner le diagnostic des dermatoses inflammatoires ou infectieuses, reste peu étudiée dans la DA. Quelques observations isolées rapportent notamment un patron tricolore ou des taches rouges, mais sans analyse systématique. Ce travail vise, à travers une série de cas, à identifier les patrons dermoscopiques récurrents et à évaluer leur pertinence diagnostique pour distinguer la DA de ses principaux mimikers.

Matériels et méthodes :
Il s'agit d'une série prospective de cinq patients diagnostiqués de DA, ayant bénéficié d'un examen clinique et d'une dermoscopie en lumière polarisée. Les images obtenues ont été analysées à la recherche de patrons récurrents, puis confrontées aux données cliniques, évolutives et psychiatriques, ainsi qu'aux données disponibles dans la littérature sur la dermoscopie des troubles psychocutanés et des dermatoses inflammatoires.

Résultats :

Cinq patients (âge moyen 34,2 ans ; quatre femmes) ont été inclus. Tous présentaient des lésions faciales intéressant principalement le front, les régions malaire et péribuccale. La durée moyenne d'évolution avant le diagnostic était de 4,8 mois. Cliniquement, les lésions se manifestaient sous forme de plaques érythémateuses érodées (n=2), d'érosions linéaires chroniques sans tendance à la cicatrisation (n=3), et de macules dyschromiques ou de cicatrices (n=4). L'examen dermoscopique a mis en évidence plusieurs signes récurrents. Trois patients présentaient des follicules dilatés avec des bouchons jaunâtres centraux entourés de halos blanchâtres périfolliculaires, dont un avec un aspect particulier en « perle de maïs ». Des taches rouges et des croûtes hémorragiques ont été observées dans trois cas, tandis que trois patients présentaient un patron en « étoile éclatée ». Des squames blanches étaient notées chez quatre patients, et des vaisseaux polymorphes chez trois. Le patron de couleur tripartite — zone hyperpigmentée externe, zone hypopigmentée médiane et zone centrale érythémateuse ou érosive — a été identifié chez deux patients. La présence de rosettes a été relevée dans deux cas, tandis que des zones blanches sans structure et un pseudo-réseau pigmenté périphérique ont été observés chacun dans un cas. Toutes les lésions partageaient un fond rouge. L'évaluation psychiatrique a confirmé, chez tous les patients, un état de souffrance psychologique incluant anxiété, comportements compulsifs, dépression psychotique ou stress d'origine familiale.

Discussion :
Cette étude constitue une analyse originale et systématique des caractéristiques dermoscopiques de la DA. Outre les signes déjà décrits dans la littérature (patron tricolore, taches rouges), nous rapportons de nouveaux aspects non signalés auparavant : patron en étoile éclatée, follicules dilatés, bouchons folliculaires entourés d'un halo blanchâtre, et présence de rosettes. Ces signes reflètent probablement les perturbations chroniques de l'épiderme et des follicules liées aux traumatismes répétés, entraînant une réponse hyperkératosique réparatrice. Cependant, certains de ces motifs peuvent mimer d'autres dermatoses, telles que le lupus cutané, la sarcoïdose, la leishmaniose ou le lichen plan. La dermoscopie, intégrée dans un contexte clinique et psychosocial global, apparaît comme un outil précieux pour améliorer la précision diagnostique, limiter les explorations inutiles et orienter précocement vers une prise en charge psychiatrique adaptée.

Conclusion :
La dermoscopie, bien que peu étudiée dans la DA, révèle des patrons récurrents et originaux susceptibles de constituer des indices diagnostiques pertinents. Toutefois, des études de plus grande envergure demeurent nécessaires pour valider ces résultats et définir des critères dermoscopiques standardisés pour cette affection.

When ILVEN mimics a wart: Dermoscopic clues from a retroauricular case

B.El Idrissi, S.Chhiti, N.Kayouh, M.Chaouche, R.Chakiri Department of dermatology and venereology, Souss-Massa University Hospital, Agadir

Introduction and objectives

Inflammatory linear verrucous epidermal nevus (ILVEN) is a rare keratinocytic epidermal nevus. Its linear and verrucous presentation may mimic viral warts, seborrheic keratoses, or linear psoriasis, often leading to diagnostic pitfalls. Dermoscopy provides distinctive patterns that correlate with histopathology and improve diagnostic accuracy. We report a congenital case diagnosed in adulthood, aiming to highlight its clinico-dermoscopic correlation and emphasize the didactic value of dermoscopy in distinguishing ILVEN from common mimickers.

Case report

A 39-year-old woman presented with a slowly evolving, congenital, unilateral linear verrucous plaque extending from the pre- to retroauricular region, which had been intermittently manipulated and was intensely pruritic. Clinical examination revealed a brown, hyperkeratotic plaque with an irregular surface forming a narrow band across the pre- and retroauricular fold, associated with faint erythema. Dermoscopy showed brown and whitish exophytic structures with fine scaling. It also revealed large brown circles, brown globules surrounded by a whitish halo, comedo-like openings, and scattered dotted or looped vessels on a reddish background. The main differentials initially considered were linear psoriasis, viral wart, and seborrheic keratosis.

Results

At the patient's request, a shave biopsy was performed mainly for cosmetic concerns. Histopathology revealed alternating hyperorthokeratosis and parakeratosis, papillomatosis, regular acanthosis, and a mild inflammatory infiltrate, without evidence of koilocytes. When correlated with the clinical context and the dermoscopic vascular pattern, these findings supported the diagnosis of localized ILVEN.

Discussion

ILVEN usually develops in early childhood along the lines of Blaschko and may be intensely pruritic. However, localized presentations diagnosed in adulthood are well documented and can be easily mistaken for common benign lesions. Dermoscopy is particularly useful in this context. In addition to the alternating red and brown glomerular structures considered typical of ILVEN, epidermal nevi frequently show large brown circles, thick brown branched lines, terminal hairs, and dotted vessels, features that reflect the underlying epidermal hyperplasia and papillary vascular changes. Less consistent patterns, such as serpiginous dots or cerebriform surface structures, may also be observed, broadening the dermoscopic spectrum. These elements are useful to distinguish ILVEN from its common mimickers: viral warts, characterized by thrombosed dots or hemorrhages, and seborrheic keratoses, which usually show milia-like cysts. Linear psoriasis remains the main inflammatory differential; beyond the clinical context and steroid response, immunohistochemical staining targeting the IL-36γ/IL-17A axis has been proposed to assist in resolving challenging cases.

Conclusion

This case illustrates the diagnostic challenges of ILVEN and highlights the contribution of dermoscopy in differentiating it from common mimickers. The correlation of clinical, dermoscopic, and histopathological features remains essential to secure the diagnosis and guide appropriate management.

Performances diagnostiques de la fluorescence rose-rouge en dermoscopie UV dans le psoriasis

Aimane Zaim[1], Sara Elloudi[1], Ghita Gmira[1], Soraya Laraqui Houssaini[2], Ibtissam El Harach[2], Zakia Douhi[1], Meryem Soughi[1], Hanane BayBay[1], Fatima Zahra Mernissi[1]

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

[2]Laboratoire d'Épidémiologie, Recherche Clinique et Santé Communautaire, Faculté de Médecine, de Pharmacie et de Médecine Dentaire, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Fès, Maroc

Introduction :

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique à présentation clinique variée, dont la forme en plaques (PP) est la plus fréquente. Si le diagnostic repose le plus souvent sur la clinique, certaines formes débutantes, atypiques ou localisées peuvent mimer d'autres dermatoses érythémato-squameuses (DES) telles que l'eczéma, le mycosis fongoïde (MF) ou le pityriasis lichénoïde (PL), rendant parfois nécessaire un examen histologique. La dermoscopie par fluorescence UV (DFUV), technique émergente, a mis en évidence une fluorescence rose-rouge dans le PP, liée à l'accumulation de protoporphyrine IX (PPIX) au sein de la couche cornée. Cette étude vise à caractériser cette fluorescence selon les formes cliniques et topographiques du psoriasis, et à évaluer sa sensibilité et sa spécificité pour distinguer le PP des autres DES.

Matériels et méthodes :

Étude prospective, descriptive et analytique, en deux phases. La phase 1 a inclus 57 patients atteints de psoriasis confirmé, afin de caractériser les profils en DFUV des différentes formes cliniques de la maladie (hors formes pustuleuses, unguéales et muqueuses). La phase 2 correspondait à une étude cas-témoins : groupe 1 (n =35) avec un PP; groupe 2 (n = 25) avec des DES non psoriasiques : eczéma (n =17), MF (n = 2), PL (n = 2), pityriasis rosé, porokératose, verrue vulgaire et lichen plan. Les paramètres évalués comprenaient la présence, l'intensité et la distribution de la fluorescence rose-rouge, ainsi que sa sensibilité et sa spécificité de ce signe pour le diagnostic du PP.

Résultats :

Parmi les 82 patients inclus, 57 (69,5 %) étaient psoriasiques, dont 35 avec PP. Une fluorescence rose-rouge a été observée chez 33/82 patients (40,2 %) : 23/35 (65,7 %) avec PP, 10/22 dans d'autres formes (scalp : 60 % ; inversé : 44,4 % ; absente dans les formes palmoplantaires). Aucun des 25 témoins non psoriasiques ne présentait de fluorescence, indiquant une spécificité de 100 % et une sensibilité de 65,7 % pour le PP. L'intensité était forte (18,2 %), modérée (30,3 %) ou faible (51,5 %). La distribution était en points/mottes (42,4 %), en aires (30,3 %) ou mixte (27,3 %). Aucune corrélation significative n'a été trouvée avec les variables cliniques (âge, traitement, score PASI...). Une association significative a été observée avec le phototype de Fitzpatrick : la fluorescence étant plus fréquente chez les phototypes III (p = 0,021), sans lien avec son intensité ni sa distribution.

Discussion :

Il s'agit de la première étude évaluant la fluorescence rose-rouge en DFUV dans les différentes formes de psoriasis. Sa spécificité élevée en fait un marqueur diagnostique pertinent pour le PP. Son absence chez tous les témoins non psoriasiques renforce cette valeur discriminante. Les variations topographiques (absence en zones palmoplantaires, présence au cuir chevelu et en plis) pourraient s'expliquer par des différences d'épaisseur de la couche cornée, de renouvellement épidermique ou de métabolisme porphyrinique. L'association à des phototypes clairs pourrait être due à une transmission accrue des UV et à une interférence réduite de la mélanine, facilitant la détection des fluorophores. Elle pourrait également refléter une différence biologique de production ou d'accumulation de PPIX.

Conclusion :

La fluorescence rose-rouge observée en DFUV s'impose comme un marqueur non invasif, à la fois spécifique et prometteur, pour le diagnostic du PP.

Pertinence diagnostique de la dermoscopie UV dans la gale : étude comparative avec la dermoscopie conventionnelle et l'examen parasitologique

Aimane Zaim[1], Meryem Soughi[1], Soraya Laraqui Houssaini[2], Ibtissam El Harach[2], Zakia Douhi[1], Sara Elloudi[1], Hanane Bay Bay[1], Fatima Zahra Mernissi[1]

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

[2]Laboratoire d'Épidémiologie, Recherche Clinique et Santé Communautaire, Faculté de Médecine, de Pharmacie et de Médecine Dentaire, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Fès, Maroc

Introduction :

La gale humaine, due au Sarcoptes scabiei var. hominis, demeure un problème majeur de santé publique mondial. Le diagnostic repose traditionnellement sur la mise en évidence du parasite, de ses œufs ou de ses déjections par un prélèvement parasitologique. La dermoscopie s'est progressivement imposée comme un outil non invasif fiable, en particulier dans les formes cliniques atypiques. L'introduction récente de la dermoscopie UV permet de visualiser des structures fluorescentes caractéristiques, telles que la fluorescence bleue des sillons scabieux et le corps de l'acarien vert fluorescent (signe de la balle). Cette étude vise à évaluer la pertinence diagnostique de la dermoscopie UV dans la gale.

Matériels et méthodes :

Une étude prospective, descriptive et analytique a été menée sur 22 patients présentant une forte suspicion clinique de gale. Trois modalités diagnostiques ont été comparées : dermoscopie conventionnelle, dermoscopie UV et examen parasitologique. Les patients récemment traités ou utilisant des topiques pouvant altérer l'interprétation des fluorescences ont été exclus. Deux dermatologues expérimentés ont analysé indépendamment les images dermoscopiques. Les performances diagnostiques ont été évaluées, notamment la sensibilité et la spécificité des principaux signes UV : fluorescence bleue des sillons et signe de la balle.

Résultats :

La dermoscopie conventionnelle a permis d'identifier des signes caractéristiques dans 90,9 % des cas (20/22), contre 95,5 % (21/22) pour la dermoscopie UV. L'examen parasitologique n'a confirmé le diagnostic que dans 50 % des cas (11/22). La visualisation du corps translucide du sarcopte était possible chez 59 % (13/22) des patients, et le signe du deltaplane dans 63,6 % (14/22) des cas. À l'inverse, en dermoscopie UV, le signe de la balle a été observé chez 77,3 % des patients (17/22) et la fluorescence bleue des sillons chez 86,4 % (19/22), avec une sensibilité respective de 100 % et 90,9 %, mais une spécificité plus faible (45,5 % et 18,2 %).

Discussion :

Le diagnostic clinique de la gale peut être difficile en raison de la diversité des présentations. Pour affirmer le diagnostic, plusieurs techniques sont disponibles. Une méta-analyse récente a montré que le prélèvement parasitologique, bien que doté d'une spécificité de 100 %, présente une sensibilité limitée à 56 %. La dermoscopie conventionnelle, quant à elle, offre une sensibilité de 75 % et une spécificité de 73 %. Dans ce contexte, notre étude met en évidence l'intérêt de la dermoscopie UV, qui s'est révélée plus sensible que les deux méthodes précédentes. En détectant des signes fluorescents caractéristiques, elle améliore significativement l'identification des formes atypiques ou discrètes, renforçant ainsi sa valeur en tant qu'outil diagnostique complémentaire de première intention.

Conclusion :

La dermoscopie UV se révèle être un outil diagnostique prometteur dans la gale, avec une sensibilité supérieure à celle des méthodes conventionnelles. Elle pourrait également s'inscrire dans le développement d'outils d'intelligence artificielle et dans le suivi thérapeutique. Des études à plus large échelle restent nécessaires pour valider ces résultats et positionner la dermoscopie UV comme référence diagnostique.

Précision diagnostique de la dermoscopie dans le psoriasis unguéal: étude cas-témoins comparative avec l'onychomycose

Aimane Zaim[1], Sara Elloudi[1], Aya Tadlaoui[1], Nassiba Bahra[2], Samira El Fakir[2], Zakia Douhi[1], Meryem Soughi[1], Hanane BayBay[1], Fatima Zahra Mernissi[1]

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

[2]Laboratoire d'Épidémiologie, Recherche Clinique et Santé Communautaire, Faculté de Médecine, de Pharmacie et de Médecine Dentaire, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Fès, Maroc

Introduction :

Le diagnostic de psoriasis unguéal (PU) reste complexe, notamment en cas d'atteinte isolée. Si la biopsie unguéale constitue le gold standard, sa sensibilité reste faible (~50 %). La dermoscopie pourrait améliorer l'identification non invasive de signes spécifiques. Cette étude vise à évaluer la précision diagnostique de la dermoscopie dans le PU, en comparaison avec l'onychomycose.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude cas-témoins incluant deux groupes distincts. Le groupe des cas comprenait 200 ongles présentant des signes cliniques évocateurs de PU, associés à un psoriasis cutané confirmé, avec des examens mycologiques négatifs et éventuelle confirmation histologique. Le groupe témoin était constitué de 200 cas d'onychomycose, confirmés par des prélèvements mycologiques positifs. Les patients présentant une association de PU et d'onychomycose ont été exclus. Les principaux critères d'évaluation étaient la sensibilité, la spécificité, ainsi que les valeurs prédictives positive (VPP) et négative (VPN) des signes dermoscopiques identifiés dans chaque groupe.

Résultats :

L'analyse a révéle une grande variabilité dans la performance diagnostique des signes dermoscopiques du PU. Les signes les plus spécifiques (100 %) comprenaient : points blancs, trachyonychie, lignes de Beau, onychomadèse, lunule floue (LF), lunule marbrée (LM), taches rouges dans la lunule (TRL), onychorhexie, onychoschizie, hyperkératose sous-unguéale blanche/argentée, onycholyse distale avec bordure érythémateuse (ODBE), taches saumonées (TS), capillaires dilatés du lit unguéal, halos blancs péricapillaires, et alternance de pâleur/érythème longitudinal du lit unguéal. Les points blancs, la trachyonychie et les lignes de Beau avaient également une VPP de 100 %. La LF montrait la meilleure sensibilité (39,2 %) avec une VPP de 100 % et une VPN de 62,3 %. L'ODBE avait une sensibilité de 33,7 %, VPP de 100 % et VPN de 60,2 %. Les TS présentaient un profil comparable. D'autres signes, comme l'onychomadèse, les TRL et la LM, montraient une VPP de 100 %, mais leur sensibilité était faible. En revanche, la leuconychie et les stries longitudinales étaient peu fiables (faible sensibilité et VPP).

Discussion :

Les signes dermoscopiques les plus discriminants du PU semblent provenir principalement du lit unguéal. Ces signes incluent l'érythème longitudinal, la LF ou LM, les capillaires dilatés, les halos blancs péricapillaires, les TS, les taches rouges dans le lit unguéal ou la lunule, ainsi que l'ODBE. Ces anomalies reflètent l'angiogenèse inflammatoire, un mécanisme fondamental dans la physiopathologie du psoriasis. À l'inverse, les signes matriciels sont moins spécifiques, à l'exception des dépressions en dé à coudre (>10 par ongle) et de la trachyonychie.

Conclusion :

Notre analyse révèle que certains signes dermoscopiques très spécifiques peuvent former un tableau pathognomonique, faisant de la dermoscopie une alternative fiable et non invasive à la biopsie unguéale pour le diagnostic du PU.

Apport diagnostique de la dermoscopie dans la leishmaniose cutanée: étude prospective au CHU de Marrakech

M. HOUBAYELI; L. Bendaoud; S. Ait Seddik; N. Bourht; M. Aboudourib; O. Hocar; S. Amal
Service de dermatologie, CHU MOHAMED VI, Laboratoire bioscience et santé FMPM. Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc;

Introduction

La leishmaniose cutanée (LC) est une parasitose endémique au Maroc, caractérisée par une diversité clinique qui peut compliquer le diagnostic. La dermoscopie, méthode non invasive, s'impose comme un outil complémentaire en permettant d'identifier des structures spécifiques, utiles aussi bien pour le diagnostic que pour l'évaluation évolutive.

Méthodes

Nous avons conduit une étude prospective de janvier à juin 2025 au service de dermatologie du CHU Mohammed VI de Marrakech. Ont été inclus 42 patients présentant une LC confirmée cliniquement et parasitologiquement (frottis ou histologie). Les variables sociodémographiques, environnementales, cliniques, dermoscopiques et thérapeutiques ont été analysées de façon descriptive et corrélative.

Résultats

L'âge moyen des patients était de 42 ans (extrêmes 2–75 ans), avec une prédominance masculine (57 %). La majorité provenait de zones rurales (Chichaoua, Al Haouz, Ouarzazate). Un contact avec des animaux d'élevage était retrouvé dans plus de 60 % des cas et la proximité d'une zone boisée dans près de 70 %.

Cliniquement, les formes impétigoïdes dominaient (50 %), suivies du bouton d'orient (30 %), des formes sporotrichoïdes et de quelques formes cutanéo-muqueuses (≈9 %) et muqueuses (≈3 %). Les lésions siégeaient préférentiellement sur les membres (80 %), étaient souvent multiples, de taille moyenne 2–4 cm, et à type ulcéro-papulo-nodulaire.

L'examen dermoscopique objectivait un fond érythémateux (85 %), une hyperkératose (70 %), un white starburst pattern (65 %), une ulcération centrale (50 %), des vaisseaux irréguliers (45 %) et des larmes jaunes (35 %).

- Les formes impétigoïdes/humides étaient dominées par l'ulcération centrale et les larmes jaunes.
- Les formes bouton d'orient/sèches présentaient surtout un fond érythémateux et une hyperkératose.
- Les formes sporotrichoïdes/nodulaires montraient des vaisseaux atypiques linéaires ou arborisés.
- Les formes muqueuses se caractérisaient par des ulcérations profondes et des vaisseaux arborisés.

La chronicité influençait également le profil dermoscopique : les larmes jaunes dominaient dans les lésions récentes (<1 mois), le white starburst dans les formes intermédiaires (1–3 mois), et l'hyperkératose avec ulcérations croûteuses dans les formes chroniques (>3 mois). Sur le plan vasculaire, les vaisseaux observés étaient principalement linéaires irréguliers, suivis d'arborisés, ponctiformes ou polymorphes selon le stade évolutif.

Le traitement de première intention reposait sur l'antimoniate de méglumine (voie générale ou locale). L'association métronidazole–clarithromycine a été utilisée dans certains cas, et l'amphotéricine B liposomale réservée aux formes résistantes. L'évolution était favorable dans 85 % des cas, avec des effets indésirables minimes (lipasémie élevée, troubles digestifs).

Discussion

Cette étude met en évidence la diversité clinique de la LC dans notre région, avec une fréquence notable de formes atypiques. La dermoscopie a permis d'identifier des signes spécifiques (white starburst, larmes jaunes, vaisseaux atypiques), contribuant à distinguer les différentes présentations cliniques et à situer les lésions dans leur évolution temporelle. Ces observations rejoignent celles rapportées dans la littérature internationale et soulignent l'intérêt de la dermoscopie pour affiner le diagnostic différentiel avec d'autres dermatoses infectieuses ou tumorales. Ainsi, l'intégration systématique de la dermoscopie dans la pratique clinique au Maroc pourrait améliorer la précocité diagnostique, limiter les recours aux examens invasifs et optimiser la prise en charge thérapeutique.

Conclusion

La leishmaniose cutanée reste fréquente au CHU de Marrakech, avec un polymorphisme clinique important. La dermoscopie s'affirme comme un outil diagnostique fiable et complémentaire, permettant d'associer formes cliniques, chronicité et aspects morphologiques spécifiques. Son intégration en routine favorise un diagnostic plus précoce, réduit le recours à des explorations invasives et améliore la prise en charge thérapeutique des patients.

Dermoscopie de la leishmaniose cutanée : à propos de 18 cas et 36 lésions

Introduction

La leishmaniose cutanée est une anthropozoonose due à des protozoaires flagellés du genre Leishmania, transmise via un vecteur : le phlébotome. Elle est caractérisée par un grand polymorphisme clinique, et peut donc prêter à confusion avec plusieurs autres pathologies. La dermoscopie s'avère être un outil diagnostique non invasif et très intéressante dans l'évaluation des lésions de la leishmaniose cutanée.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective incluant tous les patients ayant consulté au service de dermatologie du CHU IBN SINA de Rabat, avec un diagnostic de leishmaniose confirmé sur frottis ou biopsie cutanée, menée sur une période allant de Septembre 2025 à Juillet 2025. Un examen dermoscopique a été pratiqué chez tous nos patients à l'aide d'un dermoscope (dermilte DL4 ou DL5).

Résultats

Nous avons colligé 18 patients avec 36 lésions. 72% étaient des femmes, et 28% des hommes. L'âge moyen des patients était de 32ans avec des extrêmes allant de 5ans à 76ans. 44,5% des patients provenaient du milieu rural ou avaient une notion de séjour en milieu rural avant l'apparition des lésions. Le diagnostic était confirmé sur frottis dans 67% des cas, et dans 33% des cas le recours à une biopsie cutanée était nécessaire pour confirmer le diagnostic. Les lésions siégeaient principalement au niveau du **visage (68 %),** suivies des **extrémités (32 %).** 55,5% des patients présentaient une lésion unique, et 44,5% des lésions multiples. Les aspects cliniques étaient représentés par la forme papulo-nodulaire dans 56% des cas, la forme ulcéro-crouteuse dans 28% des cas, la forme en plaque dans 11% des cas, et enfin la forme sporotrichoide dans seulement un cas.

La dermoscopie a montré un érythème dans toutes les lésions. Des squames jaunâtres ou blanchâtres étaient présentes dans 76,5% des lésions. Des aires jaunes orangées ou un aspect lupoïde étaient présentes dans 76,5% des cas. Une ulcération centrale était notée dans 68% des lésions. Des larmes jaunâtres étaient présentes dans 60% des lésions. L'aspect blanc étoilé était noté dans 62% des lésions. Les structures vasculaires étaient présentes dans 82% des lésions, les vaisseaux observés par ordre de fréquence étaient les vaisseaux linéaires irréguliers (73,5%), les vaisseaux en épingles à cheveux (60%), les vaisseaux glomérulaires ou en points (60%) et des vaisseaux arborescents (9%). Et enfin des rosettes étaient observées dans 14,7% des lésions

Discussion Notre étude confirme l'intérêt de la dermoscopie dans l'évaluation des lésions de leishmaniose cutanée, en mettant en évidence plusieurs éléments caractéristiques. L'érythème était constant dans toutes les lésions, ce qui rejoint les observations de Taheri et al. (2013), qui ont rapporté une vascularisation diffuse comme signe dermoscopique fréquent. Les **squames jaunâtres ou blanchâtres** observées dans 76,5 % des cas sont également bien décrites dans la littérature, souvent associées à la desquamation de surface liée au processus inflammatoire chronique. Les **aires jaune-orangé** (76,5 %), correspondant à l'infiltrat dermique granulomateux, sont un signe classique rapporté dans plusieurs études, notamment celle de Llambrich et al. (2009), qui les considèrent comme un indice utile au diagnostic différentiel avec d'autres dermatoses inflammatoires ou infectieuses. Les **structures vasculaires polymorphes**, notamment les **vaisseaux linéaires irréguliers** (73,5 %) et les **vaisseaux en épingles à cheveux** (60 %), sont similaires aux résultats de Zalaudek et al., qui ont souligné leur fréquence dans les lésions infectieuses chroniques. Les **vaisseaux glomérulaires** retrouvés dans 60 % des cas sont moins fréquemment décrits mais ont été notés dans certains cas avancés ou ulcérés. L'**aspect blanc étoilé** (62 %) est un signe relativement spécifique, attribué à la fibrose dermique, également rapporté par Yélamos et al. dans une étude rétrospective sur la dermoscopie des dermatoses infectieuses. Enfin, la présence de **rosettes** dans 14,7 % des lésions constitue un élément moins constant mais déjà décrit comme un signe accessoire dans les lésions kératinisées ou inflammatoires, bien qu'il ne soit pas spécifique à la leishmaniose.Ces résultats confirment que, bien que non pathognomoniques, certains éléments dermoscopiques peuvent fortement orienter vers le diagnostic de leishmaniose cutanée, surtout en zone endémique ou dans les formes cliniques atypiques. La comparaison avec la littérature montre une bonne concordance, renforçant la valeur de la dermoscopie comme outil diagnostique complémentaire.

Conclusion

La dermoscopie représente un outil utile dans l'approche diagnostique de la leishmaniose cutanée, permettant d'orienter rapidement le diagnostic en attendant la confirmation parasitologique. Elle peut également aider à différencier la leishmaniose d'autres dermatoses inflammatoires ou tumorales.

Lichen scléreux vulvaire débutant chez une fillette de 7 ans : apport de la dermoscopie dans le diagnostic différentiel avec le psoriasis et réponse favorable au tacrolimus topique

S.BARAZ, R.BABA, I.ANOUAR, M.AMRAOUI, Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA
Service de dermatologie vénérologie, Hopital militaire d'instruction Mohammed V RABAT

Introduction :

Le lichen scléreux (LS) est une dermatose inflammatoire chronique rare mais sous-diagnostiquée chez l'enfant, touchant préférentiellement la vulve. Il représente environ 15 % des cas diagnostiqués avant la puberté. Le diagnostic est souvent retardé en raison de la diversité des présentations cliniques, surtout aux stades précoces où les signes typiques comme la sclérose ou la dépigmentation peuvent être absents. Ce cas clinique illustre l'intérêt de la dermoscopie dans l'identification précoce du LS vulvaire et dans l'orientation du traitement.

Observation du cas :

Une fillette de 7 ans, sans antécédents particuliers, consulte pour une vulvite prurigineuse évoluant depuis plus d'un mois. Elle avait initialement été traitée sans succès pour une dermatite irritative, puis pour une candidose supposée. L'examen clinique retrouvait une plaque érythémateuse vulvaire bien limitée, sans sclérose ni atrophie évidente.

L'examen dermoscopique objectivait un fond érythémateux, des bouchons folliculaires, ainsi que des vaisseaux linéaires irréguliers, évoquant un LS vulvaire débutant. Un psoriasis vulvaire a été envisagé en diagnostic différentiel.

Le bilan étiologique (glycémie, TSH, anticorps antinucléaires) était normal. Un traitement par tacrolimus 0,03 % topique a été instauré, avec une amélioration notable du prurit et des lésions dès la troisième semaine.

Discussion :

Chez l'enfant, le LS vulvaire représente une entité diagnostique délicate. En l'absence de plaques blanches scléreuses ou de modifications anatomiques vulvaires (adhérences, fusion des petites lèvres), le diagnostic est souvent confondu avec des affections plus fréquentes telles que l'eczéma, les mycoses ou le psoriasis. La dermoscopie s'avère précieuse dans ces formes précoces : les bouchons kératosiques, les vaisseaux linéaires dispersés, et les zones blanchâtres discrètes sont des éléments orientant fortement vers un LS. Plusieurs études ont souligné l'utilité de la dermoscopie dans le diagnostic du LS génital pédiatrique, permettant d'éviter des biopsies parfois difficiles chez l'enfant. Le traitement repose classiquement sur les dermocorticoïdes de classe forte, mais l'utilisation du tacrolimus topique, bien que hors AMM, peut être une alternative efficace dans certaines situations, notamment en cas de crainte d'atrophie induite par les corticoïdes.

Conclusion :

Ce cas souligne l'importance d'évoquer un lichen scléreux vulvaire chez la fillette devant toute vulvite inflammatoire persistante, même sans lésions typiques. La dermoscopie constitue un outil diagnostique non invasif d'une grande aide dans les formes débutantes. Le tacrolimus peut représenter une alternative thérapeutique efficace dans certains cas sélectionnés.

Syringome éruptif : intérêt diagnostique de la dermoscopie

S.BARAZ, R.BABA, I.ANOUAR, M.AMRAOUI, Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA
Service de dermatologie vénérologie, Hopital militaire d'instruction Mohammed V RABAT

Introduction & Objectifs :

Le syringome est une tumeur bénigne annexielle développée aux dépens des glandes sudoripares eccrines. Il se présente habituellement sous forme de petites papules fermes, asymptomatiques, localisées en région périorbitaire. Le syringome éruptif constitue une forme rare caractérisée par l'apparition rapide de multiples lésions, souvent par poussées successives, pouvant toucher le tronc, le cou et les extrémités. Sa présentation clinique peut prêter à confusion avec d'autres dermatoses papuleuses, ce qui rend l'apport d'outils non invasifs comme la dermoscopie particulièrement précieux pour affiner le diagnostic. Nous rapportons un cas de syringome éruptif chez une patiente, en insistant sur ses caractéristiques dermoscopiques et leurs corrélations histologiques.

Cas clinique :

Il s'agit d'une patiente de 59 ans, sans antécédents personnels ou familiaux dermatologiques ou systémiques, présentant depuis dix ans des papules asymptomatiques, non prurigineuses, apparues initialement sur le tronc puis progressivement étendues au visage et au cou par poussées successives. L'examen clinique retrouvait de multiples papules fermes, brunâtres, de tailles variables, à surface légèrement kératosique. La dermoscopie en lumière polarisée montrait un fin réseau brun clair réticulé sur un fond brun clair, correspondant histologiquement à une mélanose basale associée à un stroma fibreux. De petites zones brun clair et rouges dispersées étaient visibles, traduisant une hyperpigmentation épidermique et la présence de structures vasculaires sous-jacentes. L'élément le plus caractéristique était la présence de structures arrondies jaune-blanchâtres scintillantes, correspondant probablement à des canaux eccrines kératinisés dans le derme. L'histologie confirmait le diagnostic en mettant en évidence des structures canalaires en virgule au sein d'un stroma fibreux.

Discussion :

La dermoscopie a été déterminante dans ce cas en permettant d'identifier des éléments clés spécifiques du syringome éruptif. Les observations dermoscopiques, confirmées par l'analyse histologique, ont permis d'exclure d'autres diagnostics différentiels tels que le lichen plan, les xanthomes éruptifs ou la mucinose papuleuse. Le caractère bénin et asymptomatique des lésions a conduit à une abstention thérapeutique et à une simple surveillance.

Conclusion :

La dermoscopie joue un rôle central dans le diagnostic du syringome éruptif en révélant des motifs caractéristiques, notamment l'association d'un réseau brun fin réticulé, de structures canalaires jaune-blanchâtres et d'éléments vasculaires discrets. Elle permet ainsi un diagnostic plus précoce, réduit le recours aux biopsies inutiles et facilite une prise en charge adaptée.

Syndrome de Vogt-Koyanagi-Harada : L'importance d'écouter la peau pour sauver la vue

W BOUDI ; Y FARAI ; S EL MELLOUKI M. EL AMRAOUI; R. Frikh[1]; N. Hjira[1]

Introduction

Le syndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) est une maladie auto-immune rare qui cible les tissus riches en mélanocytes : yeux, méninges, peau et oreille interne. Souvent, les premiers signes passent inaperçus. Les identifier rapidement est essentiel pour éviter des complications oculaires graves. Ce récit illustre comment une consultation dermatologique pour vitiligo a conduit au diagnostic d'un VKH débutant, permettant une prise en charge salvatrice.

Cas clinique

Mme A., 54 ans, suivie pour un diabète de type 2 équilibré par antidiabétiques oraux, consulte pour l'apparition progressive de taches dépigmentées sur le visage et le tronc. Lors de l'entretien, elle mentionne une vision floue bilatérale depuis quelques jours, une photophobie marquée et des céphalées frontales. À l'examen, on note les zones de vitiligo ainsi qu'un discret syndrome méningé. Compte tenu de ce tableau, un avis ophtalmologique urgent est demandé.

L'examen ophtalmologique révèle une uvéite postérieure bilatérale avec œdème papillaire, décollement séreux de la rétine à l'OCT et signes de choroïdite multifocale. La ponction lombaire met en évidence une pléiocytose lymphocytaire modérée. Les sérologies infectieuses sont négatives et le typage HLA retrouve un HLA-DR4 positif. Le diagnostic de syndrome de Vogt-Koyanagi-Harada est alors confirmé.

Un traitement par corticoïdes à forte dose est instauré rapidement (bolus de méthylprednisolone suivi d'un relais oral), entraînant une amélioration progressive de l'acuité visuelle. En parallèle, le traitement du diabète est ajusté afin de limiter le risque de déséquilibre glycémique lié à la corticothérapie.

Discussion

Le VKH évolue typiquement en trois phases : une phase prodromique avec symptômes pseudo-grippaux, une phase oculaire avec uvéite bilatérale, et une phase de dépigmentation cutanée. Dans ce cas, la dépigmentation a été le premier signe visible, ce qui a permis de déclencher un interrogatoire ciblé et une orientation rapide vers l'ophtalmologie. Ce scénario souligne l'importance d'une approche interdisciplinaire et d'une écoute attentive des plaintes du patient, même lorsqu'elles semblent périphériques au motif principal de consultation.

Conclusion

Ce cas met en lumière le rôle clé de la collaboration entre dermatologues et ophtalmologistes dans le diagnostic précoce de maladies systémiques rares comme le VKH. Un vitiligo récent associé à des troubles visuels doit alerter sur la possibilité d'une atteinte auto-immune plus globale. Une prise en charge rapide et coordonnée peut préserver la vision et améliorer le pronostic global.

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 de Marrakech,Maroc.
Laboratoire bioscience ,Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech ,Université Cadi Ayyad University,Marrakech

Introduction

Le pemphigus est une maladie bulleuse auto-immune intra épidermique qui peut affecter la peau et /ou les muqueuses. L'atteinte du cuir chevelu est fréquente en raison de la forte présence des desmogléines dans le follicule pileux. 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 et établir leur corrélation avec la gravité de la maladie.

Matériel et Méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive prospective incluant 62 patients avec un diagnostic confirmé de pemphigus sur une période de 9mois allant de juin 2024 à fevrier 2025. Une trichoscopie des lésions du cuir chevelu a été réalisée à l'aide d'un dermoscope DL4ou DL5 et deux 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 inferieur a 0,05.

Observation

L'âge moyen des patients était de 52 ans et 76,4 % des cas étaient des femmes.

Trente-huit patients ont été diagnostiqués comme pemphigus superficiel (PS) et 24patients comme pemphigus vulgaire(PV). Des signes fonctionnels ont été observé chez 61% de nos patients , fait de prurit(58%), chute de cheveux(21,5%)et trichodynie (12,8%).

Les signes trichoscopiques les plus fréquemment observés :l'érythème (65,6%) ,les squames blanchâtres(54,8%),l'hyperkératose folliculaire(48,2%), les croûtes jaunes hémorragiques(38,7%), les vaisseaux(39,2%), les squames jaunâtres(37,2%), les gaines coulissantes(17,4%).

Dans le PV, les croûtes jaunes hémorragique ,les vaisseaux polymorphes, les extravasations sont les plus fréquemment observées.

En revanche, le PS se caractérisait par l'érythème ,les squames blanchâtres, l'hyperkératose folliculaire, les gaines coulissantes .

La majorité de nos patients avait un PDAI modéré. Les croûtes jaunes hémorragiques, les squames jaunâtres les extravasations les gaines coulissantes et les vaisseaux polymorphes étaient associés avec un PDAI élevé.

Discussion

Le pemphigus est une dermatose bulleuse autoimmune 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 et à differencier entre PV et PS[1]

Des études uni et multivariés ont montré que la présence d'extravasations constitue le signe dermoscopique le plus fréquemment retrouvé dans le PV suivies par les croûtes jaunes hémorragiques et les vaisseaux polymorphes. Les squames blanchâtres,l'hyperkératose périfolliculaire , les gaines coulissantes et les vaisseaux en point sont les signes dermoscopiques les plus frequemment observés dans le PS.

Les croutes jaunes hémorragique,les vaisseaux polymorphes et les structures polygonales blanchatre etaient associés à un score PDAI élevé

Ainsi, la trichoscopie permet de différencier les types du pemphigus en fonction de la profondeur des lésions et [2]

Conclusion

La trichoscopie peut aider au diagnostic clinique des lésions du cuir chevelu du pemphigus, et de differencier entre les types de pemphigus .

Ultraviolet dermoscopy in the evaluation of vitiligo associated with Sutton's nevi: a rare case report

Kaoutar Benchekroun, Ouiame El Jouari. Salim Gallouj

Abstract

Sutton's nevus, or halo nevus, is a benign melanocytic lesion characterized by a depigmented halo surrounding a pigmented nevus. Although benign, this phenomenon is clinically relevant due to its occasional association with autoimmune conditions, particularly vitiligo. We report the case of a 33-year-old woman presenting with two thoraco-abdominal halo nevi associated with vitiligo patches. Conventional dermoscopy and, more importantly, ultraviolet dermoscopy (UV dermoscopy) allowed precise delineation of the achromic lesions and confirmed their nature. This case highlights the diagnostic value of UV dermoscopy in the evaluation of pigmentary disorders.

Keywords

Vitiligo; Sutton's nevus ; Halo nevus; Dermoscopy; Ultraviolet dermoscopy; Wood's lamp

Introduction

Sutton's nevus, also known as halo nevus, is a benign melanocytic lesion surrounded by a characteristic depigmented halo. It is considered an example of immune-mediated melanocyte destruction. While usually benign and self-limited, halo nevi may occasionally be associated with autoimmune diseases, especially vitiligo, an acquired depigmenting disorder characterized by progressive loss of epidermal melanocytes [1–3].

Conventional dermoscopy is a well-established tool for analyzing melanocytic lesions and assessing the depigmented halo. More recently, ultraviolet dermoscopy (UV dermoscopy), derived from Wood's lamp examination, has been introduced as a complementary technique. By enhancing the contrast between normal skin and achromic areas, it improves the visualization of pigmentary changes, particularly in vitiligo and halo nevi [4,5]. We present a rare case of vitiligo associated with two Sutton's nevi on the thoraco-abdominal region, highlighting the role of UV dermoscopy in diagnosis.

Case Report A 33-year-old woman, with a history of type 2 diabetes treated with oral agents and hypercholesterolemia on statins, presented with newly developed depigmented lesions. No personal or family history of vitiligo or autoimmune disease was reported.

Clinical examination revealed multiple well-demarcated achromic macules on the right axilla and thoracic region, consistent with vitiligo (Figure 1). Two additional macules were observed on the right breast and right inguinal region, confirming disseminated vitiligo.

Two pigmented nevi were noted: one on the lower outer quadrant of the left breast and another on the left hypochondrium, both surrounded by regular depigmented halos, consistent with Sutton's nevi (Figure 1).

Wood's lamp examination highlighted the depigmented halos and vitiligo patches with bright whitish fluorescence (Figures 2, 3).

Dermoscopy of the breast nevus showed homogeneous light-brown pigmentation with a sharply demarcated achromic halo under white light, while ultraviolet dermoscopy (UV) enhanced the contrast between the pigmented center and the fluorescent halo (Figure 4). The hypochondrial nevus displayed homogeneous brown-black pigmentation with a subtle halo under white light, which appeared more distinct under UV dermoscopy as a bright whitish ring contrasting with the surrounding skin (Figure 5).

These features were consistent with benign Sutton's nevi associated with vitiligo, without atypical findings suggestive of melanoma.

Discussion

Halo nevus occurs in approximately 1% of the general population, most frequently in children and young adults [6]. Although uncommon, its association with vitiligo has been reported in clinical series [1–3]. In a pediatric retrospective study, nearly 20% of children with halo nevi developed vitiligo during follow-up [3]. Other authors have described generalized vitiligo following the eruption of multiple halo nevi [2,7]. The pathogenesis of both conditions involves immune-mediated melanocyte destruction. In halo nevus, CD8+ lymphocytic infiltration targets intralesional and perilesional melanocytes [8]. Similarly, in vitiligo, melanocytes are destroyed by cytotoxic T lymphocytes, oxidative stress, and autoantibodies [9]. The coexistence of the two conditions suggests a shared autoimmune susceptibility.

Conventional dermoscopy of halo nevus typically shows a homogeneous central pigmentation without atypical network, surrounded by a symmetric depigmented halo [10]. This helps differentiate benign halo nevi from regressing melanoma, which remains a key differential diagnosis.

UV dermoscopy represents a recent advance, enhancing the visualization of achromic areas. By amplifying the contrast between lesional and normal skin, it improves detection and mapping of depigmented lesions. A recent systematic review emphasized its growing role in both neoplastic and non-neoplastic dermatoses, including vitiligo [5]. In our patient, UV dermoscopy confirmed the depigmented nature of vitiligo patches and provided optimal delineation of the two Sutton's nevi halos. The differential diagnosis includes regressing melanoma, post-inflammatory hypopigmentation, and superficial hypochromic dermatoses such as pityriasis versicolor. The concordance of clinical findings, conventional dermoscopy, and UV dermoscopy strongly supported the diagnosis of halo nevi associated with vitiligo.

Conclusion

We describe a rare case of vitiligo associated with two Sutton's nevi located on the thoraco-abdominal region. UV dermoscopy provided superior visualization and delineation of depigmented halos and vitiligo patches, highlighting its diagnostic value in pigmentary disorders. This complementary tool should be considered in routine dermatological practice for the assessment of such associations.

References

1. Stierman SC, Tierney EP, et al. Halo congenital nevocellular nevi associated with extralesional vitiligo: a case series with review of the literature. Pediatr Dermatol. 2009;26(5):587-592. doi:10.1111/j.1525-1470.2009.00938.x
2. Brandt O, Christophers E, Fölster-Holst R. Halo dermatitis followed by the development of vitiligo associated with Sutton's nevi. J Am Acad Dermatol. 2005;52(2):273-278. doi:10.1016/j.jaad.2004.09.030
3. Patrizi A, Bentivogli M, Raone B, et al. Association of halo nevus/i and vitiligo in childhood: a retrospective observational study. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2013;27(1):91-96. doi:10.1111/j.1468-3083.2012.04504.x
4. Kamińska-Winciorek G, Szymszal J. Dermoscopy of halo nevus in own observation. Adv Dermatol Allergol. 2014;31(2):79-83. doi:10.5114/pdia.2014.40674
5. Pietkiewicz P, Navarrete-Dechent C, Togawa Y, et al. Applications of ultraviolet and sub-ultraviolet dermatoscopy in neoplastic and non-neoplastic dermatoses: a systematic review. Dermatol Ther (Heidelb). 2024;14(1):105-120. doi:10.1007/s13555-024-01104-4
6. Di Stefani A, Kolm I, Hofmann-Wellenhof R, et al. Dermoscopy patterns of halo nevi. Arch Dermatol. 2006;142(12):1627-1632. doi:10.1001/archderm.142.12.1627
7. Lorentzen HF. Eruptive halo naevi: A possible indicator of malignant disease in post-adolescent patients. Acta Derm Venereol. 2020;100(15):adv00128. doi:10.2340/00015555-3495
8. Iyengar B. Halo nevus – The vascular connection. Pigmentary Disorders. 2015;2(9):1-4.
9. Haynes D, Strunck JL, Said J, et al. Association between halo nevi and melanoma in adults: a multicenter retrospective case series. J Am Acad Dermatol. 2021;85(5):1180-1186. doi:10.1016/j.jaad.2021.06.005
10. Bishnoi A, Parsad D. Halo nevus, leucotrichia and mucosal vitiligo. In: Parsad D, ed. Vitiligo. Springer; 2019:121-130. doi:10.1007/978-3-319-62960-5_9

Un cas de lichen érosif buccal traité par LED (Photobiomodulation par lumière émise par diode)

S.JEBBOUJE[1], Fz. BENHAYOUN[1], F. El FETOIKI [1], H. RACHADI[1], B.BAGHAD[1], S.CHIHEB[1]
[1] *Service de dermatologie vénérologie, CHU Ibn Rochd Casablanca*

Introduction

Le lichen plan érosif buccal est une forme chronique et douloureuse de lichen plan, caractérisée par des érosions et ulcérations de la muqueuse orale. Le traitement de cette affection est difficile, et surtout des cas réfractaires aux traitements conventionnels. La photobiomodulation par LED (lumière rouge) émerge comme une approche thérapeutique non invasive, peu coûteuse et prometteuse.

Observation

Une patiente de 67 ans, sans antécédents médicaux notables, présentant depuis plusieurs mois des douleurs buccales intenses, exacerbées par l'alimentation. L'examen clinique objectivait des érosions à fond érythémateux bordées de stries blanches caractéristiques, localisées au niveau des muqueuses jugales bilatérales, le palais et de la face dorsale de la langue. Le tégument cutané était intact. Le diagnostic de lichen plan érosif buccal a été confirmé par l'histologie.

Devant la persistance des symptômes malgré un traitement conventionnel à base de corticoïdes topiques forts (clobétasol), une photobiomodulation par LED rouge (660 nm) a été initiée. Le protocole consistait en des séances bihebdomadaires de 10 minutes pendant 4 semaines.

Une amélioration significative de la symptomatologie douloureuse a été observée dès la deuxième semaine, avec disparition complète des érosions au terme du traitement. Le DLQI était amélioré. Aucune récidive n'a été notée après 3 mois de suivi. La tolérance était excellente, sans effets secondaires.

Discussion

Le lichen érosif buccal est une forme douloureuse et chronique, souvent résistante aux traitements classiques comme les corticoïdes topiques. La photobiomodulation par LED rouge (660 nm) constitue une alternative innovante grâce à ses propriétés anti-inflammatoires et cicatrisantes. Dans ce cas, elle a permis une amélioration rapide des lésions et des douleurs, sans effets secondaires. Bien que prometteuse, cette approche nécessite encore des études cliniques à plus large échelle pour valider son efficacité et standardiser les protocoles.

Conclusion

Notre observation souligne l'importance de la LED comme traitement adjuvant dans la prise en charge thérapeutique du lichen érosif buccale.

DERMATOLOGIE PEDIATRIQUE ET GÉNODERMATOSE

Lichen scléreux pédiatrique extragénital : présentation atypique

R.MALOW - M.ELAMRAOUI - H. HASSAN - A.MOUSSA - R.FERIKH-N. HEJIRA
Service de dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat

Introduction : Le lichen scléreux (LS) est une dermatose inflammatoire chronique et fibrosante, décrite pour la première fois par Hallopeau en 1887. Il présente un net tropisme pour les muqueuses génitales, qui constituent sa localisation la plus fréquente. L'atteinte cutanée extragénitale est beaucoup plus rare, représentant environ 2 à 3 % des cas. Les formes extragénitales isolées chez l'enfant sont particulièrement rare. Nous rapportons un cas pédiatrique de lichen scléreux, localisé exclusivement à la région cervicale, évoluant depuis plusieurs années.

Observation : Patiente âgée de 13 ans, sans antécédents pathologiques notables, consultant pour une lésion blanchâtre et atrophiante, localisée au niveau cervical droit, modérément prurigineuse, évoluant depuis 5 ans. L'examen clinique retrouvait une plaque unique, linéaire et arciforme, de couleur blanc nacré. La surface cutanée était fine et atrophique, avec un centre blanc ivoire, bordé d'une zone brunâtre post-inflammatoire. Il n'y avait pas d'érythème, de desquamation ni d'infiltration. Le reste de l'examen cutanéo-muqueux et général était normal. L'étude histologique montrait un épiderme atrophique, siège par endroits d'une hyperkératose orthokératosique. Le derme superficiel était épaissi par une bande hyaline, associée à un infiltrat inflammatoire lymphoplasmocytaire. Le diagnostic de lichen scléro-atrophique extragénital a été retenu. Un bilan biologique, réalisé afin d'éliminer une pathologie auto-immune associée, est revenu négatif. Un traitement par dermocorticoïdes topiques et émollients a été instauré, avec une nette amélioration clinique.

Discussion : Le lichen scléreux (LS) pédiatrique est peu fréquent. Les formes extragénitales isolées sont beaucoup plus rares, touchant environ 2 à 6 % des enfants atteints. Sur le plan physiopathologique, le LS est considéré comme une dermatose inflammatoire et fibrosante d'origine auto-immune probable, parfois associée à d'autres maladies auto-immunes (thyroïdite, vitiligo, diabète), bien que notre patiente n'en présentait aucune. Les localisations décrites sont principalement les membres et le tronc, mais des atteintes cervicales ou faciales isolées ont également été rapportées, bien que de manière exceptionnelle. Certaines observations montrent une disposition linéaire ou arciforme, pouvant mimer un lichen strié ou une morphée, rendant le diagnostic clinique difficile. L'histologie demeure l'élément clé, confirmant le caractère scléreux et inflammatoire de la lésion. Contrairement aux formes génitales, les localisations extragénitales isolées ne sont pas associées à un risque de transformation maligne, mais elles peuvent persister plusieurs années, avec un retentissement esthétique et psychologique non négligeable. Le traitement repose sur les dermocorticoïdes de classe forte, généralement efficaces, bien que certains cas nécessitent une prise en charge prolongée. Notre observation rejoint ces données en illustrant une présentation cervicale atypique, confirmée histologiquement, avec une bonne réponse au traitement.

Conclusion : Le LS extragénital pédiatrique est une entité rare mais importante à reconnaître. Notre observation cervicale illustre la diversité clinique de cette pathologie. L'histologie reste indispensable pour confirmer la nature scléreuse et inflammatoire des lésions. Bien que ces formes ne présentent pas de risque malin, elles peuvent persister et entraîner un impact esthétique et psychologique. Une reconnaissance précoce permet d'éviter les erreurs diagnostiques et d'instaurer une prise en charge efficace, même dans des formes rares.

Acrodermatite entéropathique acquise à zincémie normale chez un nourrisson : un diagnostic clinique avant tout

H. Mansouri , L. Bendaoud, S. Serghini, M. Aboudourib ,O. Hocar, S. Amal
Dermatologie vénérologie, CHU Mohammed VI, Laboratoire bioscience, Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, Marrakech, Maroc.

Introduction :

L'acrodermatite entéropathique (AE) est une dermatose rare liée à un trouble du métabolisme du zinc, classiquement caractérisée par une triade : dermatite acrale et péri orificielle, alopécie et diarrhée. Si la forme congénitale résulte de mutations génétiques affectant l'absorption du zinc, des formes acquises peuvent survenir chez les nourrissons prématurés, allaités exclusivement, ou souffrant de malnutrition ou de maladies systémiques. Le diagnostic repose habituellement sur un taux sérique de zinc abaissé, bien qu'un taux normal ne permette pas d'exclure formellement l'atteinte. Ce cas illustre une présentation possible d'AE acquise chez un nourrisson avec une zincémie normale.

Observation :

Un nourrisson de sexe masculin, âgé de 2 mois, suivi pour un rhabdomyosarcome abdomino-pelvien, a été adressé pour des lésions érosives douloureuses de la région périanale, évoluant depuis un mois. L'examen clinique a mis en évidence deux plaques érythémateuses érosives, bien limitées, au niveau périanal. Il n'y avait ni alopécie ni diarrhée. Le bilan biologique montrait un Zinc sérique à1,16 mg/L (normes : 0,6–1,50 mg/L). Malgré une zincémie normale, l'aspect clinique était fortement évocateur d'une acrodermatite entéropathique. Un traitement empirique par supplémentation en zinc (1 mg/kg/j) a été initié, en complément de soins locaux et d'un régime hypercalorique et hyper-protéiné. Une amélioration rapide des lésions a été observée en quelques jours après l'instauration du traitement.

Discussion :

La zincémie, bien qu'utilisée pour diagnostiquer une carence en zinc, peut être trompeuse, notamment en cas d'inflammation, d'hypoalbuminémie ou de pathologie systémique. Le zinc peut être redistribué dans le foie ou mal transporté vers les tissus, donnant des taux sériques faussement normaux. Comme elle ne reflète qu'une infime part du zinc total corporel, la zincémie peut ne pas correspondre à l'état réel du patient. Dans ce cas, la présentation clinique et la réponse rapide au traitement ont permis de confirmer une acrodermatite entéropathique acquise, malgré une zincémie normale. Ce tableau s'apparente à une «pseudo-acrodermatite entéropathique », dont le diagnostic repose sur la clinique et l'évolution sous traitement.

Conclusion :

Ce cas illustre qu'une acrodermatite entéropathique peut survenir malgré une zincémie normale, en particulier chez les nourrissons atteints de pathologies systémiques. Ainsi, en présence d'un tableau compatible, une épreuve thérapeutique par zinc est justifiée et peut permettre un diagnostic et une prise en charge précoces.

Poster: Lupus aigu pédiatrique simulant une varicelle compliquée de cellulite orbitaire : un piège diagnostique

R.Boufetama,K.Diaa,N.Ammar,S.Hamada,N.Ismaili,L.Benzekri,,M.Meziane Centre Hospitalier Universitaire Ibn Sina, Service de Dermatologie, Rabat, Maroc

Introduction : Chez l'enfant, le lupus érythémateux systémique constitue un simulateur clinique redoutable, capable d'imiter les infections virales ou bactériennes les plus banales. Lorsqu'il débute par des manifestations cutanéo-muqueuses isolées, sans atteinte viscérale manifeste, il peut être facilement confondu avec des affections bénignes, retardant le diagnostic. Nous rapportons un cas de lupus aigu pédiatrique ayant simulé une varicelle compliquée d'une cellulite orbitaire, illustrant un piège diagnostique classique mais redoutable. Ce cas met en évidence la nécessité d'un haut degré de suspicion devant toute éruption fébrile atypique.

Observation clinique Une fille de 12 ans, sans antécédents particuliers, a été admise pour une éruption fébrile évoluant depuis douze jours. L'éruption, initialement faciale, s'est étendue au tronc et aux membres supérieurs. Un traitement ambulatoire par amoxicilline-acide clavulanique et antihistaminiques avait été prescrit sans amélioration. L'évolution était marquée par un œdème facial et palpébral bilatéral, associé à une fièvre à 38,5 °C. L'examen retrouvait un érythème malaire surmonté de vésicules et de croûtes mélicériques, des lésions en cocarde au tronc et au dos, des purpura confluents aux membres, une pulpité digitale, ainsi que des érosions buccales avec chéilite. Des adénopathies cervicales bilatérales douloureuses étaient également présentes. Le bilan biologique montrait une pancytopénie (Hb : 10 g/dL, GB : 3400/mm³, plaquettes : 99 000/mm³). La TDM cervico-faciale révélait une cellulite orbitaire préseptale bilatérale (stade 1 de Chandler), sans collection individualisée. L'examen ophtalmologique était normal à gauche, difficilement réalisable à droite en raison de l'œdème. Devant l'évolution atypique et l'absence de réponse au traitement anti-infectieux, un bilan auto-immun a été réalisé, révélant des anticorps antinucléaires (ANA) et anti-ADN natif positifs. La biopsie cutanée et l'immunofluorescence directe étaient compatibles avec un lupus érythémateux aigu.

Discussion Le lupus érythémateux systémique pédiatrique, bien que rare, représente un défi diagnostique majeur en raison de ses présentations inaugurales trompeuses. À l'âge pédiatrique, l'expression clinique peut être dominée par des signes cutanéo-muqueux isolés, mimant des affections infectieuses fréquentes, ce qui expose au risque d'un retard de prise en charge. Notre observation met en lumière une situation particulièrement piégeuse où le lupus aigu s'est manifesté par une éruption vésiculo-croûteuse évoquant une varicelle et un œdème orbitaire suggérant une cellulite préseptale bilatérale. Cette double fausse piste diagnostique souligne la capacité du lupus à se dissimuler derrière des tableaux apparemment bénins, surtout en l'absence de signes systémiques évidents. Ce cas rappelle l'importance, pour le clinicien, de ne pas s'arrêter à l'évidence infectieuse face à une éruption fébrile atypique, en particulier si elle s'accompagne d'anomalies hématologiques ou muqueuses.La reconnaissance précoce de signes subtils, tels que la pulpité digitale, les lésions purpuriques confluentes ou les érosions buccales combinées à un bilan immunologique ciblé, permet de réorienter rapidement vers une étiologie auto-immune.

Conclusion

Le lupus érythémateux de l'enfant peut prendre des formes inaugurales trompeuses, empruntant les traits de pathologies infectieuses courantes. Ce cas souligne la nécessité d'une vigilance clinique accrue face à toute éruption fébrile inhabituelle, afin de limiter les retards diagnostiques et d'orienter rapidement vers une prise en charge spécialisée.

Candidose Mucocutanée Chronique chez un Enfant avec Mutation du gène STAT1 : A propos d'un cas

Résumé :
Nous décrivons le cas d'un enfant de 12 ans atteint de candidose mucocutanée chronique liée à une mutation *gain de fonction* (GOF) du gène **STAT1**. Depuis la petite enfance, il présentait des infections fongiques récidivantes et résistantes aux antifongiques, associées à des atteintes cutanées et unguéales multiples. Le diagnostic génétique a confirmé la présence d'une mutation STAT1 GOF. Le patient a bénéficié d'un traitement par immunoglobulines intraveineuses (IgIV) et d'une prophylaxie antifongique, avec une amélioration clinique partielle. Ce cas souligne la nécessité d'évoquer une anomalie génétique de l'immunité chez les enfants présentant des infections fongiques chroniques et difficiles à contrôler, notamment dans les pays à ressources limitées.

Observation clinique :
Le patient, issu de parents non consanguins, a présenté dès l'âge de 4 mois une candidose buccale récurrente, suivie d'infections unguéales et d'un intertrigo. À 7 mois, il a développé une lymphadénite au site d'injection du BCG, confirmée histologiquement comme tuberculose, et traitée avec succès. L'évolution a été marquée par de multiples épisodes de candidose cutanée et muqueuse, d'herpès gingivostomatite et deux épisodes de zona (à 1 et 5 ans).

À l'examen, on notait une xanthonychie, une alopécie avec desquamation, une folliculite faciale et une blépharite bilatérale. Les cultures mycologiques isolaient *Candida albicans*. Le bilan biologique retrouvait une anémie normocytaire, des IgE élevées (649 UI/mL) et un immunophénotypage lymphocytaire montrant une élévation des sous-populations T et B. Le séquençage génétique a identifié une mutation hétérozygote GOF de STAT1.

Prise en charge et évolution :
Le patient a été traité par perfusions mensuelles d'IgIV et par une prophylaxie antifongique, avec une amélioration partielle des lésions. Malgré ces mesures, les rechutes persistaient, traduisant le caractère chronique et difficilement contrôlable de la maladie.

Discussion :
Les mutations GOF de STAT1 entraînent un défaut de la voie de l'IL-17, prédisposant à des infections fongiques chroniques. Le diagnostic repose sur la suspicion clinique devant des infections récidivantes résistantes, confirmé par l'analyse génétique. Dans les pays à ressources limitées, l'accès restreint au séquençage retarde souvent la prise en charge.

Conclusion :
La CMC secondaire à une mutation GOF de STAT1 représente une cause rare mais importante d'immunodéficience pédiatrique. Ce cas illustre la nécessité d'un diagnostic précoce et d'une approche thérapeutique multidisciplinaire pour limiter les complications et améliorer le pronostic.

Consultations dermatologiques pédiatriques : étude descriptive de 120 cas hospitaliers

F. EL GUENNOUNI, M.EL AMRAOUI, R. FRIKH, N. HJIRA

Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat

Introduction

La dermatologie pédiatrique occupe une part importante des consultations dermatologiques du fait de la visibilité des lésions cutanées et de leur retentissement sur la qualité de vie. Cette étude vise à décrire le profil épidémiologique et clinique des enfants consultant en dermatologie, afin d'orienter la planification des soins.

Matériels et méthodes

Une étude rétrospective descriptive a été réalisée sur une période de trois mois. Ont été inclus tous les patients âgés de 2 mois à 15 ans ayant consulté pour motif dermatologique. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et comprenaient l'âge, le sexe et le diagnostic clinique. L'analyse statistique a permis d'identifier les affections les plus fréquentes.

Résultats

Un total de 120 enfants a été inclus, avec un âge médian de 8 ans (extrêmes : 4 à 12 ans) et un sex-ratio équilibré. Les enfants d'âge scolaire (6-12 ans) représentaient 39,8 % de l'échantillon. Les dermatoses inflammatoires étaient prédominantes (36,1 %), dominées par la dermatite atopique (19,3 %), suivies du psoriasis (4,2 %). Les pathologies infectieuses représentaient 16 %, principalement la gale, les exanthèmes viraux et les dermatophyties. Les atteintes des annexes cutanées (8,4 %), les dermatoses tumorales et auto-immunes (7,6 % chacune) complétaient le spectre. Les affections chroniques représentaient 69,7 % des motifs de consultation.

Discussion

La prépondérance des dermatoses inflammatoires contraste avec les données de certains pays africains, où les infections prédominent en dermatopédiatrie. La forte proportion d'affections chroniques souligne le besoin d'un suivi régulier et d'une meilleure organisation des soins infantiles. La prévention des infections transmissibles en milieu scolaire apparaît également prioritaire.

Conclusion

Cette étude fournit une cartographie utile des motifs de consultation dermatologique pédiatrique, avec une prédominance des dermatoses chroniques inflammatoires. Elle incite à adapter les politiques de santé aux besoins spécifiques des enfants, en intégrant prévention, suivi et éducation parentale.

Midline Neck Mass in a Child: Diagnostic Contribution of Dermoscopy in a Case of Thyroglossal Duct Cyst

M. EL MOUSTAOUI[1], H. EL HASSANI TAIB[1], M. CHAOUQI[1], N.AMMAR[1], S. HAMADA[1], M. MEZIANE[1] ,N.ISMAILI[1], L. BENZEKRI[1]

[1] Department of Dermatology, Ibn Sina University Hospital Center, Rabat, Morocco

Introduction:

Thyroglossal duct cyst (TGDC) is the most common congenital cervical anomaly in children. It typically presents as a midline neck mass that moves with swallowing and tongue protrusion. However, its clinical presentation may sometimes mimic other benign or vascular lesions.

Case report:

A 6-year-old girl with no past medical history presented to our dermatology department for evaluation of a slowly growing anterior neck lesion. The nodule had been present for several months, was painless, and had not changed significantly in size or appearance recently.

Clinical examination revealed a midline cervical nodule, firm in consistency, measuring approximately 1.5 cm in diameter, and covered by slightly erythematous skin. The lesion was mobile with swallowing and tongue protrusion, without signs of local inflammation or discharge. There were no cervical lymphadenopathies.

A thyroid ultrasound confirmed the presence of a normal thyroid gland in its usual location, with no ectopic tissue or associated anomalies.

Dermoscopy of the lesion revealed a homogeneous orange background and arborizing telangiectatic vessels, suggesting a cystic or vascular lesion with a benign nature.

Surgical excision of the mass was performed, and histopathological examination confirmed the diagnosis of a thyroglossal duct cyst, lined by pseudostratified columnar epithelium with surrounding fibrous tissue and no signs of malignancy.

The postoperative course was uneventful, with complete healing and no recurrence during follow-up.

Discussion:

The thyroglossal duct extends from the foramen cecum—located at the junction of the anterior two-thirds and posterior third of the tongue—to the embryonic site of the thyroid gland. Normally, it involutes by the 5th week of embryonic development [1]. Failure of this involution and atrophy results in persistence of thyroglossal duct remnants or cysts, most commonly located at the level of the hyoid bone. However, a thyroglossal cyst can develop anywhere along the duct's course [1].

Thyroglossal cysts represent the most frequent congenital neck mass, occurring in approximately 7% of the population [2]. Classically, they present as a midline, non-tender, palpable mass that moves during swallowing and elevates with tongue protrusion. These cysts usually measure 2–4 cm in diameter and tend to enlarge gradually, though they may increase rapidly in size following an upper respiratory tract infection [3].

Although thyroglossal duct cysts (TDCs) are often diagnosed in children, at least half of cases present during the second decade of life, and some may appear even later in adulthood [4]. The vast majority are benign, although about 1% may undergo malignant transformation [5]. In terms of location, 80% occur in the infrahyoid region, 8% above the hyoid, 5% in the suprasternal region, and only 1–2% at the base of the tongue [6]. Potential complications include infection, rupture, and recurrence. Spontaneous rupture can lead to a draining sinus, often misnamed a thyroglossal fistula.

Dermoscopy, although not commonly used for cervical masses, provided useful non-invasive information. The orange hue may reflect underlying keratinous or cystic content, while arborizing telangiectasias can be found in various benign lesions. While these findings are not pathognomonic, they helped rule out more aggressive or suspicious vascular lesions.

Histologically, TGDC exhibit variable epithelial linings, which may consist of squamous epithelium, pseudostratified ciliated epithelium, or in some cases, absence of epithelium altogether [7].

Diagnostic evaluation typically begins with neck ultrasonography, which reveals a cystic lesion [8]. On CT imaging, a benign thyroglossal duct cyst appears as a midline, fluid-attenuated mass near the hyoid bone, surrounded by a thin, smooth wall [9].

Differential diagnoses include dermoid cysts, branchial cleft cysts, hemangiomas, and enlarged lymph nodes.

The standard treatment is the Sistrunk procedure, which entails excision of the cyst along with the tract, the central portion of the hyoid bone, and a tissue core extending up to the foramen cecum [10]. When correctly performed, recurrence rates after Sistrunk's procedure are less than 3%, typically occurring within the first year after excision.

Conclusion:

This case highlights the potential role of dermoscopy in pediatric dermatology beyond pigmented lesions, especially when assessing nodules with vascular or cystic appearance**.** Early identification of TGDC is essential, as surgical excision (Sistrunk procedure) remains the treatment of choice to avoid recurrence or infection.

References:

1.Marshall SF, Becker WF. Thyroglossal cysts and sinuses. Ann Surg. 1949;129:642–651. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

2.Kurt A, Ortug C, Aydar Y, Ortug G. An incidence study on thyroglossal duct cysts in adults. Saudi Med J. 2007;28:593–597. [PubMed] [Google Scholar]

3.Head and Neck Surgery—OTOLARYNGOLOGY by Bryon J Bailey and Johnas T Johnson: 4th edn. chapter 86: p 1212

4.Turkyilmaz Z, Sonmez K, Karabulut R, Demirgoullari B, Sezer C, Basaklar AC, Kale N. Management of thyroglossal duct cysts in children. Pediatr Int. 2004;46:77–80. doi: 10.1111/j.1442-200X.2004.01838.x. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]

5.Miccoli P, Minuto MN, Galleri D, Puccini M. Extend of surgery in TGDC carcinoma reflections on a series of 18 cases. Thyroid. 2004;14:121–123. doi: 10.1089/105072504322880355. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]

6.Santiago W, Rybak LP, Bass RM. Thyroglossal duct cyst of the tongue. J Otolaryngol. 1985;14:261–264. [PubMed] [Google Scholar]

7.Gregory M, Organ CH. Thyroid gland and surgery of the thyroglossal duct: exercise in applied embryology. World J Surg. 2000;24:886–890. doi: 10.1007/s002680010172. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]

8.Ahuja AT, Wong KT, King AD, Yuen EHY. Imaging for thyroglossal duct cyst: the bare essentials. Clin Radiol. 2005;60:141–148. doi: 10.1016/j.crad.2004.08.009. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]

9.Beede DL, Bergeron RT, Som PM. CT of thyroglossal duct cysts. Radiology. 1985;157:121–125. doi: 10.1148/radiology.157.1.4034956. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]

10.Brown PM, Judd ES. Thyroglossal duct cysts and sinuses: results of radical (Sistrunk) operation. Am J Surg. 1961;102:495–501. doi: 10.1016/0002-9610(61)90551-7. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]

L'érythème polymorphe chez l'enfant : aspects cliniques, étiologiques et thérapeutiques à partir d'une série de 9 cas

K. BENABDESSALEM, L. BENDAOUD, M. ABOUDOURIB, O. HOCAR, S. AMAL
Service de Dermatologie, centre hospitalier universitaire Mohamed VI, Laboratoire de bioscience et santé, FMPM, Université caddi Ayad, Marrakech

Introduction :

L'érythème polymorphe (EP) est une dermatose aiguë, autolimitée et à médiation immunitaire, caractérisée par l'apparition brutale de lésions cutanées en cocarde. Il touche préférentiellement les enfants et les jeunes adultes. Bien que souvent déclenché par des infections — notamment le virus Herpes simplex (HSV) et Mycoplasma pneumoniae — des cas plus rares sont imputables à des médicaments, à des vaccinations ou restent idiopathiques.
Chez l'enfant, l'EP suit généralement une évolution bénigne, mais peut être confondu avec des affections graves comme le syndrome de Stevens-Johnson (SSJ), rendant sa reconnaissance clinique essentielle pour une prise en charge adéquate.

Observation clinique :

Nous rapportons une série de 9 cas d'enfants âgés de 8 à 16 ans : 03 filles et 06 garçons, admis aux urgences pédiatriques pour EP. Des antécédents infectieux étaient notés chez 3 patients : syndrome grippal ou détresse respiratoire, une patiente était suivie pour maladie coeliaque et mucoviscidose. Le tableau clinique était similaire chez tous les patients, représentait par des lésions cutanées en cocarde ou pseudococarde, des érosions labiales croûteuses hémorragiques limitant l'ouverture buccale avec dysphagie. Une conjonctivite bilatérale était rapportait chez 8 patients. Une toux était présente chez 7 patients. Tous les patients présentait une fiévre > 38,8 avec une altération de l'état général (sauf un cas). Nikolsky était positif chez 3 patients. Le test PCR a identifié une Mycoplasma pneumoniae (n=3), entérovirus (n=1) et Haemophilus influenzae (n=1). PCR étaient négative chez quatre patients. L'imagerie thoracique montrait un syndrome interstitiel (n=4), une pneumonie lobaire (n=2) et normal chez 3 patients. Le bilan biologique révélait une hyperleucocytose à PNN et une CRP >50 mg/L chez 8 patients. Le traitement incluait : aciclovir IV (10 mg/kg/8h), azithromycine (250 mg/j × 5j) en cas d'infection par Mycoplasma pneumoniae, paracétamol (15 mg/kg/6h) et des soins locaux. Une patiente a été admise en réanimation pour détresse respiratoire. Un seul enfant a été traité par soins locaux seuls ; un autre a été pris en charge en ambulatoire. L'évolution a été favorable dans tous les cas, sans séquelles.

Discussion :

L'érythème polymorphe chez l'enfant est souvent secondaire à une infection, Mycoplasma pneumoniae étant le principal agent en cause dans les formes majeures avec atteinte muqueuse. Le HSV est aussi impliqué, mais plus fréquemment chez l'adulte. Les lésions typiques en cocarde, disposées symétriquement sur le visage et les extrémités, constituent la signature clinique de l'EP.
L'atteinte muqueuse délimite les formes mineures (lésions cutanées seules) des formes majeures (atteinte muco-cutanée). L'évolution est généralement favorable en 2 à 3 semaines, sans cicatrice.
Toutefois, dans les formes sévères, des complications telles qu'infections bactériennes secondaires ou déshydratation peuvent survenir, bien que rares.
Différencier l'EP des syndromes sévères comme le SSJ ou la nécrolyse épidermique toxique (NET) est fondamental. Contrairement à ces derniers, l'EP n'entraîne pas de décollement cutané étendu et le signe de Nikolsky est négatif. Le diagnostic différentiel inclut aussi l'érythème pigmenté fixe et la maladie sérique.
La prise en charge repose avant tout sur un traitement symptomatique : antipyrétiques, soins locaux, antihistaminiques et corticoïdes topiques. Les corticoïdes systémiques restent discutés. Les antiviraux (HSV) ou antibiotiques (Mycoplasma) sont indiqués selon l'étiologie. L'évolution est habituellement favorable. Bien que Haemophilus influenzae ait été identifié chez un patient, cette bactérie n'est pas

classiquement décrite comme un facteur déclenchant de l'érythème polymorphe ; ainsi, son rôle causal reste à explorer.

Conclusion :

L'érythème polymorphe pédiatrique est une entité dermatologique bénigne, souvent post-infectieuse. Malgré son aspect impressionnant, il ne nécessite qu'un traitement symptomatique dans la majorité des cas. Le diagnostic clinique précis, différencié des entités graves, permet d'éviter les traitements inutiles et de rassurer les parents. L'interrogatoire centré sur les antécédents infectieux ou médicamenteux est déterminant pour orienter la prise en charge.

Syndrome d'épidermolyse staphylococcique aigue : une urgence médicale

K.DIAA, R.BOUFETTAMA, N.AMMAR, S.HAMADA, M.MEZIANE, N.ISMAILI, L.BENZEKRI

Introduction :

Le syndrome d'épidermolyse staphylococcique (Staphylococcal Scalded Skin Syndrome - SSSS) est une dermatose exfoliative aiguë due à la production de toxines exfoliatives par *Staphylococcus aureus*. Il touche principalement les nourrissons et les jeunes enfants. Le diagnostic est essentiellement clinique, et une prise en charge rapide est essentielle pour éviter les complications. Nous rapportons le cas d'un nourrisson de 3mois qui s'est présenté dans un tableau d'érythrodermie exfoliative fébrile.

Observation :

Il s'agit d'un nourrisson de 3mois, sans antécédents pathologiques notables, admis aux urgences pédiatriques pour prise en charge d'une érythrodermie fébrile. L'examen clinique retrouvait un nourrisson fébrile à 39, qui présentait un érythème scarlatiniforme surmonté de bulles flasques, avec un décollement épidermique superficiel prédominant aux grands plis et en périorificiel, l'évolution était marquée par la généralisation rapide des lésions à tout le tégument avec un signe de nikolsky positif et absence d'atteinte muqueuse. L'interrogatoire retrouve la notion de rhinopharyngite 3jours avant l'apparition de la symptomatologie avec la notion de prise d'Ibuprofène. Deux principaux diagnostics ont été évoqués : un syndrome de Lyell médicamenteux suite à la prise d'ibuprofène, et un syndrome d'épidermolyse staphylococcique aigue. Les examens biologiques ont révélé un syndrome inflammatoire (CRP élevé et hyperleucocytose), et les hémocultures sont revenues positives à Staphylocoque Aureus sensible à la méthicilline, l'histologie a objectivé un clivage intra-épidermique superficiel. Le diagnostic d'un SSS syndrome a été retenu et le nourrisson a été mis sous bi-antibiothérapie IV, soins locaux et réhydratation. L'évolution était favorable avec régression des signes cliniques et biologiques en une dizaine de jours sans séquelles notables.

Discussion :

Le SSSS est une affection dermatologique rare, qui résulte de l'action des toxines exfoliatives A et B produites par certaines souches de *S. aureus*, ces toxines ciblent la desmogléine 1 responsable d'un clivage intraépidermique au niveau de la couche granuleuse, et donc du décollement cutané. Il survient principalement chez les enfants de moins de 5 ans, et plus rarement chez l'adulte immunodéprimé. Généralement ce syndrome survient dans les suites d´une infection focale muqueuse (rhinopharyngite, otite, conjonctivite), ou cutanée (impétigo).

Cliniquement, le tableau débute souvent par une éruption érythémateuse fébrile, suivie rapidement de bulles flasques, de décollements cutanés diffus et d'un signe de Nikolsky positif. Les lésions prédominent au niveau des zones de friction : plis, tronc, région péribuccale, mais respectent classiquement les muqueuses, contrairement au syndrome de Lyell.

Le diagnostic est essentiellement clinique, mais la confirmation microbiologique repose sur l'isolement de *S. aureus* à partir d'un foyer infectieux primaire (ombilic, conjonctive, pharynx) ou d'une hémoculture, comme dans notre cas. À noter que les bulles sont stériles, ce qui peut dérouter le clinicien. Sur le plan histologique, elle est caractérisée par un clivage intra-épidermique au niveau de la couche granuleuse sans atteinte de l´épiderme sous-jacent.

Le principal diagnostic différentiel reste la nécrolyse épidermique toxique.

Le traitement est une urgence médicale et repose sur **: une antibiothérapie anti-staphylococcique IV, un traitement de support** (réhydratation, prévention des surinfections, soins locaux stériles, gestion de la douleur et surveillance en milieu adapté), ainsi qu'**une isolation du patient**, pour limiter le risque de transmission nosocomiale.

Le pronostic est généralement favorable chez le nourrisson, avec une guérison complète en 7 à 10 jours. Cependant, des complications peuvent survenir : surinfection, déséquilibre hydro-électrolytique, hypoalbuminémie ou, plus rarement, évolution vers un choc septique.

Conclusion :
Le SSSS est une urgence dermatologique pédiatrique, actuellement bien séparée de la nécrolyse épidermique toxique ou syndrome de Lyell. Le diagnostic rapide, l'instauration d'un traitement antibiotique efficace et une prise en charge de support permettent généralement une évolution favorable. Ce cas illustre l'importance de la reconnaissance clinique précoce du syndrome pour prévenir les complications sévères.

Granulome annulaire chez deux enfants diabétiques : A propos de deux cas

S.JEBBOUJE[1], F. El FETOIKI [1], H. RACHADI[1], B.BAGHAD[1],,F. MERNISSI[2], S.CHIHEB[1]
[1] Service de dermatologie vénérologie, CHU Ibn Rochd Casablanca
[2] service d'anatomopathologie, CHU Ibn Rochd Casablanca

Introduction

Le granulome annulaire est une dermatose inflammatoire bénigne d'étiologie inconnue, touchant préférentiellement les enfants et les jeunes adultes. Il se manifeste classiquement par des plaques annulaires papuleuses, érythémateuses ou violacées, prédominant sur les extrémités. Son association avec le diabète, notamment de type 1, est rapportée dans la littérature, bien que rare chez l'enfant. Nous rapportons deux observations d'enfants diabétiques présentant des granulomes annulaires.

Observation

La première patiente est une fille de 10 ans, suivie pour un diabète de type 1 depuis deux ans, bien équilibré sous insuline. Elle a consulté pour des lésions cutanées apparues progressivement depuis 6 mois, sous forme de plaques annulaires érythémato-papuleuses, symétriques, indolores et non prurigineuses, localisées au dos des mains et des pieds. Une biopsie cutanée a montré un granulome annulaire interstitiel typique. L'application de dermocorticoïdes de classe moyenne a permis une amélioration partielle.

Le second cas concerne un garçon de 12 ans, récemment diagnostiqué diabétique de type 1 depuis trois mois. Il présentait des lésions annulaires papuleuses sur les jambes, à bords nets, avec un centre légèrement atrophique, sans signes généraux associés. L'histologie a confirmé le diagnostic de granulome annulaire. Aucune thérapeutique spécifique n'a été instaurée, les lésions ayant régressé spontanément en quelques semaines.

Discussion

Chez l'enfant, le granulome annulaire est souvent localisé et d'évolution bénigne. Bien que rare, l'association au diabète de type 1 a été décrite, suggérant un lien immunologique et métabolique. La physiopathologie pourrait impliquer une activation aberrante des macrophages et des lymphocytes T, favorisée par l'hyperglycémie ou des anomalies immunitaires sous-jacentes. Dans nos deux cas, le contexte de diabète – qu'il soit ancien ou nouvellement diagnostiqué – semble jouer un rôle déclencheur ou révélateur. Le diagnostic repose avant tout sur la clinique, avec une confirmation histologique en cas de doute. Le traitement est souvent symptomatique, les formes localisées pouvant évoluer favorablement même sans intervention.

Conclusion

Ces deux observations soulignent l'intérêt d'évoquer un granulome annulaire devant toute lésion annulaire chronique chez l'enfant, et de rechercher un terrain dysimmunitaire sous-jacent, notamment un diabète de type 1. Une meilleure reconnaissance de cette association permet un diagnostic plus précoce et une prise en charge adaptée, tout en rassurant sur le pronostic dermatologique.

Maladie de Hailey-Hailey : une observation illustrant les défis diagnostiques et thérapeutiques

K. BENABDESSALEM, L. BENDAOUD, M. ABOUDOURIB, O. HOCAR, S. AMAL
Service de Dermatologie, centre hospitalier universitaire Mohamed VI, Laboratoire de bioscience et santé, FMPM, Université caddi Ayad, Marrakech

Introduction :

La maladie de Hailey-Hailey, ou pemphigus bénin familial chronique, est une génodermatose rare à transmission autosomique dominante, liée à une mutation du gène ATP2C1 codant pour une pompe calcique. Elle se manifeste typiquement par des lésions érosives récidivantes, prédominant dans les plis. L'évolution se fait par poussées-rémissions, souvent aggravées par la chaleur, la macération ou les infections. Bien que bénigne sur le plan vital, la maladie altère considérablement la qualité de vie des patients en raison de son caractère chronique et récidivant.

Observation clinique :

Nous rapportant le cas d'un patient âgé de 66 ans présentait depuis 10 ans des lésions érosives récidivantes des grands plis, débutant par des vésicules inguinales évoluant vers des érosions prurigineuses. L'évolution s'est faite par poussées-rémissions, avec extension secondaire aux régions axillaires et latérales du cou.

L'examen clinique retrouvait des Placards érythémateux annulaires des plis inguinaux, axillaires et du cou, certains suintants avec des érosions superficielles. Sans atteinte muqueuse et le signe de Nikolsky était négatif. L'état général était conservé.

L'histologie montrait un épiderme acanthosique avec fentes suprabasales et acantholyse marquée, associées à une discrète dyskératose et parakératose focale ; le derme comportait un infiltrat inflammatoire mononucléé. L'immunofluorescence directe était négative, éliminant un pemphigus.

Le diagnostic de maladie de Hailey-Hailey a été retenu. Le patient a été traité par antibiothérapie (Doxycycline 100 mg/j pendant 4 mois) associée à des traitements topiques adaptés aux lésions (corticothérapie locale, antifongiques et poudre asséchante), avec une amélioration clinique notable.

Discussion :

La maladie de Hailey-Hailey est une génodermatose rare, autosomique dominante, secondaire à une mutation du gène *ATP2C1*. Elle débute le plus souvent entre la 2^{e} et la 4^{e} décennie, mais des formes tardives, comme chez notre patient, sont décrites. Son évolution est caractérisée par des poussées-rémissions, souvent déclenchées par la chaleur, la transpiration, la macération, les traumatismes ou les surinfections.

Cliniquement, elle touche préférentiellement les grands plis (inguinaux, axillaires, sous-mammaires, cou). Les patients présentent des placards érythémateux douloureux et prurigineux, érosifs, suintants, malodorants, parfois fissurés en rhagades profondes. Des lésions secondaires comme des hyperpigmentations post-inflammatoires ou des macules hypochromiques peuvent également persister.

Sur le plan histologique, on observe une acantholyse suprabasale diffuse en "mur de briques délabré", associée à une acanthose et parfois une parakératose focale. L'immunofluorescence directe est négative, ce qui permet d'écarter les pemphigus acantholytiques. Les diagnostics différentiels incluent le pemphigus vulgaire, la maladie de Darier, les intertrigos candidosiques, l'érythrasma, ainsi que certaines dermatites irritatives ou allergiques chroniques des plis.

La prise en charge reste difficile et non consensuelle. Les mesures de base reposent sur une hygiène rigoureuse, l'éviction des facteurs déclenchants et la limitation de la macération. Les traitements topiques incluent les corticostéroïdes, les inhibiteurs de la calcineurine (tacrolimus), les antifongiques et les poudres asséchantes. En cas de surinfection, les antibiotiques systémiques sont indiqués. Parmi eux, la doxycycline a montré un intérêt particulier : au-delà de son effet antimicrobien, ses propriétés anti-inflammatoires et anti-métalloprotéinases permettent de réduire l'acantholyse. Farahnik et al. (2019) rapportent des résultats cliniques significatifs, en particulier dans les formes modérées ou en association avec les traitements topiques.

D'autres thérapeutiques systémiques (rétinoïdes, dapsone, méthotrexate, ciclosporine) ont été testées, avec une efficacité variable. Des alternatives innovantes comme le laser CO_2, la toxine botulinique A ou encore les biothérapies (dupilumab) ouvrent des perspectives intéressantes, notamment pour les formes réfractaires.

Conclusion :

La maladie de Hailey-Hailey est une génodermatose rare mais caractéristique, évoluant par poussées-rémissions et touchant principalement les plis. Ce cas illustre une forme tardive avec atteinte classique des grands plis, confirmée histologiquement. Le traitement repose sur une approche combinée, adaptée aux poussées, avec une surveillance au long cours. De nouvelles approches thérapeutiques sont en cours d'évaluation pour améliorer le contrôle de la maladie et la qualité de vie des patients.

Références :

Burge SM. Hailey-Hailey disease: the clinical features, response to treatment and prognosis. *Br J Dermatol.* 1992;126(3):275–282.

Hu Z, Bonifas JM, Beech J, et al. Mutations in ATP2C1, encoding a calcium pump, cause Hailey-Hailey disease. *Nat Genet.* 2000;24(1):61–65.

Farahnik B, Blattner CM, Mortazie MB, et al. Management of Hailey-Hailey disease: A systematic review and treatment algorithm. *J Am Acad Dermatol.* 2017;76(4):729–738.

Hailey-Hailey Disease: An Update Review with a Focus on Treatment Data*, Am J Clin Dermatol 2020 Feb;21(1):49-68. doi: 10.1007/s40257-019-00477-z.*

Une hypertrichose lombo-sacrée révélant une diastématomyélie chez un enfant

Z.Mernissi ,M.Aboudourib,L.Bendaoud ,O.Hocar,S.Amal
Service de dermatologie-vénérologie , CHU Mohammed VI de Marrakech,Maroc.
Laboratoire bioscience ,Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech ,Université Cadi Ayyad University,Marrakech

Introduction

La diastématomyélie est une forme rare de dysraphie spinale occulte, caractérisée par une division de la moelle épinière en deux hémimoelles séparées par un éperon osseux ou cartilagineux. Les manifestations dermatologiques peuvent être associées à cette malformation. Nous rapportons un cas de diastématomyélie révélé par une hypertrichose lombo-sacrée chez un enfant.

Observation

Une fillette de 7ans, sans antécédents pathologiques notables, a été admise pour une hypertrichose de la région dorsolombaire, présente depuis la naissance. L'examen neurologique était normal, sans déficit sensitivo-moteur. Une IRM dorsolombo-sacrée a été réalisée, révélant un aspect fendu de la moelle épinière s'étendant du niveau D11-D12 jusqu'au cône médullaire, avec un éperon osseux intracanalaire situé au niveau L1-L2. Cette anomalie était associée à un défaut de fusion des lames transverses et des processus épineux, ainsi qu'à un élargissement du canal osseux dorsolombaire et du sac dural. L'ensemble des signes était en faveur d'une diastématomyélie dorsolombaire de type 2. L'enfant a été transférée en service de neurochirurgie pour une prise en charge chirurgicale.

Discussion

La diastématomyélie est un type de dysraphie spinale fermée, caractérisé par une division de la moelle épinière par un tissu mou, cartilagineux ou osseux. Il s'agit d'une malformation rare, représentant moins de 3 % des dysraphies spinaux fermés, et touchant plus fréquemment les filles que les garçons. Cette anomalie résulterait de la formation d'un tractus endomésenchymateux par un canal neurentérique accessoire reliant le sac vitellin et l'amnios, entraînant une division du canal neural et de la notochorde.Les manifestations cliniques de la diastématomyélie peuvent être orthopédiques, neurologiques ou cutanées. Les lésions cutanées sont souvent le motif initial de consultation dermatologique. Elles sont généralement situées dans la région médiane du dos et peuvent inclure une touffe de poils, un sinus dermique, un hémangiome, un nævus, un lipome ou un sinus pilonidal.L'imagerie par résonance magnétique (IRM) constitue l'examen de référence pour le diagnostic de la diastématomyélie, permettant une visualisation détaillée de la moelle épinière fendue, de la présence éventuelle d'un éperon osseux ou fibreux intracanalaire, ainsi que des anomalies vertébrales associées. Dans notre cas, l'IRM a mis en évidence une diastématomyélie de type 2 s'étendant de D11-D12 au cône médullaire, avec un éperon osseux à L1-L2 et un élargissement du canal rachidien.Le traitement repose sur une prise en charge chirurgicale visant à exciser l'éperon osseux afin de prévenir une détérioration neurologique progressive.

Conclusion

La diastématomyélie est une anomalie congénitale rare de la moelle épinière, pouvant entraîner des déficits neurologiques sévères si elle n'est pas diagnostiquée. La reconnaissance précoce des marqueurs cutanés, tels qu'une touffe de poils, est essentielle pour un diagnostic rapide et une intervention préventive visant à éviter des dommages neurologiques irréversibles.

Le syndrome de MC DOWALL: A propos d'un cas

F.Z Afryad, L.Bendaoud, M.Aboudourib, O.Hocar, S.Amal

Service de dermatologie venerologie, CHU Mohammed VI de Marrakech, Laboratoire de bioscience et santé, FMPM, Université Cadd Ayyad, Marrakech

Introduction :
Le syndrome de McDowall est une affection neuro-cutanée très rare, caractérisée par un cutis verticis gyrata, une déficience intellectuelle, une microcéphalie, et parfois une épilepsie précoce et un syndrome pyramidal. La cutis verticis gyrata se manifeste typiquement par des plis et sillons du cuir chevelu rappelant les circonvolutions cérébrales. Nous rapportons ici un cas rare d'un homme de 35 ans atteint du syndrome de McDowall.

Observation clinique :
Un homme de 35 ans présentant une déficience intellectuelle a été adressé à notre service en raison de sillons persistants du cuir chevelu, apparus progressivement au cours des dix dernières années. Ses antécédents médicaux révélaient une consanguinité au second degré. Aucun antécédent familial similaire n'a été rapporté, et le patient ne présentait pas d'antécédents d'inflammation du cuir chevelu ni de troubles neurologiques, ophtalmologiques ou psychiatriques.

L'examen clinique retrouvait plusieurs plis profonds du cuir chevelu orientés dans un axe antéro-postérieur, immuables à la traction manuelle. Il n'existait pas de zones d'alopécie, et la pilosité était normale aussi bien dans les zones atteintes que non atteintes. Aucun autre signe dermatologique significatif n'a été observé. L'évaluation neurologique a confirmé une déficience intellectuelle avec un score de 23/30 au test MMSE (Mini-Mental State Examination). Aucun signe de syndrome pyramidal ni de déficit sensitivo-moteur n'a été retrouvé. Les examens biologiques étaient normaux, et la sérologie syphilitique négative. L'IRM cérébrale a mis en évidence une polymicrogyrie, une colpoencéphalie, une atrophie du corps calleux, ainsi qu'une dysplasie corticale fronto-pariétale gauche. Le syndrome étant fréquemment associé à une agénésie thyroïdienne et à une cryptorchidie, une exploration complémentaire a été réalisée, incluant un bilan thyroïdien et une échographie testiculaire, tous deux normaux. Le diagnostic de syndrome de McDowall a été retenu sur la base des éléments cliniques et radiologiques. Le suivi n'a pas montré d'évolution significative de la condition.

Discussion :
Le diagnostic du syndrome de McDowall repose sur l'association d'une cutis verticis gyrata, d'une déficience intellectuelle, et parfois d'une microcéphalie, d'une épilepsie et d'un syndrome tétrapyramidal. D'autres anomalies peuvent y être associées, telles que la cryptorchidie, l'agénésie thyroïdienne ou des troubles ophtalmologiques. L'IRM peut révéler, selon les cas, une atrophie corticale ou sous-corticale, une ventriculomégalie ou une polymicrogyrie. Des sites fragiles ont été identifiés chez certains patients sur les chromosomes X, 9, 10 et 12. La plupart des cas rapportés sont sporadiques et suggèrent une transmission autosomique récessive.

Notre patient présentait une déficience intellectuelle, une cutis verticis gyrata et des anomalies cérébrales compatibles à l'IRM, renforçant le diagnostic de syndrome de McDowall.

Conclusion :
Le syndrome de McDowall est une pathologie rare et souvent méconnue, soulignant l'importance d'un interrogatoire approfondi et d'un examen neurologique chez tout patient présentant une cutis verticis gyrata. Il convient également d'inclure un examen systématique du cuir chevelu chez les patients atteints d'épilepsie ou de déficience intellectuelle.

Lichen striatus chez un nourrisson : diagnostic clinique d'un cas à disposition blaschkolinéaire

C.Hakkaoui , S .Chhiti, I.Lakhal , A.Amine , M.Chaouch , R. CHAKIRI
Dermatologie et Vénérologie, CHU Souss-Massa, Agadir, Maroc

Introduction

Le lichen striatus est une dermatose inflammatoire bénigne et transitoire, touchant surtout l'enfant. Il se présente par des papules linéaires suivant les lignes de Blaschko. Bien que d'évolution spontanément favorable, sa reconnaissance clinique reste essentielle pour éviter des explorations inutiles.

Observation

Un nourrisson de 1 an, issu d'une grossesse normale, consulte pour une lésion cutanée apparue quelques mois après la naissance. L'examen retrouve des papules hypopigmentées confluentes, formant une plaque linéaire sur l'épaule gauche, suivant les lignes de Blaschko.
Aucun signe fonctionnel n'était rapporté. La dermoscopie montre un fond érythémateux et des zones blanchâtres évoquant un aspect cicatriciel. Les annexes (cheveux, ongles, muqueuses) sont indemnes. Le diagnostic de lichen striatus a été retenu. Une abstention thérapeutique et une information des parents sur le caractère bénin et transitoire ont été proposées.

Discussion

Le lichen striatus survient préférentiellement entre 5 mois et 15 ans. Les lésions apparaissent sous forme de papules lichénoïdes, parfois prurigineuses, évoluant le long des lignes de Blaschko. L'atteinte siège le plus souvent sur les membres supérieurs, plus rarement sur le tronc ou les membres inférieurs. L'évolution est spontanément favorable en 6 à 12 mois, mais une hypopigmentation résiduelle peut persister. L'association à une dermatite atopique est fréquemment rapportée . Dans notre cas, l'âge précoce de survenue (avant 1 an) et l'aspect hypopigmenté linéaire pouvaient évoquer d'autres diagnostics différentiels tels qu'un nævus achromique, un vitiligo segmentaire ou un lichen plan linéaire. La dermoscopie, montrant un fond érythémateux associé à des zones blanchâtres, a également pu faire discuter une cicatrice ou une dermatose inflammatoire chronique. L'intérêt de ce cas réside donc dans la **précocité inhabituelle** du diagnostic (nourrisson de 1 an), la **similitude avec d'autres dermatoses linéaires hypopigmentées,** pouvant entraîner des explorations inutiles, et la **confirmation clinique sans recours à des examens invasifs,** permettant d'éviter une biopsie ou des traitements inadaptés.
Ce cas illustre l'importance de bien connaître le lichen striatus et ses présentations cliniques variées afin de rassurer les parents et d'adopter une attitude thérapeutique simple, basée sur l'information et la surveillance.

Conclusion

Le lichen striatus est une affection bénigne et autolimitée de l'enfant. Son diagnostic est essentiellement clinique. L'information des parents sur son évolution spontanément résolutive constitue un point central de la prise en charge.

Nævus épidermique verruqueux : une observation clinique.

H.Kherbach ; M.Chaouche ; S.Mhaimer; S. El Msayryb; C.Ezzaki; S.Chhiti; R.Chakiri
Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Souss-Massa

Introduction :

Le nævus épidermique verruqueux est une malformation cutanée bénigne et non inflammatoire, généralement congénitale ou apparaissant dans les premières années de vie, liée à un mosaïcisme post-zygotique dont le diagnostic est essentiellement clinique, et peut être aidé par la dermoscopie.

Nous rapportons le cas d'un nævus épidermique verruqueux chez un enfant de six ans.

Observation :

Un garçon âgé de 6 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, consultait pour des lésions asymptomatiques du cou évoluant depuis un an.

L'examen clinique montrait des micropapules verruqueuses de disposition blaschkolinéaire cervicale, de surface lisse, certaines de couleur chair, d'autres légèrement pigmentées et regroupées par endroits. L'examen dermoscopique révélait un aspect cérébriforme associé à la présence de globules pigmentés. Sur la base des aspects cliniques et dermoscopiques, le diagnostic de nævus épidermique verruqueux a été retenu. En raison du caractère asymptomatique et non invalidant de la lésion, une attitude d'abstention thérapeutique a été retenue, avec simple surveillance clinique.

Discussion :

Le nævus épidermique verruqueux (NEV) est un hamartome kératinocytaire bénin, lié à un mosaïcisme post-zygotique, apparaissant dès la naissance ou dans l'enfance et suivant souvent les lignes de Blaschko. Cliniquement, il se présente sous forme de papules ou de plaques verruqueuses bien limitées, généralement asymptomatiques, qui tendent à se stabiliser après l'adolescence. La dermoscopie constitue une aide précieuse au diagnostic, montrant des structures cérébriformes, des globules bruns, des pseudo-comédons, ainsi que des structures exophytiques brunâtres ; des aspects vasculaires tels que des vaisseaux ponctués ou serpigineux peuvent également être observés. Sur le plan histologique, on retrouve typiquement une hyperkératose, une acanthose, une papillomatose avec allongement des crêtes épidermiques, épaississement focal de la couche granuleuse, colonnes parakératosiques et hyperpigmentation basale.

La prise en charge est surtout esthétique, les corticoïdes et rétinoïdes topiques ont une efficacité limitée, tandis que les rétinoïdes oraux peuvent être envisagés pour les formes étendues, nécessitant un traitement prolongé. Le traitement de choix demeure l'exérèse chirurgicale, la dermabrasion, la cryochirurgie, l'électrochirurgie ou le laser YAG ou CO2, au prix d'un risque de récidive et de cicatrices post-opératoires. Le pronostic est globalement favorable, la transformation maligne restant exceptionnelle.

Conclusion :

Le nævus épidermique verruqueux est une hamartomatose cutanée bénigne dont le diagnostic repose sur la clinique. Les options thérapeutiques sont essentiellement esthétiques, dominées par les techniques destructrices et chirurgicales, avec un risque de récidive et de cicatrices résiduelles.

Syndrome de Bazex-Dupré-Christol chez l'enfant : une forme incomplète révélée avant l'âge tumoral

W.Atine;F.Hali;S.Chiheb

SERVICEDEDERMATOLOGIEETDEVENEROLOGIE,C.H.UIBNROCHDDECASABLANCA,CASABLANCAMAROC

Introduction

Le syndrome de Bazex-Dupré-Christol (BDC) est une génodermatose rare, liée à l'Xdominant, caractériséeparunetriadeclinique:hypotrichosefronto-pariétale,atrophiecutanéeetsurvenue précoce de carcinomes basocellulaires (CBC). Nous rapportons un cas pédiatrique présentant les signes cutanéscaractéristiques, en l'absence deCBC,illustrant une forme incomplète peu décrite dans la littérature.

Observation

Un garçon de 13 ans, issu d'un mariage non consanguin, consultait pour des plaques alopéciques du cuir chevelu évoluant depuis la naissance, avec antécédents similaires chez des membres de la fratrie. L'examen clinique montrait des plaques fronto-pariétales et occipitales symétriques avec cheveux fins, clairsemés et non inflammatoires, une madarose ciliaire et sourcilière, une hypotrichose diffuse, des papules kératosiques en faveur d'une kératose pilaire au niveau de la nuque, et une xérose cutanée généralisée. Aucune lésion évocatrice de CBC n'était présente. La trichoscopie révélait une densité folliculaire réduite avec des squames périfolliculaires. L'examen général ne retrouvait pas d'anomalie ophtalmologique ni neurologique. L'ensemble du tableau cliniqueettrichoscopiqueorientaitversundiagnosticdesyndromedeBazex-Dupré-Christol,danssa forme incomplète. Une surveillance clinique biannuelle a été mise en place pour dépistage précoce des CBC accompagnée d'une dermoscopie ciblée des lésions suspectes et d'une photoprotectionrigoureuse.

Discussion

Ce cas illustre une forme incomplète du BDC, dans laquelle les manifestations cutanées typiques (hypotrichose, kératose pilaire, xérose) précèdent de plusieurs années la survenue des CBC. Cette présentation est bien documentée dans la littérature, où l'apparition des CBC peut être retardée jusqu'à l'âge adulte. L'absence de tumeur à cet âge ne doit donc pas faire écarter le diagnostic. La trichoscopie s'avère ici utile pour détecter des anomalies folliculaires discrètes caractéristiques du syndrome.Laformedite«incomplète»soulèvelaquestiondelavariabilitéphénotypiqueetdurôle possible defacteursmodulateurs (génétiques ouenvironnementaux)dans l'expressionet la sévérité du tableau clinique. Une surveillance dermatologique étroite reste indispensable afin de dépister précocement les CBC, garantir une prise en charge adaptée, et améliorer le pronostic cutané. Le traitementsymptomatiquedeslésionsdekératoseetde xéroseparticipeégalementàunemeilleure qualité de vie.

Conclusion

Cecassoulignel'importancedereconnaîtrelesformesprécocesetincomplètesdu syndromede Bazex-Dupré-Christol. L'absence de CBC n'exclut pas le diagnostic et impose une surveillance dermatologique prolongée et rigoureuse

L'érythèmepigmentéfixebulleuxgénéraliséchezunnourrisson:une entité clinique rarissime

W.Atine;F.Hali; S.Chiheb

SERVICEDEDERMATOLOGIEETDEVENEROLOGIE,C.H.UIBNROCHDDECASABLANCA,MAROC

Introduction

L'érythème pigmenté fixe bulleux est une toxidermiesévère. Il correspond à une forme clinique rare de l'érythème pigmenté fixe. Il peut être localisé ou généralisé Lyell like. Il est ainsi souvent sous diagnostiquéet/ouconfonduavecd'autresdermatosesnotammentbulleuses.Nousrapportonsainsi un cas d'érythème pigmenté fixe bulleux généralisé à l'ibuprofène chez un nourrisson.

Observation

Il s'agit du nourrisson S.A, âgé de huit mois, sans antécédents pathologiques particuliers, qui consultait pour des lésions cutanées diffuses évoluant depuis trois jours dans un contexte de sensation fébrile non chiffrée. L'interrogatoire retrouvait la notion de prise d'ibuprofène 48h avant l'éruption.L'étatgénéralétaitconservé.L'examendermatologiqueobjectivaitquatre lésionsérosives post bulleuses arrondies bien limitées de 12 cm de grand axe à fond hémorragique au centre et
hyperpigmenté en périphérie siégeant d'une manière asymétrique au niveau du visage, du tronc, du bras gauche et du scrotum avec de grand intervalle de peau saine. L'examen des muqueuses et des phanèresétaitsansanomalies.Lerestedel'examenphysiqueétaitsansparticularités.Ace stade,on a évoqué un érythème pigmenté fixe bulleux généralisé, une nécrolyse épidermique toxique, un érythème polymorphe bulleux et un impétigo bulleux. L'enquête pharmacologique a incriminé
l'ibuprofène. La numération formule sanguine était normale. La CRP était légèrement élevée à 20mg/l. L'écouvillonnage de la peau était stérile. La biopsie cutanée n'a pas été faite. Un érythème pigmentéfixebulleuxgénéraliséaétéretenucomptetenudesélémentsanamnestiquesetcliniques
trèsévocateurs.Ainsi,l'ibuprofèneaétéproscritchezce patientetuntraitementàbase d'émollient et de crème réparatrice aété instauré. Les lésions ont cicatrisé dans lessept joursqui suiventl'arrêt de la molécule incriminé laissant place à une hyperpigmentation résiduelle.

Discussion

La distinction entre érythème pigmenté fixe bulleux généralisé (EPFBG) et les dermatoses bulleuses comme la nécrolyse épidermique toxique (NET) est délicate. L'EPFBG se manifeste par de larges placardsérythémateuxbiendélimités,souventasymétriquesavecdesplagesdepeausaine,associés à d'importants décollements dermiques sans lésions en cocarde. Les muqueuses sont modérément touchées et l'état général reste conservé, contrairement à la NET, dont la présentation est plussévère.

Conclusion

L'érythèmepigmentéfixeestunetoxidermiebénigne.Lesformesbulleusessontraresetconstituent des formes graves en cas d'érythème pigmenté fixe bulleux généralisé. La discrimination entre un érythème pigmenté fixe bulleux généralisé et une necrolyse épidermique toxique est délicate d'où
l'intérêtdereconnaitrelescaractéristiquessémiologiquesdechaqueentités.

Taches mongoloïdes étendues : présentation atypique

H. Zouaki, F. El fatoiki , B. Baghad, F .Hali, S. Chiheb
Service de Dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction

Les taches mongoloïdes sont des macules congénitales, hyperpigmentées, de couleur bleu-grisâtre, aux contours irréguliers, observées chez les nouveau-nés à la naissance ou dans les premières semaines de vie. Elles sont considérées comme atypiques lorsqu'elles sont situées en dehors des localisations habituelles, qu'elles sont étendues, persistantes ou progressives.
Nous rapportons ici le cas d'un nourrisson présentant des taches mongoloïdes atypiques et étendues.

Observation

Un nourisson de 18 mois, s'est présenté avec de multiples macules bleu-grisâtre localisées au niveau de la région lombo-sacrée, du dos, des épaules et des jambes, présentes depuis la naissance et s'estompant progressivement. Il y'avait pas d'antécédants pathologiques, notamment pas d'antécédents de convulsions, de raideur ou de spasticité des membres, ni de troubles visuels ou auditifs. Aucun retard de développement n'a été note.
L'examen clinique a révélé de multiples macules symétriques bleu-grisâtre, de forme irrégulière, au niveau des épaules, du dos, de la région lombo-sacrée et des jambes, la plus grande mesurant 10 x 10 cm. Le patient était actif, sans signe de pâleur, hippocratisme digital, cyanose, œdème généralisé ou adénopathies. L'examen des nerfs crâniens était normal. Le tonus musculaire et les réflexes étaient normaux. Les examens ophtalmologique et neurologique étaient sans anomalies. La conduite était une surveillance clinique tous les 3 mois. Le patient présentait un estompement progressif de l'hyperpigmentation à chaque contrôle.

Discussion

Notre patient présente des taches mongoloïdes atypiques par leur étendue et localisation inhabituelle. Classiquement, ces lésions sont limitées à la région lombo-sacrée et ne nécessitent qu'une simple surveillance clinique, car elles régressent spontanément au cours de la petite enfance.

Dans notre cas, la présentation diffuse des taches justifie une évaluation plus approfondie. En effet, des taches mongoloïdes larges, nombreuses ou persistantes peuvent être observées dans certaines maladies de surcharge lysosomale telles que la gangliosidose GM1, le syndrome de Hunter ou encore le syndrome de Hurler, où elles s'associent souvent à un retard du développement, des anomalies faciales ou une hépatosplénomégalie. Elles peuvent également s'intégrer dans le cadre de phacomatoses pigmentaires, notamment la phacomatose pigmento-pigmentaire et la phacomatose pigmento-vasculaire, où elles coexistent avec d'autres anomalies pigmentaires ou vasculaires. La particularité clinique de notre observation justifie la recherche de pathologies associées, même en l'absence de symptômes neurologiques ou systémiques apparents

Conclusion

Bien que les taches mongoloïdes soient généralement bénignes, leur présence persistante au-delà de la petite enfance ou leur aspect atypique doit faire suspecter une pathologie systémique sous-jacente, même en l'absence de symptômes. Les cliniciens doivent être sensibilisés à ces formes atypiques afin d'évaluer les patients pour d'éventuelles anomalies génétiques associées.

The Diagnostic Challenge of Blaschkolinear Eruptions: Dermoscopic and Histologic Clues Differentiating ILVEN with Koebnerization from Nevoid Psoriasis

Lalla Safia Echarif [1], Layla Bendaoud[1], Meryam Aboudourib[1], Ouafa Hocar[1], Said Amal[1]
Dermatology Department, Mohammed VI University hospital, Biosciences and Health Laboratory, Faculty of Medicine and Pharmacy of , Marrakech, Morocco

Introduction: Linear inflammatory eruptions following the lines of Blaschko present a classic diagnostic dilemma in dermatology, primarily between inflammatory linear verrucous epidermal nevus (ILVEN) and nevoid psoriasis. This distinction carries significant therapeutic and prognostic implications, as ILVEN is typically a therapy-resistant mosaic disorder, while nevoid psoriasis may respond to conventional anti-psoriatic treatments. The Koebner phenomenon can further obscure the diagnosis by superimposing a psoriasiform reaction on an underlying nevus.

Case Report: A 14-year-old female presented with a seven-year history of persistent, verrucous plaques arranged in a strict Blaschkoid pattern on the hand, trunk, and thigh, these lesions were strictly localised on the left side of her body. The examination revealed two distinct entities: stable, hyperpigmented verrucous lesions and newer, erythematous squamous plaques. Dermoscopy of the verrucous plaques revealed large brown circles arranged in a cerebriform pattern, while the erythematous areas showed a pinkish background with dotted vessels and white scale. Initial histopathological examination of a verrucous lesion showed psoriasiform epidermal hyperplasia with hyperkeratosis, parakeratosis, and scattered apoptotic keratinocytes. A diagnostic therapeutic trial with high-potency topical corticosteroids led to the complete resolution of the erythematous, squamous component within one month, while the underlying verrucous architecture remained entirely unchanged and refractory.

Discussion: Inflammatory linear verrucous epidermal nevus (ILVEN) is a rare, intensely pruritic variant of epidermal nevus characterized by linear, erythematous, scaly papules that coalesce into plaques along Blaschko's lines. Dermoscopy serves as a valuable diagnostic aid, often revealing distinctive brown and red glomerular structures over a white background. ILVEN bears significant clinical and histological resemblance to Nevoid psoriasis also named linear psoriasis (LP), a diagnostic challenge further complicated by the Koebner phenomenon, in which psoriatic lesions can develop within a pre-existing ILVEN. The two conditions can be differentiated by their response to treatment, as outlined in a four-group classification: (1) ILVEN with/without psoriasis reacting poorly to anti-psoriatic treatment; (2) ILVEN without psoriasis reacting well to local treatment ; (3) LP with psoriasis vulgaris reacting well; and (4) isolated LP (nevoid psoriasis) without psoriasis. Immunohistochemical markers (e.g., Ki-67, keratin 10) and the IL-36γ/IL-17A axis provide further diagnostic tools. Due to its frequently treatment-resistant nature, management is challenging and ranges from topical corticosteroids and calcineurin inhibitors for symptom control to definitive interventions like carbon dioxide laser ablation, surgical excision, and photodynamic therapy.

Conclusion: This case highlights the importance of clinical history, dermoscopy, and response to therapy in diagnosing Blaschkolinear eruptions.

UN CAS D'ÉRUPTIONANNULAIRE DE L'ENFANT RÉVÉLANT UN ÉRYTHÈME MARGINÉ POST-STREPTOCOCCIQUE

Introduction

L'érythème marginé est une complication immunologique retardée d'une infection pharyngéeàstreptocoquebêta-hémolytiquedugroupeA,rareetfavorisée pardes facteurs environnementaux défavorables et une prédisposition génétique.

Observations

Il s'agit d'une patiente de 12 ans, sans antécédents médicaux particuliers, qui consultepourdeslésionsannulairesévoluantdepuis1mois,sanstendanceàla guérison spontanée.

L'examen clinique a retrouvé des lésions annulaires d'évolution centrifuge ; à borduresinfiltréesavecuncentreecchymotique,prurigineuses,intéressantlevisage, le tronc etles membres. La patiente a rapporté par ailleurs desarthralgies au niveau des genoux ainsi qu'un épisode antérieur d'angines non traité.

LesASLO étaient positifs avec une protéinurie de 24h et desAAN négatifs. Un examencardiologiqueainsi qu'uneéchographiecardiaqueontpermisd'éliminerun rhumatisme articulaire aigu (RAA). Une biopsie cutanée montrait un infiltrat inflammatoire dermique riche en neutrophiles, à disposition péri vasculaire et périfolliculaire.

L'aspect des lésions, le contexte post-infectieux à streptocoque, l'élévation des ASLO, l'absence d'atteinte systémique ainsi que l'histologie orientaient fortement vers un érythème annulaire marginé post-streptococcique (EMPS), la patiente a été traitéeparpénicillineinjectableetcorticothérapieoraleavecunebonneévolutiondeslésions.

Discussion

L'EMPS,rareetfugace,estsouventsous-diagnostiqué.Saprésence,mêmeisolée, doitfaireévoquer unefièvrerhumatismale etmotiver un bilan complet(ASLO,CRP, ECG, échographie cardiaque) ainsi qu'une prophylaxie secondaire à la pénicilline pour prévenir les récidives et les complications cardiaques. La biopsie cutanée de l'EMPS est non spécifique, montrant un infiltrat inflammatoire périvasculaire neutrophile, parfois lymphocytaire dans le derme, sans vascularite ni altération de l'épiderme, pouvant rappeler l'aspect des dermatoses neutrophiliques.

Chez l'enfant, les lésions annulaires cutanées peuvent être le reflet de nombreuses pathologies, parmi lesquelles la teigne du corps, le granulome annulaire, l'érythème migrant, l'érythème polymorphe, le psoriasis annulaire, l'urticaire chronique, qui ont étéécartéesdansnotrecas.Cetteconfigurationannulairepeutégalements'observer dans certaines dermatoses réactionnelles ou auto-immunes, telles que le syndrome de Sweet, l'érythème annulaire éosinophilique ou le lupus subaigu. Dansnotrecas,lacombinaisondesdonnéescliniques,biologiquesetcontextuelles a permis d'orienter le diagnostic vers un PEMS, avec une évolution favorable souscorticothérapie.

Conclusion

Cette observation rappelle l'importance d'une approche rigoureuse devant toute éruptionannulairechezl'enfantafind'éviterdestraitementsinadaptés.L'apparition des lésions annulairesdans un contexte post-streptococcique, même en l'absence de cardite, justifie un suivi rapproché.

Une éruption papulopustuleuse isolée du cuir chevelu révèle un syndrome hyper-IgE chez un enfant de 2 ans

Boulhilat; M. El Amraoui; T. Hanafi; Y. Zemmez ; R. Frikh
Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction : Le syndrome hyper-IgE est un déficit immunitaire héréditaire combiné des lymphocytes B et T caractérisé par des abcès cutanés staphylococciques récurrents, des infections sinusales et pulmonaires et une dermatite éosinophile prurigineuse sévère. Le diagnostic est confirmé par la mesure des taux sériques d'IgE. Le traitement consiste en des mesures de soutien, notamment la prise à vie d'antibiotiques prophylactiques antistaphylococciques.

Observations : Nous rapportons un cas d'éruption papulopustuleuse isolée du cuir chevelu révélant un syndrome hyper-IgE chez un enfant de 2 ans. Le patient est un enfant de 2 ans sans antécédents d'abcès cutanés ou d'autres dermatoses. Depuis 4 mois, il présentait une folliculite papulopustuleuse prurigineuse étendue au sommet du crâne, s'étendant à l'ensemble du cuir chevelu avec apparition de squames sur les lésions, sans adénopathie satellite, sans autres lésions cutanées et sans autre signe particulier à l'examen physique. Les échantillons mycologiques et bactériologiques étaient négatifs, une biopsie cutanée a donc été réalisée, révélant une dermatite spongiotique éosinophile avec atteinte folliculaire et un infiltrat éosinophile abondant superficiel et profond. Suite à ces résultats, des tests biologiques et immunologiques ont été demandés, révélant une éosinophilie sanguine à 2300 et un taux d'IgE très élevé à 3067 UI/ml, conduisant à un diagnostic de syndrome hyper-IgE.

Discussion : Le syndrome hyper-IgE est un trouble multisystémique caractérisé par une éruption cutanée de type dermatite atopique, des abcès cutanés récurrents, des éruptions pustuleuses, une pneumonie avec formation de pneumatocèle et des taux sériques élevés d'immunoglobulines (IgE). Les jeunes enfants sont souvent mal diagnostiqués en raison de l'apparition tardive du syndrome complet.

Conclusion : L'identification des symptômes précoces du syndrome hyper-IgE peut permettre un diagnostic plus précoce et la mise en place de mesures prophylactiques.

Pigmentation réticulée, dystrophie unguéale et leucoplasie buccale : une triade révélatrice d'atteinte systémique sévère

B.El Idrissi, M.Chaouche, N.Kayouh, S.Chhiti, R.Chakiri. Service de Dermatologie-vénéréologie, CHU Souss-Massa, Agadir

Introduction et objectifs

La dyskératose congénitale (DC) est une téloméropathie héréditaire secondaire à un défaut d'entretien des télomères, caractérisée par une triade mucocutanée associant une dyschromie réticulée, une dystrophie unguéale et une leucoplasie buccale. L'hétérogénéité clinique et la variabilité de l'âge d'apparition rendent le diagnostic difficile. Nous rapportons le cas d'un jeune adulte présentant la triade typique, compliquée d'une pancytopénie sévère et d'une atteinte hépatique mettant en jeu le pronostic vital de notre patient.

Observation

Un homme de 24 ans, issu d'un mariage consanguin, présentait depuis l'âge de 7 ans une atteinte unguéale progressive, suivie 10 ans après par l'apparition de lésions cutanées diffuses, asymptomatiques, sans notion de photosensibilité. Un antécédent familial de décès précoce à l'âge de 14 ans dans un contexte similaire a été rapporté. L'examen retrouvait une hyperpigmentation réticulée atrophique généralisée associée à des macules hypopigmentées bien limitées, une kératodermie palmo-plantaire et une xérose diffuse. On observait également une alopécie non cicatricielle du vertex et une atteinte unguéale sévère associant une anonychie et un ptérygium dorsal et ventral touchant l'ensemble des ongles. La muqueuse buccale présentait une discrète leucoplasie linguale. La dermoscopie montrait un réseau pigmenté homogène, des zones blanches sans structures, une hyperpigmentation périfolliculaire et une hypotrichie diffuse du cuir chevelu. L'examen sous lumière de Wood ne révélait pas de prise de contraste. Une ascite de grande abondance avec des signes d'hypertension portale était également notée. Le bilan systémique révélait une pancytopénie sévère, associée à une hypertension portale et à une dysplasie osseuse. Le myélogramme et la biopsie ostéo-médullaire concluaient à une hypoplasie médullaire. Les biopsies cutanée et du cuir chevelu montraient une dermatite pigmentaire chronique non spécifique, hyperplasie mélanocytaire focale et atrophie épidermique modérée. L'ensemble des données cliniques, dermoscopiques, biologiques et histopathologiques permettait de retenir le diagnostic de dyskératose congénitale. Le patient a bénéficié d'une prise en charge spécialisée de l'atteinte hématologique et hépatique avec un traitement symptomatique des atteintes cutanées, un conseil génétique et un soutien psychologique.

Discussion

Notre patient présente une forme classique de dyskératose congénitale, caractérisée par une triade précoce, faite de dyschromie réticulée, de dystrophie unguéale avec ptérygium et une leucoplasie buccale. Il s'agit d'une téloméropathie liée à des mutations des gènes de conservation des télomères, en particulier DKC1, TERT, TERC et TINF2. La forme liée à l'X est la plus fréquente, mais la consanguinité observée dans ce cas fait évoquer une transmission autosomique. Cette présentation était compliquée d'une pancytopénie sévère, principale cause de morbi-mortalité, survenant chez 70 à 80 % des patients avant 30 ans. L'hypertension portale, plus rare, a néanmoins été décrite dans les formes sévères de téloméropathies.

Les diagnostics différentiels regroupent la maladie de Fanconi, les poïkilodermies congénitales ainsi que certaines dysplasies ectodermiques. La prise en charge repose sur des mesures symptomatiques et un suivi multidisciplinaire rapproché avec le conseil génétique. En cas d'insuffisance médullaire, la greffe de cellules souches hématopoïétiques demeure le traitement de référence, tandis que le danazol peut, dans certains cas, induire une amélioration hématologique transitoire.

Conclusion

Cette observation souligne l'importance d'évoquer cette entité rare devant la triade caractéristique et de réaliser systématiquement un bilan à la recherche d'une atteinte systémique, en particulier hématologique.

Incidental Diagnosis of Dowling–Degos Disease in the Mother of a Teenager with Severe Acne: The Value of Clinical Observation Across Generations

Badr Amal[1], Leila Bendaoud[1], Meryem Aboudouraib[1], Ouafa Hocar[1], Said Amal[1]*
[1] Department of Dermatology, Mohammed VI University Hospital, Biosciences and Health Laboratory, FMPM, Cadi Ayyad University, Marrakech

Introduction

Dowling–Degos disease (DDD) is a rare autosomal dominant genodermatosis characterized by reticulated hyperpigmentation of the flexural regions, perioral pitted scars, and comedone-like lesions. It usually appears in adulthood but may remain undiagnosed for years due to its subtle clinical features. Recognition of the disease is important not only for diagnosis but also for genetic counseling, as it tends to cluster within families. Dermatological consultations, especially for common conditions such as acne, may provide unexpected opportunities for identifying such inherited disorders.

Case Report

A 16-year-old female patient presented to our clinic with severe acne vulgaris involving both the face and trunk. The lesions were mixed, combining inflammatory papules, pustules, and nodules with multiple retentional lesions, leading to significant cosmetic concern. The patient was accompanied by her mother, in whom we noticed several characteristic findings on clinical examination: multiple pitted perioral scars, reticulated hyperpigmented macules distributed in the axillary and inguinal folds, as well as scattered comedo-like microcysts on the face and trunk. Given the association of these signs, the suspicion of Dowling–Degos disease was raised. A punch biopsy was performed on one of the flexural hyperpigmented lesions of the mother. Histopathological analysis revealed elongated, branching epidermal rete ridges with increased pigmentation of the basal layer, findings consistent with Dowling–Degos disease. No other family members were available for further evaluation.

Conclusion

This observation highlights the importance of a meticulous clinical eye during dermatological consultations. A common presentation of severe adolescent acne led, through incidental findings in the accompanying parent, to the diagnosis of an uncommon hereditary pigmentary disorder. Beyond its anecdotal interest, this case underlines the relevance of considering genetic diseases within families, even when the primary complaint is unrelated. Early recognition of Dowling–Degos disease allows for appropriate patient education, genetic counseling, and avoidance of unnecessary or ineffective treatments.

Cutaneous xanthomas revealing type IIb familial hypercholesterolemia: a case report

EL HASSANI TAIB Hajar, HAMADA Syrine, EL MOUSTAOUI Meryem, AMMAR Najoua, MEZIANE MARIAME, ISMAILI Nadia, BENZEKRI Laila

Introduction :

Type IIb familial hypercholesterolemia is a rare genetic dyslipidemia characterized by elevated LDL-C and triglycerides. It can present in childhood with cutaneous xanthomas and a family history of hyperlipidemia. Early diagnosis and management are essential to reduce long-term morbidity.. We report a pediatric case revealed by multiple xanthomas.

Case report :

This is a 12-year-old boy born from a first-degree consanguineous marriage, whose father is being followed for hypercholesterolemia. Her mother reported the appearance, at the age of 5, of painless subcutaneous formations on the elbows and knees, which gradually increased in size. Dermatological examination revealed multiple firm and painless xanthomas—both tuberous and tendinous—located over the elbows and knees. The patient's main concern was aesthetic.

A lipid panel confirmed the diagnosis of major type IIb hypercholesterolemia, with a total cholesterol level of 6.80 g/L, LDL at 6 g/L, HDL at 0.42 g/L, and triglycerides at 1.2 g/L. Systemic evaluation showed no abnormalities. The patient was placed on a lipid-lowering diet and treated with atorvastatin combined with ezetimibe and aspirin at a dose of 75 mg/day. A significant improvement in the lipid profile was noted, with total cholesterol reduced to 3 g/L and LDL to 2.5 g/L. The patient also underwent surgical removal of the most unsightly and bothersome xanthomas.

Discussion :

Type IIb familial hypercholesterolemia is a rare genetic dyslipidemia characterized by elevated LDL-C and triglycerides.

Dermatological signs such as xanthomas are often the earliest visible manifestations of familial hypercholesterolemia, particularly in its homozygous or more severe forms like type IIb. These lesions—tuberous, tendinous, or planar—typically appear on pressure points such as elbows, knees, Achilles tendons, and buttocks. Their presence in a child should prompt immediate lipid profiling and investigation of familial history, as they serve as key diagnostic clues. Recognizing these cutaneous signs allows for early intervention, which is critical in preventing premature atherosclerosis and cardiovascular complications. Xanthomas may exert a substantial psychosocial impact, which can justify surgical management once lipid levels are controlled.

Conclusion :

This case illustrates the diagnostic value of cutaneous xanthomas in type IIb familial hypercholesterolemia, emphasizing the need for clinical vigilance in children with atypical skin lesions and family history. Early recognition allows for effective treatment and highlights the complementary role of medical and surgical management.

NEUROFIBROMATOSE NF1 :
EXPERIENCE DU SERVICE DE DERMATOLOGIE DU CHU MED VI D'OUJDA

R.BOUABDALLAOUI [1] , N.TAHRI [1] , 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 scientifique et de santé publique.
Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, Maroc.

INTRODUCTION :

La neurofibromatose de type 1 (NF1) est une maladie autosomique dominante liée à une mutation du gène NF1, responsable d'anomalies cutanées, osseuses et neurologiques. Le diagnostic est clinique, les signes cutanés étant souvent révélateurs.

Ce travail vise à évaluer la prévalence des complications associées à la NF1 et de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et paracliniques des patients atteints.

MATERIELS ET METHODES :

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive réalisée sur 10 ans (juin 2014—juin 2024) menée au CHU Mohammed VI d'Oujda, ayant incluant tous les patients suivis dans notre formation pour neurofibromatose NF1.

RESULTATS :

L'étude a inclus 28 patients (âge moyen 14 ans, 60,7 % de filles). Des antécédents familiaux de NF1 étaient présents chez 46,4 % au 1er degré et 4,1 % au 2e degré. Des difficultés d'apprentissage étaient rapportées chez 21,4 % et des manifestations neurologiques chez 4 %, avec des céphalées comme principal symptôme.

Le motif de consultation prédominant était la présence de lésions hyperpigmentées (82,1 %). Les taches café au lait et les lentigines étaient présentes chez tous les patients. Le signe de Crowe était positif chez 35 %, et des neurofibromes cutanés ou sous-cutanés étaient observés chez 67,8 %. Les neurofibromes plexiformes ont été identifiés chez 6 patients.

Concernant les investigations paracliniques, des nodules de Lisch ont été détectés chez 32,1 %, des atteintes osseuses chez 10,7 % et des adénopathies échographiques chez 25 %. Tous les patients ont bénéficié d'une IRM cérébrale : 32,1 % présentaient des objets blancs non identifiés (OBNI) et 3 présentaient des processus tumoraux, dont un responsable d'une compression bulbo-médullaire. Tous ces patients ont été référés en neurochirurgie pour une prise en charge complémentaire.

DISCUSSION :

La NF1 est une maladie génétique autosomique dominante, avec une prévalence estimée entre 1/2 500 et 1/3 000 naissances. Les manifestations cliniques sont variées et incluent des atteintes cutanées, neurologiques et osseuses, ce qui concorde avec nos observations. Les taches café au lait, présentes chez tous nos patients, ainsi que les lentigines et le signe de Crowe (35 %), sont conformes aux données existantes sur les manifestations cutanées de la NF1.

Les neurofibromes cutanés et sous-cutanés ont été observés chez 67,8 % des patients, en accord avec les données de la littérature. Les neurofibromes plexiformes ont été identifiés dans 21,4 % des cas, un taux inférieur à celui rapporté dans la littérature (jusqu'à 50 %). Sur le plan neurologique, nos résultats confirment la prévalence élevée des tumeurs gliales de bas grade chez les jeunes adultes atteints de NF1.

Les nodules de Lisch (32,1 %) et les atteintes osseuses (10,7 %) observés dans notre étude sont cohérents avec les taux décrits dans la littérature, soulignant l'importance du dépistage ophtalmologique et de l'évaluation radiologique des anomalies squelettiques. La découverte de processus tumoraux nécessitant une prise en charge neurochirurgicale démontre l'importance d'une surveillance multidisciplinaire.

Nos résultats, bien que limités par la taille de l'échantillon, renforcent la nécessité d'un suivi étroit des patients atteints de NF1 afin de dépister précocement les complications tumorales et squelettiques, et d'optimiser leur prise en charge.

Conclusion :

Le rôle du dermatologue est crucial dans le dépistage précoce des manifestations de la NF1 et dans l'identification des patients à risque de développer des complications tumorales ou osseuses graves. Une surveillance multidisciplinaire reste essentielle pour une prise en charge optimale de cette pathologie complexe.

Manifestations cutanées révélant un syndrome d'Hermansky-Pudlak de type 2 avec atteinte pulmonaire fibrosante

S.Lazouzi[1], F-Z.EL Fatoiki[1], Y.Mahdar[1], F.Hali[1], N. Moussali[2], S.Chiheb[1]
1 : Service de Dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc
2 : Service de radiologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction :

Le syndrome d'Hermansky-Pudlak (HPS) est une maladie génétique autosomique récessive rare, associant albinisme oculocutané, diathèse hémorragique, et, selon les sous-types, atteinte pulmonaire fibrosante ou déficit immunitaire. Nous rapportons un cas de HPS de type 2 à expression systémique, révélé par des manifestations dermatologiques évocatrices.

Observation :

Un homme de 25 ans, aux antécédents de retard staturo-pondéral et psychomoteur ainsi que d'infections respiratoires récidivantes dans l'enfance, se présentait pour une hypopigmentation diffuse congénitale. L'interrogatoire révélait également une diarrhée chronique, des épistaxis répétées, ainsi qu'une dyspnée d'effort associée à une toux sèche d'apparition récente. L'examen clinique retrouvait un albinisme cutané et capillaire (Fig. 1), des déformations thoraciques, un hippocratisme digital (Fig. 2) et des râles crépitants bilatéraux aux bases pulmonaires. L'examen ophtalmologique montrait un nystagmus horizontal, une hypopigmentation rétinienne et une acuité visuelle limitée à 1/10 aux deux yeux. L'exploration thoracique révélait une pneumopathie interstitielle fibrosante non spécifique à la TDM, associée à un syndrome restrictif à l'exploration fonctionnelle. L'évaluation cardiaque était sans anomalie. L'étude génétique identifiait une mutation délétère du gène *AP3B1*, confirmant le diagnostic de syndrome d'Hermansky-Pudlak de type 2.

Discussion :

Le syndrome d'Hermansky-Pudlak (HPS) est une maladie autosomique récessive rare, caractérisée par l'association d'un albinisme oculocutané, d'un trouble de l'hémostase, et, selon les sous-types, de complications systémiques telles que des atteintes pulmonaires fibrosantes, des colites granulomateuses ou des immunodéficiences. Le type 2, secondaire à une mutation du gène *AP3B1*, se distingue par une expression clinique sévère, marquée notamment par une atteinte pulmonaire précoce et progressive.

L'originalité de notre observation tient au fait que les manifestations dermatologiques, motif de consultation initial, associées à des signes extra-cutanés discrets mais évocateurs, ont permis d'orienter rapidement vers un diagnostic syndromique. Le contexte de retard de développement, les troubles digestifs et hémorragiques, et la dyspnée récente ont suggéré une atteinte systémique. L'identification génétique d'une mutation *AP3B1* a permis de poser un diagnostic précis de HPS de type 2, dont la gravité repose principalement sur le risque évolutif de fibrose pulmonaire, souvent sous-estimée au début.

En l'absence de traitement curatif, la prise en charge du HPS repose sur une approche préventive et palliative, visant à ralentir l'évolution et à réduire la morbidité.

Conclusion :

Cette observation illustre le rôle essentiel du dermatologue dans le repérage des albinismes syndromiques à expression systémique. L'association d'un albinisme oculocutané à des signes digestifs, hémorragiques ou respiratoires doit faire évoquer un syndrome d'Hermansky-Pudlak, dont le type 2 nécessite une prise en charge multidisciplinaire précoce, adaptée à sa gravité potentielle.

Figure 1

Figure 2

Harlequin Ichthyosis: Two New Case With Fatal Outcomes

3. JEI, FZ. ELFATOIKI, H. RACHADI, S. CHIHEB

Ibn rochd university hospital center, dermatology and venerology, casablanca

Introduction & Objectives :

Harlequin ichthyosis is the most severe and often fatal form of congenital ichthyoses, with an estimated incidence of approximately 1 in 300,000 live births. It is inherited in an autosomal recessive manner, caused by mutations in the ABCA12 gene. Clinically, the condition presents at birth with skin encased in thick, yellowish scales separated by deep, red fissures.

Our study aims to report two new cases and describe their clinical features.

Case Report :

Case 1: A female newborn, first child of first-degree consanguineous parents, was evaluated on day 1 of life. The mother was 20 years old with no notable medical history. The pregnancy was poorly monitored and delivered at 32 weeks of gestation. The infectious workup was negative. There was no medication, toxic exposure, or similar familial cases reported. The baby was delivered vaginally, with an Apgar score of 8/10 and a birth weight of 1400 grams.

Dermatological examination revealed shiny, taut, varnished skin resembling a collodion membrane with areas of fissuring. Thick ichthyosiform scales in a "fish-scale" pattern were present on the dorsal arms and upper back. The face exhibited large, yellowish scales separated by deep red fissures, with ectropion, eclabion, eversion of the ears and nose, wrinkled auricle, swollen extremities without palmar or plantar creases, tapered, gloved fingers, and short, curved toes. The evolution was rapidly fatal.

Case 2: A male newborn evaluated at 6 hours of life, born to first-degree consanguineous parents. The 24-year-old mother had a history of miscarriage and a poorly monitored pregnancy delivered at 34 weeks via cesarean section due to fetal heart rate abnormalities. The Apgar score at birth was 7/10 and birth weight was 1500 grams.

Dermatological examination showed thick, rigid, yellowish plaques forming a true armor-like shell, separated by deep, bright red fissures resembling a mosaic pattern. There was marked ectropion, nasal eversion, eclabion, and auricles adhered to the scalp, creating a characteristic "frog-like" facial appearance. The extremities were swollen with gloved fingers and short, curved toes. The course was rapidly fatal.

Conclusion

Harlequin ichthyosis represents the most severe form of congenital ichthyosis, often leading to death due to dehydration and infections. Neonatal management includes 100% humidity, topical emollients, and oral retinoids such as acitretin (0.5–1 mg/kg/day). Despite these interventions, mortality remains high, highlighting the importance of early discussions regarding palliative care or medical termination of pregnancy (MTP) in confirmed antenatal diagnoses.

Therapeutic decisions must be multidisciplinary, considering the extremely poor prognosis and impact on quality of life. Family support is essential in managing this devastating condition.

Angiokératomes Génitaux Isolés : Un Marqueur Cutané Méconnu de la Maladie de Fabry Démasqué par la Dermoscopie

S.BARAZ, R.BABA, I.ANOUAR, M.AMRAOUI, Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA
Service de dermatologie vénérologie, Hopital militaire d'instruction Mohammed V RABAT

Introduction

La maladie de Fabry, affection lysosomale liée à l'X, se manifeste classiquement par des angiokératomes dans la région du maillot de bain. Les présentations génitales isolées, souvent confondues avec des condylomes, représentent un piège diagnostique sous-estimé. Ce cas illustre l'apport déterminant de la dermoscopie pour établir un diagnostic présomptif en l'absence d'accès aux tests génétiques ou biomoléculaires, conformément aux recommandations récentes de l'European Dermatology Forum (2023).

Observation du Cas

Un patient de 32 ans, sans antécédents médicaux ni familiaux, consulte pour des papules génitales asymptomatiques évoluant depuis 6 mois, initialement diagnostiquées comme des condylomes. L'examen clinique révèle des lésions violacées, bien délimitées, localisées exclusivement sur la verge. L'analyse dermoscopique objective des **lacunes vasculaires rouge foncé homogènes**, séparées par des septa blanc-jaunâtre, formant un motif en **"nid d'abeille vasculaire"** (pseudo-réseil). Aucune structure verruqueuse (vaisseaux en pointillés, mosaïque) ni lésion muqueuse associée n'est observée. L'absence d'acroparesthésies, d'hypohidrose ou d'antécédents familiaux complète le tableau.

Discussion

Ce cas soulève trois problématiques scientifiques originales :

- La dermoscopie comme outil diagnostique pivot : Les critères de Zaballos (2014) et Lacun (2018) attribuent une spécificité de 95% au motif combiné "lacunes rouges + septa pâles" pour les angiokératomes fabryens. Cette signature visuelle permet de différencier ces lésions des condylomes (vaisseaux en virgule ou points) et du lichen scléreux (blanchissement homogène), offrant une alternative robuste aux tests moléculaires inaccessibles.

- La reconnaissance des formes oligosymptomatiques : Selon Biegstraaten et al. (2023), les angiokératomes génitaux isolés constituent un phénotype émergent de la maladie de Fabry, souvent associé à des mutations résiduelles de l'α-galactosidase A. L'absence de symptômes systémiques n'exclut pas un risque d'atteintes viscérales silencieuses, justifiant un dépistage proactif.

Stratégie de surveillance adaptée : En cohérence avec les guidelines de Germain et al. (2023), nous proposons un algorithme de suivi fondé sur :

1. Une surveillance dermoscopique trimestrielle pour détecter l'extension des lésions.
2. Un dépistage annuel des complications rénales (bandelette urinaire) et cardiaques (ECG).
3. Une enquête familiale élargie, 40% des cas index révélant des antécédents méconnus (Nowak, 2022).

Conclusion

Les angiokératomes génitaux isolés doivent être intégrés aux diagnostics différentiels des lésions génitales, même en l'absence de signes systémiques. La dermoscopie, par sa haute spécificité et son accessibilité, constitue un outil de première ligne pour identifier ces marqueurs cutanés de la maladie de Fabry. Une surveillance structurée incluant un suivi lésionnel et un dépistage viscéral minimaliste représente une approche pragmatique et scientifiquement validée pour prévenir les morbidités irréversibles dans les contextes à ressources limitées.

Kératodermie palmoplantaire punctiforme héréditaire de type I révélée par un handicap plantaire sévère : à propos d'un cas

S.BARAZ, R.BABA, H.KERROUCH, M.AMRAOUI, Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA
Service de dermatologie vénérologie, Hopital militaire d'instruction Mohammed V RABAT

Introduction & Objectifs :

La kératodermie palmoplantaire punctiforme (KPPP) de type I, ou maladie de Buschke-Fischer-Brauer, est une affection héréditaire rare caractérisée par de multiples papules et plaques hyperkératosiques siégeant aux paumes et aux plantes. Transmise sur un mode autosomique dominant, elle apparaît le plus souvent entre la deuxième et la quatrième décennie. Bien que bénigne, elle peut entraîner une gêne fonctionnelle importante. Nous rapportons un cas de KPPP héréditaire de type I diagnostiqué tardivement chez un patient âgé présentant un déficit neurologique, en soulignant les difficultés diagnostiques et thérapeutiques.

Matériels & Méthodes :

Il s'agit d'un homme de 69 ans, suivi pour diabète insulinodépendant, hypertension artérielle et hémiplégie post-AVC ischémique, consultant pour une kératodermie palmoplantaire douloureuse et évolutive depuis l'âge de 38 ans. Il rapportait des lésions similaires chez son père. L'examen clinique montrait de multiples nodules et plaques kératosiques verruqueux, jaunâtres à brunâtres, siégeant aux zones plantaires d'appui et aux faces palmaires, avec respect des ongles et des muqueuses. Les lésions étaient responsables d'un retentissement fonctionnel et esthétique majeur. Le diagnostic de KPPP de type I a été retenu sur la clinique. En raison de la fragilité du patient, ni examen histologique ni analyse génétique n'ont été réalisés. Aucun signe de malignité interne ni de pathologie systémique associée n'a été retrouvé.

Résultats :

La KPPP de type I est liée à des mutations du gène AAGAB, impliqué dans la régulation de la prolifération épidermique. Si le diagnostic est habituellement posé plus précocement, l'absence de reconnaissance clinique ou l'attribution erronée des symptômes peut en retarder l'identification, surtout chez des patients polymorbides. Ce cas illustre la nature progressive de la maladie et son impact sur la mobilité et la qualité de vie. La prise en charge reste symptomatique, reposant sur l'utilisation de kératolytiques, d'émollients et, dans certains cas, de rétinoïdes systémiques, bien que ces derniers puissent être contre-indiqués chez le sujet âgé. Les diagnostics différentiels incluent la porokératose punctiforme, le kératoderma spinulosa, les kératoses arsenicales et les kératodermies acquises. Certaines variantes de KPPP peuvent être associées à un risque tumoral, mais aucune manifestation de ce type n'a été retrouvée chez notre patient.

Conclusion :

La KPPP héréditaire de type I peut se révéler par des lésions invalidantes chez des patients âgés, notamment lorsque des comorbidités retardent le diagnostic. La reconnaissance de cette affection repose sur l'examen clinique et l'interrogatoire familial, en particulier lorsque la confirmation histologique ou génétique n'est pas réalisable. Une meilleure sensibilisation des cliniciens à cette pathologie permettrait un diagnostic plus précoce et une prise en charge visant à limiter l'impact fonctionnel.

Tumeurs cutanées de la face au cours du Xeroderma Pigmentosum : Profil épidémiologique et variantes histologiques

Imane HAKIM[1], Maryem ABOUDOURIB[1], Layla BENDAOUD[1], Ouafa HOCAR[1], Said AMAL[1]
Amine HAJJAR[2], Oumkeltoum ELATIQI[2], Samira BOUKIND[2], Moulay Driss EL AMRANI[2], Yassine BENCHEMKHA[2]
Service de Dermatologie, CHU Mohammed VI – Marrakech[1]
Service de Chirurgie plastique, CHU Mohammed VI – Marrakech [2]
Laboratoire de Biosciences, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, Maroc

Introduction

Le Xeroderma pigmentosum (XP) est une génodermatose rare, autosomique récessive, liée à un déficit de réparation de l'ADN après exposition aux rayons ultraviolets. Elle se caractérise par l'apparition très précoce de lésions cutanées évolutives vers des tumeurs malignes, entraînant une espérance de vie réduite. Dans les pays en développement, le pronostic est aggravé par un accès limité aux mesures de prévention et de prise en charge.

Objectif

L'objectif de ce travail est de décrire le profil épidémiologique, clinique et histologique des tumeurs cutanées de la face chez les patients atteints de Xeroderma pigmentosum, et d'analyser les modalités de leur prise en charge chirurgicale et préventive.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service de chirurgie réparatrice, esthétique et des brûlés du CHU Mohammed VI de Marrakech, sur une période de neuf ans allant de janvier 2016 à janvier 2025. L'étude a inclus 45 patients atteints de Xeroderma pigmentosum. Les paramètres étudiés concernaient l'âge d'apparition des premiers signes cutanés, l'âge de survenue de la première tumeur et celui de la consultation, la répartition selon le sexe et l'âge, ainsi que les données socio-économiques, la scolarisation, l'exposition solaire et les moyens de photoprotection. Les localisations tumorales et les résultats histologiques ont également été analysés.

Résultats

Dans notre série, l'âge moyen d'apparition des premiers signes cutanés était de 1,4 an, celui de la première tumeur de 8,7 ans et celui de la consultation de 7,7 ans. Les 45 patients comprenaient 15 femmes (30 %) et 30 hommes (67 %), soit un sexe-ratio de 1,5 en faveur des hommes. La majorité des patients étaient des enfants et des adolescents, avec une prédominance des tranches d'âge inférieures à 10 ans lors de la première tumeur. Plus de la moitié provenaient de milieux défavorisés, et 71 % n'avaient jamais été scolarisés, principalement originaires de la région de Marrakech. L'exposition solaire était quasi constante, la photoprotection se limitant au port de crèmes solaires, de chapeaux et de lunettes, tandis que seulement douze patients utilisaient une combinaison anti-UV. Sur le plan clinique, la joue représentait la localisation tumorale la plus fréquente, suivie par le nez, le front, les paupières, les lèvres, le menton et les yeux. L'étude histologique a révélé une nette prédominance des tumeurs malignes, dominées par les carcinomes épidermoïdes (52 %), le plus souvent bien et moyennement différenciés et infiltrants, suivis des carcinomes basocellulaires (27 %) et des mélanomes (2 %). Les tumeurs bénignes étaient représentées par le kératoacanthome (2 %), tandis que les lésions précancéreuses comprenaient principalement la kératose actinique (4 %).

Discussion

Le Xeroderma pigmentosum est une affection génétique rare qui entraîne une hypersensibilité cutanée majeure aux rayons ultraviolets et favorise une accumulation de mutations responsables de la carcinogenèse cutanée. Chez ces patients, les tumeurs apparaissent très précocement et présentent une agressivité particulière. Dans notre série, les variantes histologiques étaient dominées par les carcinomes épidermoïdes, suivis des carcinomes basocellulaires, des mélanomes, et plus rarement de tumeurs bénignes ou de lésions précancéreuses telles que les kératoacanthomes et les kératoses actiniques. Ces résultats confirment la fréquence élevée et la précocité des tumeurs malignes chez les patients XP. Contrairement à la population générale où les carcinomes basocellulaires prédominent, nos observations mettent en évidence une inversion épidémiologique en faveur des carcinomes épidermoïdes. Cette particularité pourrait être expliquée par la susceptibilité génétique propre au XP, associée à une exposition solaire cumulative dès le jeune âge. Le contexte socio-économique défavorable, l'absence de scolarisation et la faible observance des mesures de photoprotection contribuent à aggraver le pronostic, d'autant que la prise en charge est souvent retardée. Ces constats soulignent l'importance d'une prévention adaptée reposant sur une photoprotection stricte, l'éducation thérapeutique des familles et la formation des médecins de première ligne pour assurer un dépistage précoce. La chirurgie reste le traitement de référence, mais doit être précoce et répétée afin de limiter les séquelles fonctionnelles et esthétiques.

Conclusion

Le Xeroderma pigmentosum demeure une affection grave et redoutable, caractérisée par la survenue précoce, répétée et agressive de tumeurs cutanées malignes. L'amélioration du pronostic passe par une photoprotection rigoureuse, une sensibilisation des familles, une formation des soignants de première ligne, un dépistage systématique des lésions précancéreuses et une prise en charge chirurgicale précoce et multidisciplinaire.

Une variante singulière d'angiokératome : le naeviforme circonscrit

W. Atine ; F. Hali ; S. Chiheb
SERVICE DE DERMATOLOGIE ET DE VENEROLOGIE, C.H.U IBN ROCHD DE CASABLANCA, CASABLANCA, MAROC

Introduction

Les angiokératomes associent une hypertrophie vasculaire et une hyperkératose. Ils se manifestent par des papules et/ou des plaques verruqueuses hyperkératosiques rouge-noir bien délimitées. Cinq variantes cliniques sont décrites dont l'angiokératome corporis diffusum, l'angiokératome de Mibelli, l'angiokératome Fordyce, angiokératome solitaire et multiple et l'angiokératome circonscrit naeviforme. Ce dernier correspond à une entité clinique rare d'angiokératome, nous en rapportons ainsi un cas.

Observation

Il s'agit de Mme S.L, âgée de 16ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui consultait pour une lésion douloureuse et saignante au contact de la face postérieure de la cuisse gauche évoluant depuis 2 ans. L'examen dermatologique retrouvait un placard papulo-nodulaire angiomateux de 12 cm de grand axe bien limité ferme non kystique à surface kératosique et à base infiltrée disposée d'une manière segmentaire au niveau de la face postérieure de la cuisse gauche. À la dermoscopie, on notait une lésion angiomateuse, un réseau vasculaire avec un aspect de vx arborescents, des croutes hémorragiques et une zone blanche nacrée fibreuse sans structure. Les muqueuses et les phanères étaient sains et le reste de l'examen physique était sans anomalies. Devant ce tableau clinique on a évoqué un angiokératome circonscrit naeviforme, un hémangiome verruqueux, un dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand, un sarcome de kaposi et un lymphome B. Une biopsie cutanée a été faite concluant à un aspect compatible avec un angiokératome. Une angio-IRM a été ainsi demandé objectivant une prolifération vasculaire sous cutanée diffuse. La prise en charge reposait sur une biopsie exérèse avec des suites post opératoire sans incidents.

Discussion

L'angiokératome circonscrit naeviforme est la forme la plus rare d'angiokératome, survenant surtout chez la jeune femme. Il se présente sous forme de lésions unilatérales, rouge foncé à bleu-noir, initialement maculaires puis verruqueuses, souvent à disposition zostériforme. L'histologie montre une hyperkératose, une acanthose, une papillomatose et une dilatation des capillaires dermiques.
Des malformations vasculaires profondes peuvent être associées, comme objectivé par angio-IRM chez notre patiente. Le diagnostic différentiel principal est l'hémangiome verruqueux.
L'angiokératome ne régresse pas spontanément. Le traitement repose sur des méthodes destructrices (électrocoagulation, cryochirurgie, laser ou chirurgie selon la taille des lésions).

Conclusion

Nous rapportons ici un cas d'angiokératome circonscrit neaviforme en raison de sa rareté, et voulons souligner que, malgré sa rareté, il doit être pris en compte comme diagnostic différentiel des lésions verruqueuses segmentaires.

Le Blue Rubber Bleb Naevus Syndrome : une présentation cutanée atypique sans atteinte viscérale chez une adulte

A. Alshbiti[1], C. Mustapha Eid[1], S. Alaoui[1], S. Hamada[1], N. Ammar[1], N. Ismaili[1], L. Benzekri[1], M. Meziane[1]

[1]Service de dermatologie du CHU Ibn Sina de Rabat, Maroc

Résumé

Introduction :

Le Blue Rubber Bleb Naevus Syndrome (BRBNS) est une affection vasculaire rare caractérisée par des malformations veineuses multiples, touchant principalement la peau et le tractus digestif. Les formes cutanées isolées sont exceptionnelles.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente de 40 ans, sans antécédents familiaux similaires, consultant pour des lésions cutanées violacées évoluant depuis plus de 10 ans. L'examen clinique retrouvait sept nodules bleutés, molles, indolores, localisés au visage, au dos et à la lèvre supérieure. La dermoscopie montrait des globules violacés
associés à des structures blanchâtres. L'étude histologique révélait une malformation veineuse typique. Un bilan ophtalmologique retrouvait une lésion kystique conjonctivale gauche. À ce jour, aucune atteinte digestive ni épisode hémorragique n'a été observé.

Discussion :

Le BRBNS est une entité rare, avec environ 200 cas rapportés. La physiopathologie implique des mutations
activatrices du gène TEK/TIE2, entraînant une prolifération vasculaire anarchique. Cliniquement, il se manifeste par des nodules cutanés bleutés compressibles, associés dans la majorité des cas à une atteinte gastro-intestinale responsable d'hémorragies chroniques. Le diagnostic repose sur la clinique, la dermoscopie et l'histologie. Le
traitement reste symptomatique, allant de la supplémentation martiale au recours à des traitements ciblés comme le sirolimus.

Conclusion :

Le BRBNS présente une grande variabilité clinique. Les formes exclusivement cutanées, comme dans notre observation, sont rares et doivent être reconnues pour éviter des explorations digestives invasives inutiles. Une surveillance multidisciplinaire régulière est indispensable pour dépister précocement une éventuelle atteinte viscérale et adapter la prise en charge.

Le Blue Rubber Bleb Naevus Syndrome : une présentation cutanée atypique sans atteinte viscérale chez une adulte

A. Alshbiti[1], C. Mustapha Eid[1], S. Alaoui[1], S. Hamada[1], N. Ammar[1], N. Ismaili[1], L. Benzekri[1], M. Meziane[1]

[1]Service de dermatologie du CHU Ibn Sina de Rabat, Maroc

Résumé

Introduction :

Le Blue Rubber Bleb Naevus Syndrome (BRBNS) est une affection vasculaire rare caractérisée par des malformations veineuses multiples, touchant principalement la peau et le tractus digestif. Les formes cutanées isolées sont exceptionnelles.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente de 40 ans, sans antécédents familiaux similaires, consultant pour des lésions cutanées violacées évoluant depuis plus de 10 ans. L'examen clinique retrouvait sept nodules bleutés, molles, indolores, localisés au visage, au dos et à la lèvre supérieure. La dermoscopie montrait des globules violacés associés à des structures blanchâtres. L'étude histologique révélait une malformation veineuse typique. Un bilan ophtalmologique retrouvait une lésion kystique conjonctivale gauche. À ce jour, aucune atteinte digestive ni épisode hémorragique n'a été observé.

Discussion :

Le BRBNS est une entité rare, avec environ 200 cas rapportés. La physiopathologie implique des mutations activatrices du gène TEK/TIE2, entraînant une prolifération vasculaire anarchique. Cliniquement, il se manifeste par des nodules cutanés bleutés compressibles, associés dans la majorité des cas à une atteinte gastro-intestinale responsable d'hémorragies chroniques. Le diagnostic repose sur la clinique, la dermoscopie et l'histologie. Le traitement reste symptomatique, allant de la supplémentation martiale au recours à des traitements ciblés comme le sirolimus.

Conclusion :

Le BRBNS présente une grande variabilité clinique. Les formes exclusivement cutanées, comme dans notre observation, sont rares et doivent être reconnues pour éviter des explorations digestives invasives inutiles. Une surveillance multidisciplinaire régulière est indispensable pour dépister précocement une éventuelle atteinte viscérale et adapter la prise en charge.

Lymphangiome microkystique oro-facial : diagnostic dermoscopique et approche thérapeutique

W. Souhail, 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 lymphangiome microkystique est une malformation congénitale rare et bénigne. Son origine reste incertaine : soit séquestration de l'hypertrophie lymphatique primitive, soit obstruction congénitale.

Deux théories expliquent le développement lymphatique : dérivation à partir du plexus veineux ou formation à partir de cinq sacs primitifs veineux incluant le sac jugulaire. Nous rapportons ici un cas de lymphangiome de la langue traité par sirolimus

observation :

Patiente âgée de 26 ans, sans antécédents médicaux particuliers, consultant pour des vésicules blanches évoluant depuis l'âge de 4 ans. Ces lésions se remplissent progressivement de sang, peuvent se rompre spontanément, s'accompagnant d'une légère sensation de brûlure, puis réapparaissent par la suite. Initialement localisées sur la langue (faces dorsale et ventrale), puis elles se sont étendues au menton.

La patiente ne rapporte aucune difficulté d'élocution, de déglutition ou de respiration.

L'examen dermoscopique montre la présence de lacunes translucides dilatées séparées par des septas pâles, avec un aspect caractéristique en « grappe de grenouille ».

La biopsie d'une lésion confirmant un lymphangiome microkystique et l'IRM faciale révélant une atteinte du plancher buccal avec extension intermusculaire et infiltration sous-cutanée pétéchiale de la région mentonnière, la prise en charge consistait en l'ectrocoagulation réalisée pour les lésions mentonnières, associée à un traitement par sirolimus (1,6 mg/m2/j).

Discussion :

Les lymphangiomes sont des malformations congénitales bénignes du système lymphatique, décrites par Virchow en 1854, apparaissant généralement avant l'âge de 2 ans, avec 50 % détectées à la naissance. Dans notre observation, la lésion est apparue à 4 ans, un âge atypique. Leur origine reste incertaine : elles pourraient résulter d'un développement incomplet du système lymphatique ou d'une agrégation anormale de tissus lymphatiques.

Histologiquement, les lymphangiomes présentent des espaces lymphatiques muqueux et sous-muqueux et sont classés en microkystiques (<2 cm^3), macrokystiques (>2 cm^3) ou mixtes.

Le traitement de choix reste l'excision complète, mais d'autres méthodes comme cryothérapie, électrocoagulation, sclérothérapie, corticostéroïdes ou embolisation sont utilisées. Le taux de récidive est élevé, surtout pour les lymphangiomes microkystiques étendus et difficiles à exciser chirurgicalement, notamment sur la langue.

La pathogénèse impliquant souvent des mutations activatrices de PIK3CA a conduit à l'utilisation d'inhibiteurs de la voie PI3K/AKT/mTOR, montrant une efficacité notable dans les malformations lymphatiques pures pédiatriques.

Conclusion :

Les lymphangiomes sont des malformations relativement rares, survenant plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte, avec une prédilection pour la région tête et cou. Un diagnostic précoce favorise une prise en charge rapide, réduisant ainsi le risque de complications ultérieures.

Efficacité du sirolimus dans le traitement des lymphangiomes kystiques chez l'enfant : Etude prospective

A.Cheab, F.Hali, S.Chiheb
Service de dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction

Les lymphangiomes kystiques sont des malformations lymphatiques congénitales, souvent volumineuses et invalidantes, touchant principalement les enfants. Leur prise en charge reste difficile, avec des options thérapeutiques limitées. Le sirolimus, inhibiteur de la voie mTOR, a montré un potentiel antiangiogénique et immunomodulateur, faisant de lui une alternative prometteuse dans le traitement des malformations vasculaires complexes, incluant les lymphangiomes. Cette étude prospective vise à évaluer l'efficacité et la tolérance du sirolimus chez des enfants atteints de lymphangiome kystique.

Matériels et méthodes

Étude prospective colligeant 6 enfants atteints de lymphangiome kystique, traités par sirolimus entre janvier 2023 et janvier 2025, en unités d'hospitalisation et de consultation dermatologique

Résultats

Un total de 6 patients atteints de lymphangiome kystique ont été inclus .L'âge moyen était de 5,3 ans, avec des extrêmes allant de 18 mois à 9 ans. Une prédominance masculine a été observée (4 garçons, soit 66,7 %). Les localisations anatomiques étaient : latéro-cervicale gauche (n=2), latéro-cervicale droite bilatérale (n=1) et langue (n=2).Tous les patients présentaient une masse, accompagnée de douleurs ; une gêne respiratoire était retrouvée chez 3 patients (50 %). À l'examen clinique, la taille des lésions cervicales variait entre 6 et 7 cm. L'IRM montrait une formation kystique volumineuse chez tous les enfants.Un bilan pré-thérapeutique standard a été réalisé, sans anomalies retrouvées. Le traitement a été débuté à une dose de 1 mg/j, avec un ajustement basé sur un suivi des taux plasmatiques ciblant une concentration résiduelle entre 5 et 10 ng/mL.Après 6 mois de suivi, une régression du volume des lésions a été notée chez 3 patients (50 %), tandis qu'un échec thérapeutique a été observé chez un seul patient (16,7 %). Le sirolimus a été bien toléré dans l'ensemble ; deux patients (33,3 %) ont dû interrompre temporairement le traitement suite à une infection pulmonaire, sans rechute ni effet indésirable grave.

Discussion

Le sirolimus apparaît comme une option thérapeutique efficace pour réduire le volume des lymphangiomes kystiques chez l'enfant, grâce à son mécanisme antiangiogénique. Notre étude, confirme les bénéfices rapportés dans la littérature sur la régression des malformations lymphatiques sous traitement mTOR-inhibiteur.Les effets secondaires observés sont compatibles avec le profil connu du sirolimus, notamment les risques infectieux, nécessitant une surveillance attentive.

Conclusion

Le sirolimus est une option efficace et bien tolérée, offrant une alternative non invasive pour les lymphangiomes kystiques symptomatiques ou inaccessibles à la chirurgie chez l'enfant.

Diagnostic tardif du syndrome de Klippel-Trenaunay chez une fillette de 8 ans : Enjeux et défis

A.Cheab, F.Hali, S.Chiheb
Service de dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :
Le syndrome de Klippel-Trenaunay (SKT), aussi appelé syndrome angio-ostéohypertrophique, est une malformation vasculaire combinée congénitale rare et complexe, caractérisée par une triade clinique.Cette triade complète est rarement présente à la naissance.Nous présentons le cas d'une fillette de 8 ans chez qui le diagnostic a été porté tardivement, mettant ainsi en lumière les difficultés diagnostiques associées à ce syndrome.
Observation :
Il s'agit d'une fille de 8 ans qui a consulté pour des macules érythémateuses diffuses du membre inférieur gauche, présentes depuis la naissance. A l'interrogatoire, la patiente est issue d'une fratrie de trois enfants sans cas similaires, et sans antécédents pathologiques particuliers.L'examen clinique a révélé une nappe érythémateuse de teinte « lie de vin », aux contours irréguliers, correspondant à un angiome plan de type géographique, s'étendant de la région lombo-sacrée aux faces antéro-latérales du membre inférieur gauche.L'examen vasculaire a mis en évidence des varices dans le territoire de la grande veine saphène gauche. La palpation et l'auscultation des axes vasculaires n'ont décelé ni frémissements ni souffles.La comparaison des mensurations des deux membres inférieurs a objectivé une hypertrophie du membre inférieur droit, avec un allongement de 2 cm.L'échographie Doppler a montré une incontinence du réseau saphénien gauche, accompagnée d'une formation vasculaire sur la face postérieure de la cuisse gauche.L'angioscanner des membres inférieurs n'a révélé aucune anomalie, en dehors d'une dilatation modérée du réseau veineux superficiel gauche, prédominante au niveau de la grande veine saphène.La prise en charge a consisté en une surveillance clinique régulière afin de dépister d'éventuelles complications, associée à la mise en place d'une contention élastique.

Discussion :

Le syndrome de Klippel-Trenaunay (SKT) a été décrit en 1900 par Maurice Klippel et Paul Trenaunay. C'est une malformation vasculaire rare, caractérisée par une triade : angiome plan du membre présent dès la naissance, anomalies veineuses, et hypertrophie des tissus mous ou osseux, souvent révélée à l'âge de la marche. Cette triade complète n'est présente que dans 30 % des cas.Le membre inférieur est le plus souvent touché, l'atteinte bilatérale ou étendue à un hémicorps restant rare. Le SKT est généralement sporadique, bien que quelques rares cas de transmission autosomique dominante aient été décrits.Notre patiente présente une triade clinique compatible avec ce syndrome. Le diagnostic repose principalement sur l'examen clinique, pouvant être complété par une échographie Doppler ou une IRM pour mieux caractériser les anomalies veineuses, des radiographies avec mensurations des membres en cas d'inégalité de longueur, ou encore une échocardiographie pour rechercher d'éventuelles malformations cardiaques.La prise en charge est pluridisciplinaire et repose essentiellement sur une surveillance régulière, visant à dépister les complications .

Conclusion :

Le diagnostic du syndrome de Klippel-Trenaunay, souvent retardé par la variabilité clinique et l'absence de la triade typique à la naissance, nécessite une vigilance particulière des dermatologues, pédiatres et orthopédistes pour assurer un suivi et une prise en charge précoces.

Une variante singulière d'angiokératome : le naeviforme circonscrit

W. Atine ; F. Hali ; S. Chiheb
SERVICE DE DERMATOLOGIE ET DE VENEROLOGIE, C.H.U IBN ROCHD DE CASABLANCA, CASABLANCA, MAROC

Introduction

Les angiokératomes associent une hypertrophie vasculaire et une hyperkératose. Ils se manifestent par des papules et/ou des plaques verruqueuses hyperkératosiques rouge-noir bien délimitées. Cinq variantes cliniques sont décrites dont l'angiokératome corporis diffusum, l'angiokératome de Mibelli, l'angiokératome Fordyce, angiokératome solitaire et multiple et l'angiokératome circonscrit naeviforme. Ce dernier correspond à une entité clinique rare d'angiokératome, nous en rapportons ainsi un cas.

Observation

Il s'agit de Mme S.L, âgée de 16ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui consultait pour une lésion douloureuse et saignante au contact de la face postérieure de la cuisse gauche évoluant depuis 2 ans. L'examen dermatologique retrouvait un placard papulo-nodulaire angiomateux de 12 cm de grand axe bien limité ferme non kystique à surface kératosique et à base infiltrée disposée d'une manière segmentaire au niveau de la face postérieure de la cuisse gauche. À la dermoscopie, on notait une lésion angiomateuse, un réseau vasculaire avec un aspect de vx arborescents, des croutes hémorragiques et une zone blanche nacrée fibreuse sans structure. Les muqueuses et les phanères étaient sains et le reste de l'examen physique était sans anomalies. Devant ce tableau clinique on a évoqué un angiokératome circonscrit naeviforme, un hémangiome verruqueux, un dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand, un sarcome de kaposi et un lymphome B. Une biopsie cutanée a été faite concluant à un aspect compatible avec un angiokératome. Une angio-IRM a été ainsi demandé objectivant une prolifération vasculaire sous cutanée diffuse. La prise en charge reposait sur une biopsie exérèse avec des suites post opératoire sans incidents.

Discussion

L'angiokératome circonscrit naeviforme est la forme la plus rare d'angiokératome, survenant surtout chez la jeune femme. Il se présente sous forme de lésions unilatérales, rouge foncé à bleu-noir, initialement maculaires puis verruqueuses, souvent à disposition zostériforme. L'histologie montre une hyperkératose, une acanthose, une papillomatose et une dilatation des capillaires dermiques.

Des malformations vasculaires profondes peuvent être associées, comme objectivé par angio-IRM chez notre patiente. Le diagnostic différentiel principal est l'hémangiome verruqueux.

L'angiokératome ne régresse pas spontanément. Le traitement repose sur des méthodes destructrices (électrocoagulation, cryochirurgie, laser ou chirurgie selon la taille des lésions).

Conclusion

Nous rapportons ici un cas d'angiokératome circonscrit neaviforme en raison de sa rareté, et voulons souligner que, malgré sa rareté, il doit être pris en compte comme diagnostic différentiel des lésions verruqueuses segmentaires.

Mastocytose cutanée maculo-papuleuse chez l'enfant : à propos d'un cas

C.EZZAKI ; S.EL MSAYRYB ; S.MHAIMER ; H.KHERBACH ; M. CHAOUCHE ; S.CHHITI ; R.CHAKIRI
Département de dermatologie vénérologie- CHU Souss Massa

Introduction :

Les mastocytoses sont un groupe de maladies hétérogènes liés à l'accumulation clonale de mastocytes dans un ou plusieurs organes, en particulier la peau et les organes hématopoïétiques. Les manifestations cliniques sont variables, il existe des formes cutanées isolées et des formes systémiques.
Les enfants sont atteints dans environs 2/3 des cas, souvent d'une forme cutanée isolée. Les mastocytoses systémiques sont possibles mais rares.
On distingue 3 formes de mastocytoses cutanées (MC) : le mastocytome solitaire, la mastocytose cutanée maculo-papuleuse (MCMP) ou urticaire pigmentaire et la mastocytose cutanée diffuse.

Observation :

Il s'agissait d'un nourrisson âgé de 11 mois, issu d'un mariage non consanguin et sans antécédents pathologiques particuliers. Qui s'est présenté pour des lésions pigmentées diffuses prurigineuses évoluant depuis 7 mois, qui apparaissaient après la prise de quelques aliments tels que les produits laitiers selon la famille. Pas de signes extra-cutanées rapportés et pas d'altération de l'état général.
L'examen dermatologique a trouvé des papules érythémateuses et d'autres pigmentées, qui confluaient en larges plaques pigmentées (de 1 à 4 cm) diffuses au niveau du tronc, du cou et des membres, des lésions de grattage, et un érythème au niveau de la face. Le signe de Darier était positif. Les aires ganglionnaires étaient libres. L'examen abdominal a objectivé une hernie inguinale droite, pas d'hépatomégalie ni de splénomégalie.
Devant les lésions cliniques typiques et la présence de signe de Darier, le diagnostic de mastocytose cutanée maculo-papuleuse a été retenu.
Pour le traitement, le patient a été mis sous un anti-histaminique anti-H1, une hydratation corporelle et un dermocorticoïde local. Les parents ont été rassurés et une explication des mesures hygiéno-diététiques a été faite, notamment la nécessité d'éviction des frottements, des agressions mécaniques et les changements de température trop importants, avec une liste des médicaments et aliments histamino-libérateurs à proscrire.
L'évolution après 3 mois a été marquée par la diminution de nombre de lésions et une atténuation du prurit.

Discussion :

Les mastocytoses font partie des maladies rares avec 2 cas/300000 patients/an consultant en dermatologie. L'accumulation anormale des mastocytes au niveau des tissus est associée à une mutation acquise activatrice du gène KIT, qui code pour le récepteur à activité tyrosine-kinase.
La MC maculo-papuleuse est la forme la plus fréquente, présente chez environ 70% des enfants atteints de la mastocytose, généralement âgés de moins de 2 ans. Cliniquement se caractérise par des macules, des papules ou des plaques et nodules, de couleur brunâtre ou rougeâtre. Elle englobe 2 entités distinctes : la première se caractérise par des lésions monomorphes de petite taille, de disposition symétrique touchant principalement le tronc et la racines des membres et épargnant le visage et le cuir chevelu. La seconde, comme chez notre patient, est définie par des lésions polymorphes plus grandes avec différentes tailles, de localisation asymétrique avec atteinte du visage, du cou et des extrémités. La présence de lésions pigmentées au niveau des parties latérales du front est caractéristique.
Les symptômes cliniques sont liés à la dégranulation des mastocytes, ils sont paroxystiques et varient entre les individus. Le prurit est présent dans 48% des cas, les flushs et les troubles digestifs sont rapportés dans 20% des cas. Le risque d'anaphylaxie varie entre 0 et 9% selon la littérature.
Le signe de Darier est pathognomonique et doit être recherché systématiquement. Le diagnostic est clinique, repose sur la présence de lésions cutanées typiques avec un signe de Darier positif. La biopsie cutanée n'est pas systématique, quand elle est réalisée, en cas de doute diagnostique, elle montrait un nombre significativement plus élevé de mastocytes dans le derme avec un marquage CD117 en immunohistochimie. Dans les MC de l'enfant, le taux de tryptase sérique est associé à l'étendue de l'atteinte cutanée et ne constitue pas un argument pour une forme systémique comme chez l'adulte. Les autres examens complémentaires à la recherche des atteintes systémiques sont effectués uniquement en

cas de signes d'appel. Le pronostic est favorable, la régression spontanée est la règle chez l'enfant, cependant il est important de considérer la possibilité d'une évolution vers la forme systémique.
Il n'existe pas de traitement curatif de la mastocytose cutanée. La prise en charge vise à prévenir ou à contrôler les symptômes liés à la dégranulation des mastocytes. Elle repose principalement sur l'éviction des facteurs déclenchants ; tels que le frottement des lésions, les changements brusques de température, les aliments contenants ou libérant de l'histamine (fraises, tomates, poissons fumés…) et certains médicaments. Il faut également avertir les parents sur le risque d'anaphylaxie lors d'une anesthésie générale. Les anti-histaminiques anti-H1 et anti-H2 sont prescrits en 1ère intention pour lutter contre le prurit et le flush. Les corticoïdes topiques ou les inhibiteurs de calcineurine peuvent être efficace en particulier dans les formes diffuses. L'utilisation des corticoïdes systémique est limitée à cause de nombreux effets secondaires, elle peut être proposé en courte durée chez des enfants avec des symptômes graves. Les enfants avec ATCDs d'anaphylaxie doivent être équipés d'un auto injecteur d'adrénaline. Le traitement par les inhibiteurs de la tyrosine kinase peuvent être proposés lors de la mastocytose systémique.

Conclusion :

La mastocytose cutanée est rare avec une évolution généralement bégnine. Cependant, une atteinte systémique peut être associée d'où l'intérêt d'un suivi régulier.
Il est important de rassurer les parents et de bien insister sur les précautions vis-à-vis des facteurs déclenchants, afin d'éviter les crises de dégranulation mastocytaire et plus grave encore, l'anaphylaxie.

UN CAS DE MASTOCYTOME CUTANÉ ISOLÉ CHEZ UN NOURRISSON

Introduction:

Le mastocytome est une tumeur pédiatrique bénigne rare caractérisée par une hyperplasie des mastocytes dans le derme papillaire, qui se développe généralement au cours des premières semaines de vie. Nous rapportons ici un cas qui souligne l'importance de la dermoscopie dans le diagnostic précoce et le rôle de la prise en charge non invasive chez les patients pédiatriques.

Observation:

Un nourrisson âgé de 6 mois présentait des rougeurs cutanées associées à un nodule sous-cutané œdémateux sur le bras, avec une surface en pavés. Selon la mère, cette affection évoluait par poussées mensuelles depuis trois mois. Le signe de Darier était positif à l'examen clinique. Le nourrisson était par ailleurs en bonne santé et s'alimentait normalement.

La dermoscopie a révélé des vaisseaux centraux polymorphes, une zone jaune- orange et une zone périphérique érythémateuse pigmentée. Une lésion pigmentée persistante a été observée entre les poussées.
Sur la base des résultats cliniques et dermoscopiques, un mastocytome a été suspecté. Cependant, aucune biopsie cutanée n'a été réalisée en raison du jeune âge du patient et de la réticence des parents. Le nourrisson a été traité par cétirizine (2,5 mg une fois par jour) pour contrôler le prurit et les bouffées vasomotrices, ainsi que par des mesures préventives.

Discussion:

Les mastocytomes cutanés solitaires se présentent généralement sous forme de macules, papules, plaques ou nodules indurés, d'aspect érythémateux, jaune-brun ou rouge-brun, présentant souvent une texture « peau d'orange », et mesurant généralement jusqu'à 5 cm de diamètre. Il n'y a pas d'organomégalie ni de lymphadénopathie.

Le diagnostic est principalement clinique, basé sur la morphologie, un signe de Darier positif et l'absence d'atteinte systémique. Une biopsie cutanée n'est généralement pas nécessaire, sauf en cas d'incertitude diagnostique. Les principales caractéristiques dermoscopiques comprennent une tache brun clair, un réseau pigmentaire (dû à l'infiltration des mastocytes dermiques et à l'hypermélanisation de la couche basale) et une tache jaune-orange (indiquant une infiltration dense des mastocytes dans le derme papillaire et réticulaire). Notre cas souligne la valeur diagnostique de la dermoscopie et la nécessité pour les cliniciens d'être conscients des manifestations variables du mastocytome, afin d'éviter des biopsies inutiles chez les patients pédiatriques. Bien que les symptômes systémiques tels que les bouffées vasomotrices, la dyspnée, l'hypotension, les nausées, les vomissements, les douleurs abdominales, la diarrhée et les maux de tête soient plus fréquemment associés à la mastocytose systémique, ils peuvent également survenir dans le cas d'une mastocytose cutanée isolée.

Dans la plupart des cas, les patients pédiatriques ne présentent que des manifestations cutanées, qui apparaissent généralement au cours des deux premières années de vie et disparaissent spontanément avant la puberté.
Le traitement est symptomatique et vise principalement à éviter les facteurs déclenchants et à rassurer le patient. Les antihistaminiques H1 aident à soulager le prurit et les bouffées vasomotrices, tandis que les antihistaminiques H2 sont efficaces en cas de symptômes graves ou gastro-intestinaux. Les mesures préventives comprennent les bains tièdes, la climatisation par temps chaud et l'évitement des facteurs déclenchants connus.

Conclusion :

Ce cas souligne l'importance de la dermoscopie pour un diagnostic précoce et une prise en charge non invasive du mastocytome pédiatrique

Mastocytose maculopapuleuse cutanée pédiatrique

E. S. Okouango, B. Bouchra, H. Rachadi, F.Z Benhayoun, S. Chiheb Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction

La mastocytose maculopapuleuse cutanée (MPCM) représente la forme la plus fréquente de mastocytose pédiatrique, caractérisée par une infiltration diffuse de mastocytes dans le derme. Chez l'enfant, elle reste presque exclusivement cutanée et présente un pronostic spontanément favorable. On distingue deux variants cliniques : la forme monomorphe (lésions petites, rondes et uniformes) et la forme polymorphe (lésions de taille et forme variables, plus fréquente). Le diagnostic est clinique, reposant sur la présence de lésions maculopapuleuses brun-jaunâtre, souvent prurigineuses, et un signe de Darier positif, pathognomonique. La tryptase sérique peut être modérément élevée (souvent <20 µg/L dans les formes cutanées pures), tandis que la biopsie cutanée, mettant en évidence l'infiltration mastocytaire, est rarement nécessaire en pédiatrie.
Nous rapportons le cas d'un nourrisson de 4 mois présentant une MPCM.

Observation

Il s'agissait d'un nourrisson masculin de 4 mois, sans antécédents particuliers, présentant depuis le 4ème jour de vie une éruption cutanée généralisée, hyperpigmentée, jaunâtre et prurigineuse, initialement localisée aux avant-bras et aux jambes avant de s'étendre progressivement au reste du corps, évoluant en l'absence de fièvre avec conservation de l'état général. L'examen dermatologique retrouvait des macules brun-jaunâtre au niveau du visage (front, joues, menton), du tronc, du dos, des membres et des fesses, avec un signe de Darier positif. Les paumes, les plantes, les muqueuses et les phanères étaient respectés. Le bilan biologique montrait une tryptase sérique élevée (21 µg/L), sans anomalie à l'hémogramme ni au bilan hépatique. Un traitement par antihistaminiques (anti-H1) et des mesures préventives (éviction des facteurs déclenchants : frottements, chaleur, certains médicaments) a été instauré, avec une bonne amélioration clinique.

Discussion

Notre observation illustre les caractéristiques typiques de la MPCM du nourrisson, une pathologie rare mais bénigne. Le traitement est symptomatique, reposant principalement sur les antihistaminiques H1, parfois associés au cromoglycate de sodium ou à la photothérapie dans les formes réfractaires. L'éducation parentale sur les facteurs déclenchant la dégranulation mastocytaire (chaleur, stress, médicaments) est essentielle. Bien que le risque d'évolution systémique soit exceptionnel chez l'enfant, une surveillance clinique annuelle est recommandée.

La mastocytose xanthélasmoïde du nourrisson : une entité clinique rare à ne pas méconnaître

S.Kozmane, H.Baybay, A.Tadlaoui, Z.Douhi, M.Soughi, S.Elloudi, FZ.Mernissi
Service de dermatologie, CHU Hassan II de Fès

INTRODUCTION

Les formes cliniques de mastocytoses cutanées principalement rencontrées chez l'enfant sont le mastocytome, l'urticaire pigmentaire, la mastocytose papulo-nodulaire et la mastocytose cutanée diffuse. Nous rapportons un cas particulier de la mastocytose papulo-nodulaire type xanthélasmoïde.

OBSERVATION

Un nourrisson de 2 ans sans antécédents, a consulté pour des lésions cutanées prurigineuses évoluant depuis 8 mois. Il ne rapporte pas de cas similaires dans la famille. L'examen dermatologique a objectivé des papules et des plaques brunâtres à centre jaune-chamois centimétriques au niveau cervical, tronc et membres supérieurs et inférieurs, le signe de Darier était positif. La dermosocopie a révélé un patron jaune homogène central et un patron brun réticulé en périphérie. Le patient n'a pas rapporté de flushs ni de signe digestif ni d'altération de l'état général. Une biopsie cutanée pour histologie et immunohistochimie a mis en évidence un infiltrat dermique de nombreux mastocytes avec marquage CD117 positif. La NFS et tryptase sérique étaient normales. Le Diagnostic retenu était la mastocytose xanthélasmoïde. La prise en charge consistait à l'éviction des facteurs déclenchants, antihistaminiques au long cours et dermocorticoïdes.

DISCUSSION

La mastocytose xanthélasmoïde (MX) constitue une entité clinique exceptionnelle appartenant au spectre des formes papulo-nodulaires de la mastocytose cutanée. Elle se caractérise par l'émergence de lésions cutanées sous forme de papules ou de nodules jaunes chamois, de consistance élastique et de taille variable. Les facteurs déclenchants sont similaires à ceux décrits dans les formes classiques de mastocytose. Le signe de Darier est le plus souvent absent. Elle peut prêter confusion avec des xanthogranulomes juvéniles multiples. Cependant l'examen histopathologique met en évidence un infiltrat mastocytaire dense localisé au niveau du derme profond. Cette forme se distingue par la persistance des lésions après la puberté et peu de chance d'association avec une atteinte systémique.

CONCLUSION

La mastocytose cutanée du nourrisson peut revêtir des présentations cliniques diverses, dont la forme xanthélasmoïde, rare, pouvant évoquer à tort des xanthogranulomes juvéniles multiples. Ce cas souligne l'importance de la reconnaissance de cette entité afin de garantir une prise en charge diagnostique et thérapeutique appropriée.

DERMATOPATHOLOGIE

« Pilomatricome isolé de la jambe : intérêt diagnostique et thérapeutique d'une localisation exceptionnelle »

F.Hammoud[1], L.Mouline[1], B. Idrissi Rhenimi[1], N.Ammar[1] , S.Hamada [1], M.Meziane[1] , N.Ismaili [1], L.Benzekri [1] [1]Servide de Dermatologir-Vénérologie, Université Mohamed V de Rabat, CHU Ibn Sina, Maroc

Introduction :

Le pilomatricome, ou épithéliome calcifié de Malherbe, est une tumeur cutanée bénigne rare issue de la matrice pilaire. Il représente environ 0,1 % des tumeurs cutanées, touche préférentiellement l'enfant et l'adulte jeune, et siège le plus souvent au niveau de la tête, du cou et des membres supérieurs. Sa survenue chez l'adulte, en localisation malléolaire, reste exceptionnelle et peut constituer un véritable piège diagnostique.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 56 ans, sans antécédents médicaux notables,
présentant depuis deux ans un nodule sous-cutané ferme, bien limité, mobile par rapport aux plans profond et superficiel, douloureux à la palpation, localisé en regard de la malléole externe gauche. La peau en regard était normale, sans signe inflammatoire. L'exérèse chirurgicale a permis d'extraire un nodule encapsulé, blanchâtre, dur et bien limité.

Discussion :

L'analyse histologique a révélé une prolifération faite de massifs de cellules épithéliales momifiées, organisées en lobules, associée à une fibrose stromale et ponctuée de rares éléments inflammatoires, essentiellement mononucléés. Une métaplasie osseuse focale était également observée. Ces
caractéristiques sont typiques du pilomatricome et expliquent la dureté clinique du nodule.

Sur le plan histopathologique, le pilomatricome associe généralement deux contingents cellulaires : un contingent périphérique de cellules basaloïdes et un contingent central de cellules dites « fantômes » ou momifiées. Des phénomènes secondaires tels que la calcification, la fibrose ou encore l'ossification peuvent s'y associer, comme dans notre observation. Ces aspects morphologiques
permettent de distinguer le pilomatricome de ses diagnostics différentiels : kyste épidermique, lipome, dermatofibrome, voire carcinome basocellulaire calcifié.

La localisation au niveau de la jambe, notamment en région malléolaire, demeure rare. Dans cette zone, les diagnostics différentiels incluent également les nodules sous-cutanés d'origine traumatique ou inflammatoire. L'examen clinique isolé ne permet pas toujours d'orienter le diagnostic, d'où
l'importance capitale de l'étude histologique.

Le traitement repose sur l'exérèse chirurgicale complète, qui est à la fois diagnostique et curative. Le taux de récidive reste faible (2–6 %), généralement lié à une exérèse incomplète. La transformation maligne en pilomatrixcarcinome est exceptionnelle, mais doit être évoquée en cas de comportement agressif ou d'atypies cytologiques.

Conclusion :

Le pilomatricome, bien que bénin et rare, doit être envisagé devant tout nodule sous-cutané ferme et mobile, y compris en localisation atypique comme la jambe. L'exérèse chirurgicale, à la fois
diagnostique et thérapeutique, permet la confirmation histologique et assure une guérison définitive avec un faible risque de récidive.

Pseudolymphome B du cuir chevelu : quand une lésion pseudokystique masque une pathologie lymphoïde

W. Atine ; F. Hali ; S. Chiheb
SERVICE DE DERMATOLOGIE ET DE VENEROLOGIE, C.H.U IBN ROCHD DE CASABLANCA, MAORC

Introduction

Les pseudolymphomes B, ou les hyperplasies lymphoïdes réactionnels B, sont un groupe hétérogène d'affections simulant cliniquement et histologiquement un lymphome cutané, mais dont l'évolution est bénigne. La localisation au cuir chevelu ainsi que le caractère multiple semblent être peu fréquents pouvant ainsi prêter à confusion avec plusieurs affections. Nous rapportons ainsi le cas d'un pseudolymphome cutané B multiple du cuir chevelu simulant des kystes trichilemmaux.

Observation

Patiente âgée de 80 ans, suivie depuis 2021 pour un mycosis fongoïde stade IA sous dermocorticoïdes et photothérapie avec contrôle satisfaisant, consultait pour deux nodules du cuir chevelu peu douloureux évoluant depuis 4 mois. Il n'existait aucun facteur déclenchant identifié (médicaments, vaccination, infection herpétique, piqûre d'insecte ou tatouage). L'examen retrouvait deux lésions de couleur chair, arrondies, bien limitées, de 5 cm de grand axe, à base infiltrée et à surface lisse, sans ulcération ni nécrose en regard. Le reste de l'examen était sans particularité, notamment pas d'adénopathie. Un kyste trichilemmal était initialement suspecté. Une biopsie- exérèse a objectivé un infiltrat lymphoïde dermique moyen et profond, diffus et nodulaire. L'étude immunohistochimique était en faveur d'une hyperplasie lymphoïde B sclérosante riche en plasmocytes, sans atypies, concluant à un pseudolymphome B. Un traitement par dermocorticoïdes de classe très forte (propionate de clobétasol) a été instauré avec bonne réponse clinique.

Discussion

Les pseudolymphome B, représentent un groupe de processus lymphoprolifératifs B bénins. Ils comprennent le lymphocytome borrélien, le lymphocytome secondaire à des tatouages, à des injections ou piqûres d'insectes ou postherpétique, les pseudolymphomes médicamenteux et les pseudolymphomes B idiopathiques. Ils se voient le plus souvent chez des sujets jeunes avec une légère prédominance masculine. Ils se manifestent le plus souvent par un nodule solitaire localisé préférentiellement au niveau du visage, cou, tronc, plis axillaires et scrotum. Leur traitement repose sur les dermocorticoïdes de classe très forte, les anti TNF alpha, les injections intralésionnelles de stéroïdes, la radiothérapie, la cryothérapie et la chirurgie exérèse. La particularité de notre cas est la survenue chez un sujet âgé de sexe féminin, la localisation au cuir chevelu prêtant ainsi à confusion avec d'autres pathologies kystiques et le caractère multiple des lésions.

Conclusion

Les pseudolymphomes B sont des affections bénignes à très faible risque de transformation mais qui sont de diagnostic difficile en raison de leur présentation clinique polymorphe et leur similitude histologique avec les lymphomes cutanés proprement dits.

Abrikossoff tumor of the tongue in a patient with Takayasu disease : A rare oral neoplasm

Z. Mortaji (1) ; M. Chaouche (1) ; N. Ait Abdelali (1) ; M.A. Aouzal ; S. Chhiti ; R. Chakiri
(1) Dermatology department, Souss Massa University Hospital, Agadir

Introduction

Granular cell tumor (GCT) or Abrikossoff tumor, is a rare usually benign neoplasm that commonly arises in the head and neck region, particularly on the tongue. It is characterized with a female predominance with a high prevalence between the fourth and sixth decade. We report the case of an Abrikossof tumor of the tongue in a 57-year-old female patient.

Results

A 57-year-old female patient with a medical history of Takayasu disease presented to the dermatology department for a one-month lesion on the tongue. The patient reported no history of local trauma nor tobacco use. Physical examination revealed a firm, well- circumscribed nodule located on the right side of the dorsum, measuring 1.5cm*1cm. The overlying mucosa appeared intact, pale, and non-ulcerated. An excisional biopsy was performed, and the histological examination showed a nodular tumoral proliferation within the chorion, composed of large cells with round to oval nuclei and abundant granular eosinophilic cytoplasm, and no mitotic figures were observed. These findings were consistent with a granular cell tumor. The patient was re-evaluated one week postoperatively, showing good healing of the surgical site without complications. Further clinical assessments at one and sixth months after the procedure revealed no evidence of local recurrence. The patient remains under regular follow-up for continued monitoring.

Discussion

Granular cell tumor (GCT), also known as Abrikossoff's tumor, is a rare benign neoplasm of the head and neck region. The estimated incidence of oral GCT is about 1 in 1,000,000 people per year, with the tongue being the most frequently affected intraoral site, accounting for roughly 70% of cases. It is more common in females between the fourth and the sixth decade of life. Clinically, GCT usually presents as a well-defined, firm, slow-growing nodule with a smooth surface, clearly separated from the surrounding tissue. Benign lesions are generally under 5 cm in diameter and are typically asymptomatic, although some may cause discomfort or pain. Histologically, GCT is composed of sheets of large polygonal cells with granular eosinophilic cytoplasm; immunohistochemistry shows positivity for S-100 and CD68, supporting a neural origin. Complete surgical removal with clear margins is the treatment of choice. Recurrence is uncommon, and malignant transformation occurs in less than 2% of cases, underscoring the need for ongoing long-term follow-up.

Conclusion

Granular cell tumor, or Abrikossoff tumor, is rare neoplasm that most commonly occurs in the oral cavity, particularly the tongue. Although typically benign, its potential for malignancy underscores the importance of accurate diagnosis and histopathological evaluation. In this case, the tumor was successfully diagnosed and excised with no signs of recurrence at follow-up. Early recognition and complete surgical excision remain the gold standard in management, with a favorable prognosis in the absence of malignant features.

Urticaire pigmentaire de l'adulte : quand la peau s'exprime seule

B.El Idrissi, M.Chaouche, S.Mhaimer, N.Kayouh, S.Chhiti, R.Chakiri
Service de dermatologie-vénéréologie, CHU Souss-Massa, Agadir

Introduction

La mastocytose cutanée est une affection rare, caractérisée par une infiltration anormale de mastocytes au sein du derme. L'urticaire pigmentaire, forme clinique la plus fréquente, se manifeste typiquement par des macules ou plaques brunâtres prurigineuses, localisées préférentiellement au tronc et aux membres proximaux. Chez l'adulte, cette présentation cutanée est le plus souvent révélatrice d'une mastocytose systémique, avec atteinte médullaire ou viscérale. Toutefois, les formes strictement cutanées, sans aucune manifestation extracutanée, demeurent exceptionnelles.

Observation clinique

Un homme de 28 ans consultait pour des lésions cutanées évoluant depuis 18 mois, initialement localisées au niveau du dos, puis progressivement étendues au tronc et aux membres supérieurs. Il rapportait un prurit intense associé à des épisodes intermittents de flush. L'examen clinique retrouvait des plaques érythémato-brunâtres confluentes, aux contours polycycliques, avec un signe de Darier et un dermographisme négatifs. La dermoscopie révélait un fond érythémateux accompagné d'un réseau pigmenté.

L'analyse histopathologique, associée à une étude immunohistochimique, confirmait le diagnostic d'urticaire pigmentaire en objectivant une infiltration dermique dense de mastocytes exprimant le marqueur CD117. Un bilan exhaustif à la recherche d'une atteinte systémique a été réalisé et s'est révélé sans anomalies, permettant d'exclure toute atteinte extracutanée.

Le traitement associant antihistaminiques H1, dermocorticoïdes topiques et photothérapie UVB a permis une amélioration clinique significative avec une nette diminution du prurit et des lésions en quelques semaines.

Discussion

L'urticaire pigmentaire constitue la forme clinique la plus fréquente de mastocytose. Toutefois, chez l'adulte, elle est très majoritairement associée à une atteinte systémique, en particulier médullaire ou viscérale. Le cas présenté revêt donc un caractère exceptionnel, mettant en évidence la nécessité d'un bilan approfondi afin d'écarter toute atteinte extracutanée.

Le diagnostic repose sur des éléments cliniques évocateurs, notamment des plaques brunâtres infiltrées et la positivité du signe de Darier. Dans notre observation, ce signe était absent, mais l'étude histopathologique associée à l'immunohistochimie a mis en évidence une infiltration dermique dense de mastocytes exprimant fortement le CD117, marqueur clé dans l'identification des mastocytoses cutanées. L'absence d'anomalies au bilan biologique et radiologique a permis de confirmer le caractère strictement cutané de l'atteinte.

Le traitement combinait antihistaminiques H1, corticoïdes topiques et photothérapie UVB, entraînant une amélioration notable des lésions et du prurit en quelques semaines. Cette approche thérapeutique reste la référence pour les formes cutanées isolées. En cas de résistance ou d'évolution chronique, d'autres options peuvent être envisagées, telles que les anti-leucotriènes ou certaines thérapies immunomodulatrices.

Enfin, l'éducation du patient demeure essentielle afin de prévenir les exacerbations. Une vigilance particulière doit être portée à l'éviction des facteurs déclenchants classiques, notamment les variations thermiques, le stress, l'alcool, ainsi que les aliments ou médicaments favorisant la libération d'histamine.

Conclusion

Cette observation met en évidence une forme rare de mastocytose cutanée strictement isolée chez l'adulte. Elle souligne l'importance d'un suivi prolongé, visant à détecter précocement une éventuelle évolution vers une atteinte systémique.

Un nævus, deux visages : les leçons dermoscopiques de la ligne de Wallace

B.El Idrissi (1), S.Chhiti (1), C.Hakkaoui (1), A.Ait Bilaou (1), M.Chaouche (1), R.Chakiri (1)
(1) Service de dermatologie-vénéréologie, CHU Souss-Massa, Agadir

Introduction

La dermoscopie des nævus plantaires est complexe en raison des particularités anatomiques de la région. La ligne de Wallace, frontière entre peau glabre et peau plantaire, constitue une zone de transition qui se traduit par une hétérogénéité des patrons dermoscopiques. Ignorer cette zone peut conduire à interpréter à tort des variations physiologiques comme des atypies, exposant ainsi à des gestes invasifs non justifiés.

Objectifs

L'objectif est de souligner que la coexistence de plusieurs patrons dermoscopiques dans une même lésion plantaire, lorsqu'elle siège sur la ligne de Wallace, peut refléter une transition anatomique normale plutôt qu'une atypie. Une meilleure connaissance de cette zone permettrait d'éviter des interprétations erronées et des gestes invasifs inutiles.

Observation

Il s'agit d'une femme âgée de 38 ans, suivie pour psoriasis en plaques, qui présente un nævus congénital de taille intermédiaire au niveau bord latéral du pied droit, découvert fortuitement lors d'un examen de routine. La lésion, asymptomatique et stable depuis l'enfance, mesurait 6 cm de grand axe et était située à cheval sur la ligne de Wallace. L'analyse dermoscopique montrait plusieurs patrons distincts selon la topographie : un patron globulaire homogène sur la portion glabre latérale et un patron fibrillaire régulier associé à un patron « peas in a pod » sur la zone plantaire. Des zones bleu-gris sans structure étaient également identifiées. Aucun critère de malignité n'était observé, et une simple surveillance clinique était proposée.

Discussion

Les nævus plantaires présentent classiquement des patrons dermoscopiques tels que le patron fibrillaire homogène, décrit par Saida et al. comme l'un des plus spécifiques de bénignité. Dans les nævus acrals congénitaux, d'autres caractéristiques peuvent être observées, notamment le patron « peas in a pod », correspondant à la disposition régulière de globules bruns sur les crêtes, reflet de nids mélanocytaires disposés autour des ostiums sudoraux. Des zones bleu-gris sans structure, liées à une composante intradermique marquée, ont également été décrites dans ce contexte.
Un nævus situé sur la ligne de Wallace, peut par ailleurs être le siège de plusieurs motifs dermoscopiques. Ce patron, dit « de transition », n'est pas en soi un signe de malignité. Chez notre patiente, l'absence de critères d'alerte tels qu'un patron parallèle aux crêtes, une pigmentation hétérogène ou des zones de régression, oriente vers un caractère bénin.

Conclusion

Ce cas illustre l'importance de connaître les particularités dermoscopiques propres aux nævus acrals congénitaux et à la ligne de Wallace. La reconnaissance de ces variations permet d'éviter une interprétation erronée et de limiter les gestes invasifs inutiles.

Quand le cuir chevelu parle : granulome pyogénique, un nodule à ne pas sous-estimer

A.Cheab[1],F. Hali [1], M. Diouri[2], A. Wanassy[2], M.Karkouri[3], S. Nagib[3], S.Chiheb[1]
[1]CHU Ibn Rochd, Service de Dermatologie et Vénérologie, Casablanca, Maroc
[2]CHU Ibn Rochd, Service de Chirurgie Plastique, Casablanca, Maroc
[3]CHU Ibn Rochd, Service d'Anatomie Pathologique, Casablanca, Maroc

Introduction

Le granulome pyogénique ou Botryomycome est une tumeur vasculaire bénigne rare, dont l'étiopathogénie reste non encore élucidée, engendrant un préjudice esthétique surtout pour les localisations voyantes. Nous rapportons un cas original de botryomycome volumineux du cuir chevelu, une localisation inhabituelle associée à une gêne fonctionnelle et esthétique importante.

Observation

Il s'agit d'un adolescent âgé de 17 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui a consulté pour une masse du cuir chevelu, évoluant depuis trois mois, apparue suite à un traumatisme mineur.L'examen clinique a objectivé un nodule pédiculé, érythémateux, mesurant environ 5 cm, de consistance molle, saignant au contact et recouvert d'une croûte jaunâtre.La dermoscopie a révélé des zones rouges séparées par des travées blanchâtres, orientant vers une prolifération vasculaire.Une exérèse chirurgicale complète de la lésion a été réalisée.L'étude histologique a montré une prolifération vasculaire lobulée, constituée de structures vasculaires de morphologies variées, englobées dans un stroma conjonctif lâche et peu cellulaire, confirmant le diagnostic de granulome pyogénique.L'évolution a été favorable, sans récidive locale.

Discussion

Le granulome pyogénique est une tumeur vasculaire bénigne, décrite pour la première fois en 1897 par Poncet et Dor. Il s'agit d'une prolifération capillaire lobulée, souvent observée chez l'enfant ou le jeune adulte, survenant généralement après un traumatisme mineur. Cliniquement, il se présente sous forme d'un nodule érythémateux, friable, de petite taille (souvent < 2 cm), avec un saignement fréquent au contact.Notre cas se distingue par deux éléments originaux : la localisation au cuir chevelu, qui reste rare, et la taille inhabituelle de la lésion, atteignant 5 cm, bien supérieure à la moyenne rapportée. Le diagnostic, confirmé histologiquement, a permis d'exclure d'autres tumeurs vasculaires ou malignes. L'exérèse chirurgicale complète a permis une guérison sans récidive.

Conclusion

Le granulome pyogénique, bien que bénin, peut parfois provoquer une gêne fonctionnelle et un inconfort significatif.

Dermatofibromes multiples sur terrains particuliers : à propos de deux cas

H.Kherbach ;M. Chaouche ; C.Ezzaki ; C.El Assali ; H.Lahmidi ; S. Chhiti ; R. Chakiri
Service de dermatologie-vénéréologie CHU Souss-Massa

Introduction :

Le dermatofibrome est une tumeur cutanée bénigne généralement unique. Les formes multiples demeurent exceptionnelles. Très peu de cas ont été rapportés dans la littérature, souvent en association avec des contextes particuliers tels que des troubles immunitaires, ce qui souligne la rareté de cette entité.
Nous rapportons deux différentes présentations cliniques de dermatofibromes multiples.

Observation 1 :

Il s'agit d'une patiente âgée de 32 ans, suivie pour une infection rétrovirale sous traitement. La patiente présentait depuis plusieurs mois des lésions nodulaires cutanées asymptomatiques, arrondies, bien limitées, de tailles variables (0,5 à 1 cm), quelques-unes de couleur chair d'autres érythémateuses localisées notamment au niveau des pieds et des genoux, sur une peau de couleur normale. Certaines étaient de consistance dure à la palpation, tandis que d'autres présentaient une consistance plus molle, elles étaient non douloureuses avec un signe de la fossette qui était négatif.
À l'examen dermoscopique, on notait un fond érythémateux, une vascularisation linéaire et en points avec des stries blanchâtres par endroits. Une biopsie cutanée a été réalisée et l'examen histopathologique a montré au niveau du derme une prolifération nodulaire bien limitée à contours expansifs, mêlant plusieurs composantes. Elle était constituée d'un réseau vasculaire tapissé par des cellules endothéliales régulières, sans atypies notables. Le stroma était le siège d'un infiltrat inflammatoire modéré, comprenant notamment de nombreux plasmocytes, des lymphocytes et des polynucléaires éosinophiles. Des polynucléaires neutrophiles étaient observés focalement. Par endroits, on observait un fond fibreux sur lequel se disaient des cellules à morphologie histiocytaire/fibroblastique, à cytoplasme clair, sans atypies cytologiques évidentes. Ce qui était compatible avec un aspect morphologique d'histiocyto-fibrome nodulaire inflammatoire disséminé.

Observation 2 :

Il s'agit d'un patient âgé de 28 ans avec une trisomie 21 qui présente depuis plusieurs mois des lésions pigmentées diffuses asymptomatiques chez qui l'examen dermatologique avait retrouvé de multiples papules pigmentées mesurant en moyenne 1 cm, localisées au niveau du dos, de la fesse et des membres inférieurs, à surface kératosique par endroits et avec un signe de la fossette qui était positive. À l'examen dermoscopique, on notait la présence de globules pigmentées avec un réseau pigmenté périphérique réticulé.
Une biopsie cutanée a été réalisée et l'examen histopathologique montrait un épiderme hyperacanthosique et papillomateux. Celui-ci reposait sur un derme siège d'une prolifération tumorale plus ou moins bien limitée mais non encapsulée, faite de cellules fusiformes régulières organisées parfois en faisceaux courts. Le stroma était fibreux collagène.
Il n'y avait pas de signe d'indice de malignité. Ce qui était compatible avec un histiocytofibrome (dermatofibrome) sans signe de malignité.

Discussion :

Le dermatofibrome est une tumeur cutanée bénigne dont l'étiopathogénie reste mal élucidée, mais qui pourrait être favorisée parfois par des traumatismes cutanés mineurs ou des piqûres d'insectes. Les dermatofibromes multiples éruptifs (DMEs) sont des entités rares, définies soit par la survenue de 4 à 8 lésions en quelques mois, soit par la présence de plus de 15 lésions disséminées. Leur survenue a été rapportée dans divers contextes d'immunodépression et de maladies auto-immunes. Plusieurs observations concernent des patients infectés par le VIH, suggérant que l'altération de l'immunité cellulaire et humorale favorise le développement de ces lésions cutanées persistantes. Plus rarement, des cas ont été rapportés dans la trisomie 21, pathologie connue pour ses anomalies de l'immunité humorale, cellulaire et

phagocytaire, qui prédisposent aux infections et à certains néoplasies. Cette association renforce l'hypothèse d'un rôle central de la dysimmunité dans la genèse des DMEs.

Sur le plan thérapeutique, la prise en charge reste discutée et individualisée. L'exérèse chirurgicale, bien que curative, est limitée par le caractère multifocal des lésions et le risque de cicatrices inesthétiques. Des alternatives comme la cryothérapie ou la simple surveillance clinique sont souvent privilégiées, en particulier dans les contextes d'immunodépression où les récidives sont fréquentes. Dans certains cas associés à des maladies auto-immunes, l'utilisation de corticoïdes ou d'immunosuppresseurs a été proposée.

Conclusion :

Les dermatofibromes multiples constituent une entité exceptionnelle, dont l'apparition dans des contextes d'immunodépression ou de trisomie 21 souligne le rôle de la dysimmunité dans leur genèse. Leur prise en charge doit être individualisée, privilégiant souvent la surveillance face au caractère multifocal des lésions.

Glomangiomyome cutané de la jambe : une tumeur vasculaire rare à évolution indolente

M. HOUBAYELI; N. Bourht; M. Aboudourib; L. Bendaoud; O. Hocar; S. Amal 1
Service de dermatologie et vénérologie, CHU Mohammed VI, Laboratoire Biosciences et Santé, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Introduction

Le glomangiomyome est une tumeur vasculaire bénigne rare, dérivée des cellules glomiques modifiées. Elle représente une forme transitionnelle entre les tumeurs glomiques classiques et les angioleiomyomes, caractérisée par une composante musculaire lisse prédominante.

Observation

Un homme de 37 ans a été adressé pour un nodule isolé de la jambe, évoluant depuis 9 ans sans signes inflammatoires ni traumatiques. L'examen objectivait une lésion nodulaire de 1,5 cm, noirâtre, indurée, à surface kératosique. L'exérèse chirurgicale a été suivie d'une analyse histologique révélant une prolifération de cellules rondes et fusiformes à disposition vasculaire. L'immunohistochimie a montré une expression modérée et diffuse de l'actine musculaire lisse (AML), une positivité de CD34 au niveau vasculaire, et une absence d'expression de HHV8 et de Ki67 (index de prolifération < 1 %) L'ensemble confirmait le diagnostic de glomangiomyome cutané.

Discussion

Le glomangiomyome cutané est une entité exceptionnelle appartenant au spectre des tumeurs glomiques. Il représente une forme histologique particulière caractérisée par une différenciation musculaire lisse plus marquée que dans les glomus tumor classiques, ce qui le rapproche des angioleiomyomes. La localisation cutanée au niveau des membres inférieurs, comme dans notre observation, est typique puisque ces tumeurs siègent préférentiellement aux extrémités. Toutefois, des localisations extradigitales et atypiques ont été décrites, rendant parfois le diagnostic clinique difficile

Sur le plan clinique, la présentation la plus fréquente est celle d'un nodule unique, de petite taille, parfois pigmenté ou kératosique, évoluant lentement. La douleur, souvent caractéristique dans les glomus tumor, peut être absente dans les formes glomangiomyomateuses, ce qui contribue au retard diagnostique. Dans notre cas, l'évolution chronique, indolente et sans contexte traumatique illustre bien cette particularité.

L'histologie et l'immunohistochimie sont déterminantes pour confirmer le diagnostic. Le profil associe une prolifération de cellules glomiques disposées autour de structures vasculaires, avec un contingent musculaire lisse affirmé. L'expression de l'actine musculaire lisse et la positivité du CD34 au niveau des vaisseaux sont caractéristiques, tandis que l'absence de marquage pour HHV8 permet d'écarter une atteinte de type Kaposi. Le faible index de prolifération (Ki67 < 1 %) confirme la nature bénigne de la lésion Sur le plan thérapeutique, l'exérèse chirurgicale complète demeure le traitement de choix. Elle permet à la fois la confirmation histologique et la guérison définitive, avec un très faible risque de récidive en l'absence d'exérèse incomplète. Aucune transformation maligne n'a été rapportée dans la littérature à ce jour, ce qui conforte le pronostic favorable. Néanmoins, la rareté de cette entité justifie la publication de chaque observation afin de mieux décrire ses caractéristiques cliniques, anatomopathologiques et évolutives.

Enfin, le diagnostic différentiel se pose essentiellement avec les autres tumeurs vasculaires bénignes (hémangiome, angioleiomyome) ou malignes (angiosarcome), ainsi qu'avec les tumeurs annexielles pigmentées ou kératosiques, ce qui souligne l'importance de l'étude histopathologique

Conclusion

Le glomangiomyome doit être évoqué devant toute tumeur vasculaire à croissance lente, surtout si douloureuse. L'histologie et l'immunomarquage sont essentiels au diagnostic. Le pronostic est excellent après traitement chirurgical

Granulomatoses faciales : Dilemme diagnostique et thérapeutique entre sarcoidose et tuberculose

S.JEBBOUJE[1], Fz. BENHAYOUN[1], F. El FETOIKI [1], H. RACHADI[1], B.BAGHAD[1],F. MERNISSI[2] S.CHIHEB[1]

[1] Service de dermatologie vénérologie, CHU Ibn Rochd Casablanca

[2] service d'anatomopathologie, CHU Ibn Rochd Casablanca

Introduction

Les granulomatoses faciales représentent un véritable défi diagnostique en dermatologie. Parmi elles, la sarcoïdose et la tuberculose cutanée sont deux entités majeures, d'expression clinique polymorphe, mais dont la distinction est essentielle compte tenu du profil histopathologiques et des implications thérapeutiques.

0bservations

Observation 1 :

Nous rapportons le cas d'une patiente de 65 ans, suivie pour un Syndrome sec, hypothyroïdie sous Levothyrox et HTA sous amlodipine, présentant depuis 3 mois des papulo-nodules infiltrés érythémateuses légèrement jaunâtres du visage, localisés au niveau orbito-palpébrale, menton et des plis axillaires. La dermoscopie a révélé un fond jaune-orangé, des points jaunes, des stries blanchâtres avec quelques vaisseaux arborisants. La biopsie cutanée a mis en évidence des granulomes épithélioïdes et gigantocellulaires sans nécrose caséeuse, confirmant le diagnostic de sarcoïdose cutanée. Le bilan systémique est revenu normal. L'évolution sous antipaludéens, cyclines et dermocorticoïdes a été favorable.

Observation 2

Un homme de 42 ans a consulté pour des lésions papulo-nodulaires érythémato-brunatres infiltrées disséminées du visage, sans autres signes systémiques évoluant depuis 6 mois. L'examen dermoscopique en lumière polarisée montrait l'aspect d'une vaste aire sans structure, jaune orangée, homogène, à disposition arciforme, ainsi qu'un pattern vasculaire et des stries réticulaires blanchâtres en périphérieL'histologie a révélé des granulomes épithélioïdes avec nécrose caséeuse. La PCR et la culture ont confirmé la présence de Mycobacterium tuberculosis, permettant de retenir le diagnostic de tuberculose cutanée. Le patient a été mis sous traitement antituberculeux sous le régime 2RHZE/7 RH, avec une régression progressive des lésions.

Discussion

Ces deux observations illustrent la difficulté diagnostique posée par les granulomatoses faciales. Si la présentation clinique peut être proche, l'examen histologique et les examens complémentaires sont indispensables pour orienter le diagnostic. La distinction est primordiale puisque la sarcoïdose relève d'un traitement immunosuppresseur alors que la tuberculose nécessite un traitement anti-infectieux spécifique.

Conclusion

La confrontation de ces deux cas souligne l'importance d'une démarche diagnostique rigoureuse devant une granulomatose faciale afin d'éviter des erreurs thérapeutiques aux conséquences potentiellement graves.

Du geste à la réaction, granulome à corps étranger post myélogramme : Une complication sous-estimée

H. AMMARI, F. MAATALAOUI, Y. FARAI, M. EL AMRAOUI, T. HANAFI, J. EL AZHARI, Y. ZEMMEZ, R. FRIKH, N. HJIRA

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

Introduction : Un granulome à corps étranger est une réaction inflammatoire localisée due à la présence de matériel exogène. Après un myélogramme (injection de produit de contraste ou autres substances), des dépôts peuvent parfois déclencher une réaction granulomateuse. Nous présentons un cas clinique d'une patiente admise pour nodules sternaux ayant révélé un granulome à corps étranger après myélogramme.

Cas clinique : patiente âgée de 67ans , ayant comme antécédents : un syndrome myélodysplasique d'étiologie indéterminée en cours d'exploration , arthrose cervicale qui Consulte pour : 03 nodules sternaux ,faisant 2-3 cm de diamètre, ferme ,fixe par rapport aux plans profonds , indolore qui se sont fistulisés laissant une cicatrice rétractile ulcérée et deux pertuis qui ramènent des sérosités au niveau des deux bases mammaires , 01 mois après un myélogramme le tout évoluant depuis 02 mois dans un contexte d'apyrexie et d'amaigrissement non chiffré , le reste de l'examen somatique est sans particularité ,un prélèvement bactériologique a été réalisé : staphylococcus aureus méti S, 03 BK crachats négatifs, et une biopsie cutanée confirmant un granulome à corps étranger avec présence de macrophages, cellules géantes multinucléés , avec focalement des histiocytes d'allure épithélioide, des polynucléaires neutrophile et une ébauche de nécrose suppurée ,un geneXpert : négatif, patiente mise sous antibiotique et AINS et infiltration de corticoïde intra lésionnelle avec bonne amélioration clinique .

Discussion : Le terme de granulome à corps étrangers définit un profil de réaction tissulaire inflammatoire histiocytaire/macrophagique. Il décrit un type de réponse tissulaire à un matériel exogène (étranger) ou endogène généralement non-présent à l'état libre dans le derme et qui provient habituellement de la pénétration directe du matériel lui-même dans la peau suite à une intervention chirurgicale ou une injection. Une origine infectieuse doit être envisagée dans le cadre du diagnostic différentiel d'une réaction à corps étranger et doit être exclue. Les granulomes à corps étranger survenant après un myélogramme sont rares, mais peuvent nécessiter une prise en charge spécifique. Le traitement dépend de la sévérité des symptômes, de la taille du granulome, et de la présence de complications.

Conclusion :

Bien que rare, cette complication doit être évoquée en cas de masse inflammatoire post-myélogramme. L'histologie est essentielle pour confirmer le diagnostic.

Histiocytose langerhansienne avec manifestations systémiques : à propos d'un cas

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

Introduction : L'histiocytose langerhansienne (HL) est une affection rare d'étiologie inconnue, caractérisée par une infiltration d'un ou plusieurs organes par des cellules dendritiques de type cellules de Langerhans. Nous rapportons le cas d'une enfant présentant des lésions cutanées multiples associées à des manifestations systémiques.

OBSERVATION : Il s'agit d'une fillette de 16 mois, issue d'une grossesse bien suivie, menée à terme, avec un accouchement par voie basse, sans antécédents personnels ni familiaux notables. Elle a été hospitalisée pour des lésions cutanées érythémato-croûteuses évoluant depuis un mois dans un contexte d'asthénie, d'apyrexie et de distension abdominale sans vomissements ni troubles du transit.L'examen clinique a mis en évidence :
Une pâleur cutanéo-muqueuse, de multiples lésions papulo-érythémateuses croûteuses de tailles variables siégeant au niveau du cuir chevelu, des sillons rétro-auriculaires, du tronc, du dos et de la région génitale, adoptant une disposition en « maillot sans manches » , parfois confluentes en plaques, notamment au cuir chevelu, une splénomégalie dépassant de deux travers de doigt le rebord costal.Les examens biologiques ont révélé : Anémie (Hb : 5,3 g/dl),thrombopénie (plaquettes : 83 000),hyperleucocytose (13 000/mm³ avec 72 % de polynucléaires neutrophiles),CRP : 47 mg/l, LDH : 260 UI/l,Bilirubine totale : 34 mg/l, Test de Coombs direct positif.L'histologie a objectivé un épiderme régulier surmonté d'une couche de kératine d'épaisseur conservée, le derme superficiel est le siège d'un infiltrat cellulaire dense fait essentiellement d'éléments histiocytaires, mêles a des lympho-plasmocytes.
L'immunohistochimie a montré une positivité des anticorps anti CD1a et anti PS100, confirmant la nature langerhansienne des cellules . Les examens d'imagerie ont révélé : radiographie du crâne : lésions osseuses lytiques fronto-pariétales gauches, TDM thoraco-abdominale : hypertrophie thymique avec calcifications, splénomégalie homogène, tassement vertébral de S1 .Le diagnostic d'histiocytose langerhansienne avec atteinte multisystémique a été retenu. Un traitement associant corticothérapie orale et immunoglobulines injectables a été initié, avec une amélioration clinique.

Discussion : L'histiocytose langerhansienne est une affection rare, elle touche habituellement le petit enfant de moins de 4ans (5 – 9cas/million). Les manifestations cliniques de l'histiocytose Langerhansienne sont très polymorphes et variable. Elles touchent essentiellement le cuir chevelu, du sillon rétro-auriculaire et le troncadoptant une disposition en maillot sans manches.L atteinte osseuse est la localisation la plus fréquente(80%),les lésions peuvent être uniques ou multiples. L'histologie et l'immuno- histochimie permettent de confirmer le diagnostic.Le traitement est en fonction des organes atteints, il se base essentiellement sur les chimiothérapies.

Conclusion :L'histiocytose langerhansienne est une maladie rare pour laquelle d'importants progrès ont été réalisés ces dernières années.Le traitement est en fonction des organes atteints d'où l'intérêt de faire un bilan d'extension pré thérapeutique.

Intérêt de la biopsie cutanée dans l'exploration des lésions dermatologiques chez le patient dialysé

W. Boudi; Y. Farai; M. El Amraoui; L. Alami; S. El Melouki; I. Anouar; Z. Youssef; J. El Azhari; T. Hanafi; M. Khalidi; R. Frikh
Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction : Le prurit chronique chez le patient hémodialysé est fréquent et multifactoriel. Sa prise en charge nécessite une démarche diagnostique rigoureuse afin d'identifier une cause spécifique, notamment devant l'absence de lésions cutanées évidentes.

Observations : Nous rapportons le cas d'un homme de 74 ans, hémodialysé chronique depuis 10 ans pour néphropathie vasculaire, présentant un prurit chronique sans antécédent d'atopie ni d'allergie médicamenteuse. Un bilan clinique et para clinique exhaustif a été réalisé : NFS, exploration phosphocalcique, bilan hépatique, immuno électrophorèse, exploration endocrinienne, et biopsie cutanée. L'exploration a révélé une hyperparathyroïdie (PTH : 1441), un pic monoclonal gamma (3,3 g/L), des calcifications vasculaires, et à la biopsie cutanée, une dermatose lichénoïde compatible avec un lichen plan. Ces résultats éliminaient les diagnostics différentiels fréquents : prurigo chronique du dialysé, xérodermie, prurit urémique ou causes systémiques (cholèstase, hémopathie). Le prurit, persistant malgré l'optimisation de la dialyse, a bénéficié d'un traitement par corticoïdes et antihistaminiques, avec amélioration clinique rapide.

Discussion : Quelques cas similaires publiés rapportent l'association rare entre l'hémodialyse au long cours et l'apparition de lichen plan, souvent révélée par la biopsie devant un prurit résistant et une présentation clinique atypique.

Conclusion : Ce cas souligne l'importance d'une évaluation étiologique précise du prurit chez l'hémodialysé. Le lichen plan, bien que rare dans ce contexte, doit être évoqué devant l'échec des mesures conventionnelles et confirmé par la biopsie cutanée. Un diagnostic exact permet une prise en charge adaptée, améliorant significativement la qualité de vie de ces patients

Une série de quatre cas du lupus miliaire disséminé de la face

L. Ait ouarab, M. Aboudourib, S. Ait yazza, L. Bendaoud, O. Hocar, S. Amal
Service de dermatologie-vénérologie, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI,Laboratoire Biosciences et santé, Faculté de Médecine et de pharmacie de Marrakech,Université Caddi Ayad, Marrakech, Maroc

Introduction :
Le lupus miliaire disséminé de la face (LMDF) est une affection rare, fait partie du spectre des dermatoses granulomateuses faciales. L'objectif de ce travail est de décrire les caractéristiques cliniques, dermoscopiques et thérapeutiques du lupus miliaire.

Objectifs :
Nous rapportons les caractéristiques cliniques, dermoscopiques et thérapeutiques de quatre cas de lupus miliaire pris en charge dans notre service.

Résultats :
L'âge moyen de nos patients est de 34,75 ans (23 à 43 ans) avec un sex-ratio H/F de 1. Nos patients ont consulté pour des lésions érythémato-papuleuses lisses, associées à des pustules dans un cas, évoluant depuis 3 à 6 mois, à prédominance médio-faciale, avec une atteinte extra faciale touchait les mains chez un patient et le cou chez un autre, évoluant vers une cicatrice cupuliforme chez tous les malades.
Les diagnostics initialement évoqués étaient le LMDF, la sarcoïdose et la rosacée granulomateuse.
L'examen dermoscopique mettait en évidence des bouchons cornés entourés d'un halo rouge-orangé traversé par des vaisseaux linéaires, ramifiés et en épingle à cheveux, ainsi que des zones périfolliculaires rouge-orangées sans structure. Des stries blanchâtres radiaires étaient présentes dans trois cas et des zones cicatricielles blanches étoilées dans un cas.
L'histologie montrait des granulomes épithélio-gigantocellulaires périfolliculaires dans trois cas, associés à une nécrose caséiformes dans 2 cas. La corrélation entre les données cliniques, dermoscopiques et histologiques a permis de confirmer le diagnostic de LMDF.
Une patiente a été traitée par doxycycline 200 mg/j pendant six mois. Les trois autres patients ont reçu de l'isotrétinoïne à 0,5 mg/kg/j, dont l'un après échec de la doxycycline. Une amélioration nette a été constatée chez tous les patients.

Discussion :
Le LMDF est une dermatose granulomateuse qui a été rattachée auparavant à la tuberculose ou à la rosacée, mais il est aujourd'hui reconnu comme une entité indépendante d'étiologie inconnue. Sa pathogénie serait liée à une réaction auto-immune responsable d'une inflammation granulomateuse résultant de la rupture des follicules pileux.
C'est une pathologie rare de l'adulte jeune, caractérisée par des lésions érythémato-papuleuses, nodulaires ou pustuleuses sans base érythémateuse, d'aspect lupoïde, régressives parfois au prix de cicatrices atrophiques. L'atteinte extra-faciale est rare comme celle des mains dans notre cas.
La dermoscopie du LMDF montre un aspect jaune-orangée périfolliculaire, des squames ou des bouchons cornés folliculaires entourés de vaisseaux en épingle à cheveux. Un aspect en cible a été rapporté dans la littérature.
Les résultats des tests histopathologiques montrent un infiltrat granulomateux avec ou sans nécrose caséiforme.
Divers traitements ont été décrits, telles que la tétracycline, l'isotrétinoïne, l'hydroxychloroquine, la dapsone, les corticostéroïdes systémiques, le laser à colorant pulsé, les stéroïdes topiques et les inhibiteurs topiques de la calcineurine. Notre étude montre que l'isotrétinoine, la doxycycline peuvent être efficaces. Un traitement précoce et efficace peut réduire le risque de cicatrices importantes.

Conclusion :
Le LMDF présente des similitudes cliniques et histologiques avec d'autres dermatoses granulomateuses, ce qui rend son diagnostic parfois difficile. La dermoscopie constitue un outil précieux. L'isotrétinoïne est souvent efficace, mais d'autres options comme les cyclines, peuvent également être utiles.

Références :

Slater N, Sathe NC, Rapini RP. Lupus miliaris disseminatus faciei. Dans : StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL) : StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Disponible sur : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559065/

Kwon HJ, Park KD, Yoo DW, Seo JW, Kim KH, Yoon JH. Recalcitrant lupus miliaris disseminatus faciei improved by cyclosporine monotherapy. JAAD Case Rep. 2022 Sep;27:16-19. doi: 10.1016/j.jdcr.2022.06.004. Disponible sur : https://www.jaadcasereports.org/article/S2352-5126(22)00301-0/fulltext

Chaker H, Litaiem N, Jones M, Benyounes K, Ben Salah M, Ben Salah A, Ben Salah A, Ben Salah S, Ben Salah A. Dermoscopie du lupus miliaire disséminé de la face à travers deux observations. La Revue de Médecine Interne. 2020;41:A147. https://doi.org/10.1016/j.revmed.2020.10.249.

Chaker H, Bahloul E, Frikha F, Bouhamed M, Gouiaa N, Masmoudi A, Mseddi M, Boudawara T, Turki H. Lupus miliaire disséminé de la face : notre expérience concernant 6 cas. Ann Dermatol Venereol. 2003;130(12):1135-1139.

Payal Chauhan ,Rashmi Jindal , Nadia Shirazi . Dermoscopy of Lupus Miliaris Disseminatus Faciei: A Step Closer to Diagnosis. Dermatol pract concept 2020 Jun 29;10(3):e2020055. doi: 10.5826/dpc.1003a55 https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7346596/#sec3

Porome eccrine a simulé un mélanome

I. el maslouhi[1]; M. Pr Meziane, Pr Ismaili, Pr Benzekri
[1]dermatologie , CHU Souissi, Rabat, Maroc; [2]Dermatologie, CHU Souissi, Rabat, Maroc

Introduction
Le porome eccrine est une tumeur bénigne rare des glandes sudoripares, généralement non pigmentée et localisée aux paumes et aux plantes. Sa forme pigmentée, observée dans environ 17 % des cas, peut être confondue cliniquement avec d'autres tumeurs cutanées, telles que le mélanome ou le carcinome basocellulaire, rendant son diagnostic difficile.

Observations
Nous rapportons le cas d'une patiente de 65 ans présentant une lésion pigmentée, douleureuse et hémorragique, au niveau de l'omoplate gauche. L'examen dermoscopique a mis en évidence des structures vasculaires polymorphes, des vaisseaux en « feuilles de cerisier » évocateurs, des rosettes, des zones blanchâtres sans structure par endroits, ainsi qu'un pigment bleu-gris. Le reste de l'examen clinique était sans particularité.
L'analyse histologique a confirmé le diagnostic de porome eccrine pigmenté, avec des marges d'exérèse saines.

Discussion
Le porome eccrine pigmenté touche principalement les adultes âgés de 40 à 60 ans. Sa pathogénie reste incertaine. Il se présente cliniquement sous forme de nodule ou de plaque, et sa forme pigmentée est plus fréquente chez les patients à phototype foncé.
La dermoscopie, en particulier l'analyse des motifs vasculaires, peut orienter le diagnostic, mais l'examen histologique demeure indispensable pour le confirmer. Le traitement repose sur l'exérèse chirurgicale complète.L'évolution post-opératoire a été favorable, sans récidive après six mois de suivi.

Conclusion
Le porome eccrine pigmenté, bien que rare et bénin, peut prêter à confusion clinique avec des tumeurs cutanées malignes, notamment le mélanome, en raison de son aspect pigmenté atypique. Ce cas illustre l'importance de la dermoscopie dans l'orientation diagnostique. Ce cas rappelle ainsi l'importance de considérer le porome eccrine pigmenté dans le diagnostic différentiel des lésions pigmentées inhabituelles, notamment chez les patients à phototype foncé.

Pseudolymphome cutané : un caméléon clinique imitant la maladie de Bowen :

C.HAKKAOUI , S.CHHITI, M .CHAOUCH, R. CHAKIRI
Dermatologie et Vénérologie, CHU Souss-Massa, Agadir, Maroc

Introduction

Les pseudolymphomes cutanés regroupent des proliférations lymphocytaires bénignes, cliniquement et histologiquement proches des lymphomes ou de certaines dermatoses précancéreuses. Leur diagnostic peut être difficile, en particulier lorsque la présentation évoque une maladie de Bowen, carcinome in situ cutané.

Observation

Patiente de 65 ans, suivie pour hypertension et syndrome de Gougerot-Sjögren, présentant depuis trois ans une lésion cutanée chronique de la jambe droite, devenue prurigineuse depuis un an. L'examen retrouve une plaque érythémato-squameuse bien circonscrite de 1 cm. La dermoscopie met en évidence un fond érythémateux, des squames blanches et une vascularisation glomérulaire, orientant vers une maladie de Bowen. L'histologie montre un épiderme hyperplasique avec spongiose minime et exocytose lymphocytaire, associé à un infiltrat dermique lympho-histiocytaire dense sans atypies. L'aspect est compatible avec un pseudolymphome cutané, probablement post-médicamenteux. Une exérèse chirurgicale a été proposée.

Discussion

La présentation clinique et dermoscopique était très évocatrice d'un carcinome in situ, ce qui illustre la capacité des pseudolymphomes à mimer des lésions précancéreuses. L'intérêt de ce cas réside dans la difficulté diagnostique et le risque de confusion avec une maladie de Bowen, pathologie nécessitant une prise en charge différente. Il rappelle l'importance de confronter les données cliniques, dermoscopiques et histologiques avant d'arrêter un diagnostic. Par ailleurs, le contexte particulier (terrain auto-immun, traitement antihypertenseur éventuel) suggère un possible pseudolymphome post-médicamenteux, ce qui souligne le rôle de l'anamnèse thérapeutique. Ce cas met donc en lumière la nécessité d'évoquer un pseudolymphome devant toute lésion atypique et d'éviter un sur-traitement inutile en cas de diagnostic erroné de carcinome in situ. La prise en charge consiste à éliminer les facteurs déclenchants et à proposer, selon le contexte, une exérèse chirurgicale ou des traitements conservateurs (corticostéroïdes, photothérapie) .

Conclusion

Le pseudolymphome cutané est une entité bénigne mais trompeuse, pouvant simuler une maladie de Bowen. L'examen histologique reste indispensable pour confirmer le diagnostic et orienter la prise en charge.

Hidradénome nodulaire à l'âge pré-adolescent : une entité rare à connaître en dermatologie pédiatrique

K. Essekakri, Y. Mahdar, A. Jei, B. Baghad, S. Chiheb
Service de Dermatologie et Vénérologie, CHUIbn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction

L'hidradénome nodulaire est une tumeur annexielle cutanée bénigne, issue des glandes sudoripares, qui survient préférentiellement chez l'adulte avec une incidence maximale observée entre la quatrième et la huitième décennie de vie, et un pic de fréquence autour de la soixantaine. La littérature internationale ne rapporte que quelques observations isolées chez l'enfant. Les localisations préférentielles sont la région céphalique, cervicale, le tronc et les extrémités. La localisation dorsale reste exceptionnelle, tout comme sa survenue en période pédiatrique, où très peu de cas ont été rapportés.

Nous rapportons un cas d'hidradénome nodulaire dorsal chez une fillette de 12 ans, soulignant :

- la rareté de cette localisation,
- l'exceptionnalité de la survenue en âge pédiatrique,
- l'intérêt du diagnostic histopathologique pour confirmer l'entité tumorale.

Observation

Patiente âgée de 12 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui s'est présentée pour un nodule unique de localisation dorsale, indolore, évoluant depuis environ 5 mois. L'examen clinique a révélé un nodule dermo-hypodermique de 2 cm de grand axe, de consistance solido-kystique, mobile par rapport aux 2 plans, sensible à la palpation, avec un aspect bleuâtre de la peau en regard sans ulcération ni signes inflammatoires, siégeant au niveau du dos, sous l'omoplate droite. À la dermoscopie on a noté une coloration bleuâtre centrale et des vaisseaux arborescents. À l'échographie des parties molles l'aspect était en faveur de kyste épidermoïde. Pour le traitement on a réalisé une biopsie exérèse sous anesthésie locale avec des marges de 5mm.L'étude histologique de la pièce opératoire est revenue en faveur d'un hidradénome nodulaire eccrine, exérèse à limite saine sans signes de malignité.

Discussion

L'hidradénome nodulaire est une entité bénigne, souvent confondue cliniquement avec des kystes épidermiques, lipomes, dermatofibromes ou pilomatricomes. En pédiatrie, sa reconnaissance clinique est encore plus difficile car l'entité est extrêmement rare. L'hidradénome nodulaire est habituellement observé chez des adultes de 40 à 80 ans, avec un pic d'incidence au cours de la sixième décennie. Le cas présenté illustre une forme pré-adolescente, un âge de survenue exceptionnellement rapporté dans la littérature. Les localisations les plus fréquentes sont : la région céphalique, cervicale, tronc et extrémités, notre cas se distinguait par la localisation dorsale qui est rarissime, probablement sous-rapporté, mais non décrit dans les séries pédiatriques.

Cliniquement, il s'agit le plus souvent d'une lésion dermique superficielle, nodulaire, unique, de petite taille, recouverte d'une peau saine. Certaines tumeurs peuvent toutefois présenter une ulcération de surface ou un écoulement séreux. Le diagnostic positif est essentiellement histologique. La transformation maligne reste exceptionnelle. Le traitement de choix étant l'exérèse chirurgicale large avec marges de sécurité. Toutefois, aucun consensus n'existe à ce jour concernant l'ampleur optimale des marges d'exérèse. Le suivi est recommandé en raison d'un risque de récidive locale (8–10 %) et de rares cas de transformation maligne.

Conclusion

L'hidradénome nodulaire est une tumeur annexielle bénigne exceptionnelle en âge pédiatrique. Ce cas illustre une localisation dorsale inédite chez une fillette de 12 ans, mettant en lumière la nécessité de considérer cette entité rare dans le diagnostic différentiel des nodules cutanés chez l'enfant.

Une exérèse complète avec marges saines constitue la meilleure approche thérapeutique, associée à un suivi clinique régulier pour prévenir la récidive et dépister toute éventuelle transformation maligne.

Nodules sous-cutanés douloureux chroniques : à propos d'un cas de lipodystrophie pseudomembraneuse post-traumatique

Y.El Bouhali , O. El Jouari, S. Gallouj
Service de dermatologie, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI , Tanger, Maroc

Introduction :

Les nodules sous-cutanés douloureux constituent un **challenge diagnostique** en dermatologie. Ils peuvent être associés à diverses étiologies : **panniculites auto-immunes, infectieuses ou post-traumatiques**.

L'objectif de ce poster est de présenter un **cas rare de lipodystrophie pseudomembraneuse post-traumatique**, révélé après une hospitalisation pour choc septique.

Observation :
Il s'agit d'une patiente âgée 31 ans, sans antécédents pathologiques chroniques notables, a été hospitalisée en réanimation il y a deux ans pour un choc septique probable (purpura fulminans non documenté), au cours duquel sont apparues des lésions bulleuses au bras droit et à la jambe gauche ainsi que des nodules sous-cutanés douloureux. Récemment, elle a présenté une exacerbation de la douleur des nodules, associée à des myalgies intermittentes, dans un contexte d'apyrexie et de CEG. L'examen clinique a retrouvé cinq nodules sous-cutanés durs et mobiles (0,5–2 cm), localisés à raison de deux nodules au bras droit et trois à la jambe gauche, sans signes inflammatoires, ainsi que de multiples petites plaques cicatricielles hyperpigmentées sur la jambe gauche correspondant aux anciennes bulles, une couperose faciale, et une capillaroscopie normale, le reste de l'examen somatique étant sans particularité. Les bilans réalisés après l'examen clinique ont montré une enzyme de conversion normale, des anticorps antinucléaires (AAN) corrects et une radiographie thoracique sans anomalies. La biopsie du nodule a montré une panniculite lobulaire pauvre en infiltrat et sans atteinte vasculaire, compatible avec une lipodystrophie pseudomembraneuse post-traumatique.

Discussion :
Les nodules sous-cutanés douloureux constituent un challenge diagnostique car ils peuvent correspondre à différentes entités, notamment la sarcoïdose sous-cutanée (Darier-Roussy), la panniculite lupique, la dermatomyosite amyopathique ou encore les panniculites infectieuses et post-infectieuses. Dans le cas de notre malade, le contexte post-réanimation avec apparition de lésions bulleuses anciennes et la localisation des nodules orientent vers une panniculite lobulaire cicatricielle, correspondant à une lipodystrophie pseudomembraneuse post-traumatique, pathologie rare caractérisée par une inflammation sous-cutanée localisée aux lobules graisseux, pauvre en infiltrat et sans atteinte vasculaire, traduisant des lésions anciennes cicatricielles. Cliniquement, elle se manifeste par des nodules durs, mobiles, souvent douloureux, et peut s'accompagner de séquelles cutanées comme des cicatrices ou une hyperpigmentation. L'évolution est généralement chronique mais bénigne, avec une stabilisation progressive des nodules et une résolution partielle des symptômes douloureux, sans risque systémique. La biopsie cutanée reste l'élément clé pour établir le diagnostic, différencier cette entité des panniculites auto-immunes ou infectieuses et éviter des traitements inappropriés.

Conclusion :
La lipodystrophie pseudomembraneuse post-traumatique, bien que rare, doit être envisagée dans le diagnostic des nodules sous-cutanés douloureux chroniques, surtout dans un contexte de séquelles post-infectieuses ou post-traumatiques. Cette pathologie se distingue par des nodules durs, mobiles, souvent douloureux, et des cicatrices ou hyperpigmentations résiduelles, avec une évolution chronique mais bénigne. Le diagnostic repose essentiellement sur la biopsie, permettant de confirmer la nature lobulaire cicatricielle, d'écarter les causes auto-immunes ou infectieuses et d'orienter la prise en charge de manière appropriée, évitant ainsi des traitements inutiles ou potentiellement délétères.

Rosai-Dorfman cutané isolé : un nodule unique révélateur d'une histiocytose rare

F. EL GUENNOUNI, M.EL AMRAOUI, R. FRIKH, N. HJIRA

Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat

Introduction

La maladie de Rosai-Dorfman (MRD) est une histiocytose rare classée parmi les histiocytoses du groupe R. Sa forme cutanée pure, sans atteinte ganglionnaire ni viscérale, est exceptionnelle. Nous rapportons un cas illustrant les difficultés diagnostiques de cette entité.

Observation

Une patiente de 51 ans, sans antécédents médicaux notables, présentait depuis 9 mois un nodule unique, asymptomatique, de 1,5 cm sur la face antérieure de la cuisse gauche. La lésion, ferme, mobile, avec un érythème lisse en surface, ne s'accompagnait d'aucun syndrome général ni adénopathie. Les examens biologiques (hémogramme, bilan inflammatoire, immunologique, hépatique et rénal) et radiologiques (échographie ganglionnaire, scanner thoraco-abdomino-pelvien) étaient sans anomalies.
La biopsie excisionnelle révélait un infiltrat dermique composé d'histiocytes de grande taille, au cytoplasme clair, avec phénomènes d'emperipolèse. L'étude immunohistochimique montrait une positivité pour les marqueurs S100, CD68 et cycline D1, et une négativité pour CD1a, confirmant le diagnostic de MRD cutanée pure.

Discussion

La MRD cutanée est une entité distincte, de présentation variable, parfois simulant un dermatofibrome, un lymphome ou une sarcoïdose. L'histologie et l'immunohistochimie sont indispensables au diagnostic. L'étiologie reste incertaine, évoquant une dérégulation immunitaire ou un facteur infectieux. L'exérèse chirurgicale est souvent curative. Une surveillance prolongée est recommandée en raison du potentiel de récidive ou d'évolution vers une atteinte systémique.

Conclusion

Ce cas illustre la présentation atypique d'une histiocytose rare, nécessitant une exploration approfondie et une vigilance diagnostique. La connaissance de cette entité permet d'éviter des explorations inutiles et d'instaurer une prise en charge adaptée.

Nodule jugal chronique chez un adulte jeune : granulome infectieux ou réactionnel ? Quand l'histologie dicte la vérité

S.BARAZ, R.BABA, M.AMRAOUI, Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA
Service de dermatologie vénérologie, Hopital militaire d'instruction Mohammed V RABAT

Introduction

Les lésions nodulaires chroniques du visage représentent un défi diagnostique, surtout dans les zones où les infections granulomateuses sont endémiques. La distinction entre une cause infectieuse (tuberculose cutanée, leishmaniose, mycobactérioses atypiques) et une étiologie non infectieuse (sarcoïdose, granulome annulaire, réaction à corps étranger) est cruciale pour orienter le traitement.

Observation

Un patient de 25 ans, sans antécédents médicaux ni traumatiques, consultait pour une lésion jugale droite évoluant depuis 6 mois. L'examen objectivait une plaque nodulaire érythémato-infiltrée, indolore, ferme à la palpation, centrée sur des follicules pileux, sans écoulement, sans adénopathie palpable. L'hypothèse initiale était infectieuse (lupus tuberculeux, leishmaniose cutanée, mycobactériose atypique). Une biopsie cutanée montrait un granulome épithélioïde et giganto-cellulaire, sans nécrose caséeuse, avec absence de microorganismes aux colorations de Ziehl, PAS et Giemsa. Les tests PCR mycobactériens et parasitaires revenaient négatifs. Un bilan systémique ne retrouvait pas d'autre atteinte, orientant vers une sarcoïdose cutanée localisée.

Discussion

L'examen histologique reste la pierre angulaire pour trancher entre causes infectieuses et non infectieuses dans ce contexte. L'absence de nécrose caséeuse et la négativité microbiologique orientent vers un granulome réactionnel de type sarcoïdose, mais un lupus tuberculeux paucibacillaire ne peut être totalement exclu sans cultures prolongées. Ce cas illustre :

1. La similitude clinique entre infections granulomateuses et sarcoïdose cutanée.
2. L'importance des colorations spéciales et de la PCR pour éliminer un agent infectieux.
3. La nécessité d'un suivi rapproché pour dépister une atteinte systémique secondaire.

Conclusion

Face à un nodule facial chronique, la démarche diagnostique doit intégrer un double raisonnement infectieux/non infectieux. Seule la confrontation clinico-pathologique permet un diagnostic fiable et un traitement adapté.

Kératocanthome acral du pied : Un diagnostic insoupçonné révélé par la dermoscopie

S.BARAZ, R.BABA, I.ANOUAR, M.AMRAOUI, Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA
Service de dermatologie vénérologie, Hopital militaire d'instruction Mohammed V RABAT

Introduction

Les lésions hyperkératosiques plantaires sont souvent attribuées à des pathologies bénignes telles que les cors. Nous décrivons un cas où une présentation atypique a été identifiée comme kératocanthome (KA) acral grâce à la dermoscopie, soulignant l'importance de cet outil dans la distinction entre KA et carcinome épidermoïde (SCC).

Observation du Cas

Un patient de 27 ans, sans antécédents ni exposition solaire significative, présente une lésion nodulaire hyperkératosique de 8 mm sur le dos du pied droit, persistante malgré un traitement initial pour cor.
L'examen dermoscopique (grossissement ×20) met en évidence : un cratère central kératosique, des cercles blancs concentriques périphériques ("couronne de perles"), des vaisseaux linéaires et en épingle à cheveux. Aucun globule rouge-noir ou structure mélanocytaire.
L'analyse histopathologique post-exérèse confirme une prolifération épidermoïde bien différenciée compatible avec un KA, sans critère formel d'invasion carcinomateuse.

Discussion

Ce cas illustre trois problématiques scientifiques fondamentales :
Le défi diagnostique des tumeurs acrales : Les KA des extrémités représentent moins de 5% des cas. Leur confusion initiale avec des lésions bénignes ou des SCC est fréquente, comme le montre une étude récente où 22% des KA acraux étaient initialement méconnus (Cardoso et al., J Cutan Pathol 2021). La triade dermoscopique observée (cratère/cercles blancs/vaisseaux linéaires) présente une valeur prédictive positive de 94% pour les tumeurs malpighiennes bénignes dans cette topographie.
La spécificités évolutives et thérapeutiques du KA acral : Contrairement aux KA solaires, les lésions acrales montrent :un taux de régression spontanée réduit , un risque accru de séquelles fonctionnelles par lyse tissulaireet une réponse supérieure au méthotrexate intralésionnel. L'immunohistochimie (COX-2+, MMP-9 faible) permet de différencier le KA du SCC dans 89% des cas litigieux.
Devant une lésion kératosique acrale résistante, il faut proposer un algorithme décisionnel adapté : une évaluation dermoscopique systématique puis une biopsie incisionnelle avec panel immunohistochimique et un traitement conservateur par méthotrexate intralésionnel (dose de 12.5 mg/cm³) avec surveillance rapprochée

Conclusion

Ce cas met en lumière la valeur discriminante de la dermoscopie pour identifier les KA acraux, la nécessité d'une approche immunohistochimique dans les ambiguïtés diagnostiques ainsi que l'efficacité démontrée des traitements conservateurs préservant la fonction podale
Une collaboration multidisciplinaire (dermatologue/anatomopathologiste) est essentielle pour optimiser la prise en charge de ces tumeurs frontières.

Un cas de lichen myxœdémateux : une forme rare de mucinose cutanée chez un adulte immunocompétent

F. Maatallaoui ; M. El Amraoui ; H. Ammari ; S. El Mellouki ; T. Hanafi ; J. El Azhari ; Z. Youssef ; R. Frikh ; N. Hjira
Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction : Les mucinoses cutanées constituent un groupe hétérogène de dermatoses caractérisées par l'accumulation de mucine (glycosaminoglycanes acides, essentiellement de l'acide hyaluronique) au sein du derme et des follicules pileux. Leur étiopathogénie reste mal élucidée. Elles sont classées en deux grandes catégories : les formes primaires, où le dépôt de mucine est le phénomène central, et les formes secondaires, survenant dans le cadre d'autres affections (inflammatoires, endocriniennes ou tumorales).

Nous illustrons un cas de lichen myxœdémateux forme rare de mucinose cutanée

Observation clinique : Un homme de 38 ans, sans antécédents médicaux particuliers, consulte pour des lésions cutanées prurigineuses, évoluant progressivement depuis un an. À l'examen, on observe de multiples papules rosées à blanchâtres, mesurant 2 à 3 mm, localisées au dos et aux épaules. Ces lésions sont prurigineuses, non douloureuses, sans ulcération ni induration. Aucun signe d'atteinte systémique n'est retrouvé à l'examen.Une biopsie cutanée a été réalisée. L'analyse histologique a mis en évidence une accumulation importante de mucine dans le derme papillaire, accompagnée d'une discrète infiltration lymphocytaire périvasculaire. L'ensemble est compatible avec une mucinose papuleuse.Le bilan biologique est normal, notamment la fonction thyroïdienne, l'électrophorèse des protéines sériques, l'immunoélectrophorèse, ainsi que la sérologie VIH.

Le traitement par dermocorticoïdes locaux a permis une nette amélioration clinique avec régression du prurit et des lésions en un mois.

Discussion : Le lichen myxœdémateux (LM), ou mucinose papuleuse, est une dermatose chronique rare caractérisée par des papules lichénoïdes cireuses de petite taille (2–3 mm), pouvant coalescer en nodules ou plaques, liées à un dépôt dermique de mucine. Contrairement au myxœdème secondaire à l'hypothyroïdie, cette entité ne s'accompagne d'aucune anomalie thyroïdienne.On distingue deux grands types de lichen myxœdémateux : la forme diffuse ou scléromyxœdème : associée à une atteinte cutanée étendue et souvent à une gammapathie monoclonale ou à une atteinte systémique.Et la forme localisée : limitée à la peau, sans atteinte systémique ni anomalies biologiques associées.c'est le cas de notre patient La forme localisée comprend plusieurs sous-types :**Forme discrète** (la plus fréquente), atteignant le tronc et les extrémités, parfois observée chez les patients VIH+ ;Mucinose papuleuse acrale persistante, Mucinose cutanée infantile, Forme nodulaire

Le lichen myxœdémateux localisé est généralement bénin. Un traitement local par dermocorticoïdes ou inhibiteurs de la calcineurine (tacrolimus) peut être proposé. Dans les formes associées au VIH, l'isotrétinoïne ou le traitement antirétroviral peut induire une rémission. Une évolution spontanément favorable est possible.

Conclusion : Le lichen myxœdémateux localisé est une entité rare, souvent bénigne, ne nécessitant qu'un traitement symptomatique. Ce cas illustre une forme discrète chez un adulte immunocompétent, avec une bonne réponse à la corticothérapie locale. Le diagnostic repose sur l'examen clinique et l'histologie, en l'absence d'anomalies systémiques ou biologiques associées.

DERMATOSES BULLEUSES

Dermatoses à IgA linéaire chez l'adulte en association à la tuberculose : à propos d'un cas

KETTAM Manal, BENDAOUD Layla, TEBBAAI Wijdane, ABOUDOURIB Meriem, HOCAR Ouafa, AMAL Said

Introduction :

La dermatose à IgA linéaire (DIGAL) est une maladie cutanée rare caractérisée par la présence de dépôts d'immunoglobuline A (IgA) sur la membrane basale de la peau, ce qui provoque des lésions cutanées vésiculobulleuses. Cette maladie est souvent considérée comme une affection bénigne, mais elle peut être associée à un certain nombre de pathologies sous-jacentes et de comorbidités. Parmi ces associations, on retrouve des troubles auto-immuns, des maladies infectieuses, et des cancers, qui compliquent parfois la gestion clinique de la DIAL.

Observation :

Patiente âgée de 23 ans, ayant comme antécédents une infertilité primaire, qui présente depuis 3mois des placards érythémateux prurigineux surmontés de lésions vésiculo-bulleuses qui évoluent vers la rupture laissant place à des érosions cutanées. Cette symptomatologie a été associée à des adénopathies cervicales d'évolution chronique augmentant progressivement de taille. Le tout évoluant dans un contexte de sensation fébrile et conservation de l'état général. A l'examen dermatologique, on retrouve la présence de bulles tendues, des érosions post bulleuses, de pustules et de vésicules par endroits reposant sur une peau érythémateuse, et ayant un regroupement en anneau et herpétiforme avec un signe de Nikolsky négatif. Le reste de l'examen clinique montre des adénopathies cervicales sous maxillaires droites, non inflammatoires, non compressives, non fistulisées, dures et fixes par rapport au plan profond, mesurant environ 4 cm. Le bilan biologique a montré une anémie hypochrome microcytaire associée à une hyper éosinophilie, en plus d'un syndrome inflammatoire. Les explorations radiologiques faites montrent un magma d'adénopathies cervicales droites associé à une adénopathie médiastinale et des nodules pulmonaires. La recherche de bacille de koch dans les crachats était négative. La biopsie cutané des lésions bulleuses était en faveur d'une dermatose bulleuse sous épidermique faisant évoquer une DIGAL sans dépôt d'IgA à l'IFD. La biopsie ganglionnaire quant à elle était évocatrice de tuberculose devant un granulome épithélio-giganto-cellulaire avec nécrose caséeuse. La prise en charge de la patiente reposait sur un traitement systémique par Dapsone 100mg/j en plus du traitement anti bacillaire.

Discussion :

La DIGAL est une dermatose bulleuse sous épidermique caractérisée par la présence d'anticorps de type IgA dirigées contre les protéines PB180, auto antigène de la Jonction dermo-épidermique (JDE). C'est une pathologie qui est rare, plus fréquente chez les enfants. Le diagnostic est confirmé par l'IFD qui met en évidence le dépôt d'IgA linéaire le long de la JDE. La maladie peut être idiopathique, mais le déclenchement par un médicament n'est pas rare surtout la vancomycine.

Le diagnostic repose sur des vésicules ou des bulles sur la peau ou les muqueuses en plus de bulles sous-épidermiques avec infiltrat neutrophile sur l'anatomopathologie ; et enfin un dépôt linéaire d'IgA le long de la membrane basale et l'absence d'autres immunoglobulines sur l'IFD. De plus, la présence de dépôts associés d'IgG, d'IgM et de C3, confirmée par des études d'immunofluorescence en l'absence de maladie auto-immune systémique associée, est un événement rare dans cette affection et n'a été que partiellement rapportée dans la littérature.

Les DIGAL sont le plus souvent associées à d'autres pathologies tels et le cas des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI ; RCH), les maladies auto-immune (Lupus ; néphropathies et hépatopathies auto-immune), les cancers (solides ou hémopathies malignes). Cependant, la baisse du système immunitaire sous-jacente lors de l'évolution de la maladie peut exposer les patients à des infections telles que la tuberculose.

Dans notre cas, le diagnostic de DIGAL à été posé devant la symptomatologie typique des lésions cutanées et le l'aspect très évocateur en histologie. L'atteinte ganglionnaire initialement nous a orienté vers une association lymphomateuse mais les résultats des examens paracliniques ont montré une association avec la tuberculose ganglionnaire.

Conclusion :

La dermatose bulleuse à immunoglobulines A linéaires est une maladie auto-immune rare dont le pronostic est généralement excellent chez l'enfant ; cependant, son contrôle est plus difficile à l'âge adulte. Elle présente des manifestations cliniques hétérogènes. La connaissance de cette maladie contribue à un diagnostic précoce et à un traitement adapté.

Future horizons in pemphigus: the Rituximab experience

M. EL MOUSTAOUI, N.AMMAR, H. EL HASSANI TAIB, S. HAMADA, N. ISMAILI, K. SENOUCI L. BENZEKRI, M.MEZIANE
Dermatology department, Ibn Sina University Hospital, Rabat, Morocco

Introduction:

Pemphigus is a severe autoimmune blistering disease that has long been treated with corticosteroids. Rituximab, a biologic therapy targeting B lymphocytes, represents a therapeutic breakthrough and is now emerging as a more effective and better-tolerated first-line strategy. This study aimed to evaluate its impact in a large Moroccan cohort, highlighting its growing role in the future of dermatology.

Materials and Methods:

This was a single-center, retrospective and prospective, descriptive and analytical study conducted in the Dermatology and Venereology Department of Ibn Sina University Hospital, Rabat, between January 2019 and January 2025. Ninety-two patients with pemphigus were treated with rituximab according to a standardized protocol.

Results:

The mean patient age was 51.5 years (range: 9–80), with a marked female predominance (sex ratio = 1.9). Pemphigus vulgaris accounted for 44.2% of cases, followed by seborrheic pemphigus (39.5%), while vegetans, foliaceus, and herpetiform variants were less common. Oral mucosal involvement was constant (100%), and 61% of patients had severe disease based on the PDAI score at baseline. Rituximab was used as first-line therapy in 57.5% of patients. All patients received concomitant corticosteroids for an average duration of 18 months.

At month 6, complete remission was achieved in 93.8% of naïve patients versus 69.2% of non-naïve patients ($p = 0.003$). This advantage persisted at month 12 (94.4% vs 78.8%, $p = 0.076$) and month 18 (100% vs 95.2%, $p = 0.412$), although statistical significance was lost over time. The overall relapse rate was 11.9%, with a mean relapse interval of 6 months after the first course and 21 months after the last. Deep forms of pemphigus were significantly more prone to relapse (21% vs 3.1%, $p = 0.002$). A total of 41 adverse events were reported in 40 patients (43%), with 5 cases requiring permanent treatment discontinuation.

Discussion:

This study confirms the efficacy of rituximab in pemphigus, particularly when administered as first-line therapy. The protocol used was consistent with international guidelines (notably the EADV S2K recommendations), and outcomes were comparable to large international series, with high rates of clinical remission and a low relapse rate. Naïve patients achieved faster and better disease control than previously treated patients. Overall tolerance was good, despite some severe adverse events. Limitations of the study include the lack of a control group without rituximab and the absence of certain biological data (anti-Dsg, CD4/CD19 lymphocytes) before each cycle. Access to rituximab remains limited in Morocco due to socioeconomic and administrative constraints.

Conclusion:

Rituximab has shown remarkable efficacy and good tolerability in pemphigus. These results support its use as a first-line treatment and illustrate the transition towards a more modern, targeted, and precision-based dermatology, tailored to current therapeutic challenges in Morocco.

Pemphigus in the eldery: clinical and prognostic features

M. EL MOUSTAOUI, N.AMMAR, H. EL HASSANI TAIB, S. HAMADA, N. ISMAILI, K. SENOUCI
L. BENZEKRI, M.MEZIANE
Dermatology department, Ibn Sina University Hospital, Rabat, Morocco

Introduction:
Pemphigus is a rare autoimmune blistering disease that is typically described in middle-aged adults. However, it may also occur in elderly patients, a more fragile population with increased comorbidities and reduced tolerance to treatment. These factors can significantly influence the disease course, yet age-specific data remain scarce. This study aimed to address this gap by analyzing the characteristics and outcomes of elderly patients with pemphigus.

Objectives:
The objectives were to describe the clinical features of pemphigus in elderly patients, evaluate treatment responses and related complications, and determine prognostic factors in order to improve management strategies for this population.

Methods:
We conducted a retrospective descriptive and analytical study over a 30-year period (1995–2025) in the Dermatology Department of Ibn Sina University Hospital in Rabat. All patients aged 65 years and older with a clinically, histologically, and immunologically confirmed diagnosis of pemphigus were included. A total of 111 elderly patients were identified, representing 26.2% of the 424 cases diagnosed during the study period.

Results:
The mean age at diagnosis was 73.0 ± 7.7 years, with a slight female predominance (53%). The seborrheic form was the most frequent (52.3%), followed by the vulgaris form (35.1%), while foliaceus (8.1%), vegetans (1.8%), and herpetiform (1.8%) variants were rare. Severe disease, defined by a PDAI score >45, was observed in 56.8% of cases, with 32.4% having moderate disease and 11% mild disease.
The most common initial treatment was corticosteroid monotherapy, used in more than half of the patients, followed by corticosteroids combined with azathioprine, and corticosteroids with rituximab. The majority received an initial prednisone dose of 1 mg/kg/day, with higher doses (1.5–2 mg/kg/day) prescribed in about a quarter of cases each. Relapses occurred in only 20% of patients.
Complications were frequent, with infections affecting more than one-third of the cohort, followed by osteoporosis and cardiovascular events. Steroid-induced diabetes occurred in 12% of patients. Infectious and cardiovascular complications were the main causes of death.
When compared with younger patients, elderly individuals had significantly fewer severe forms (OR = 0.49, $p = 0.0028$), but a higher rate of complications (59.5% vs. 40.5%, OR = 2.15, $p < 0.001$) and mortality (26.5% vs. 7.8%, OR = 4, $p < 0.001$). They also had a lower relapse rate (OR = 0.51, $p = 0.003$). Mortality was significantly associated with PDAI severity ($p = 0.004$) and deep forms of the disease (39.0% vs. 19.7%, $p = 0.043$).

Discussion:
Our findings are consistent with the only published study specifically addressing pemphigus in the elderly, conducted in Tunisia on 34 patients (1), with both series showing similar sex distribution and predominance of superficial forms. In both studies, diagnostic delay averaged 5–6 months and corticosteroids were the main first-line treatment. However, our series showed a lower relapse rate, likely due to the earlier introduction of immunosuppressive agents, particularly rituximab, which has been routinely used in our department since 2019. Conversely, mortality was higher in our series, probably due to the older age and higher burden of comorbidities in our patients. Iatrogenic complications were frequent in both cohorts, especially metabolic and cardiovascular events.
In our analysis, elderly patients were less likely to present with severe disease and had fewer relapses than younger patients, but experienced more complications and a significantly higher mortality rate. Neither sex, diagnostic delay, nor comorbidities were associated with prognosis, while disease severity (PDAI score) and deep forms were significant predictors of mortality.

Conclusion:

This is, to our knowledge, the first Moroccan study specifically focusing on pemphigus in the elderly. It highlights a distinct clinical and prognostic profile, characterized by less severe disease and fewer relapses compared with younger patients, but higher complication and mortality rates. These findings raise important therapeutic considerations on how to achieve disease control without increasing treatment-related harm. A targeted prospective study is warranted to refine management strategies for this fragile population and improve long-term outcomes.

Relapse in Pemphigus: Risk Factors and Therapeutic Approaches in a Series of 400 Patients

EL HASSANI TAIB Hajar , AMMAR Najoua, EL MOUSTAOUI Meryem, HAMADA Syrine, MEZIANE Mariame, ISMAILI Nadia, SENOUCI Karima, BENZEKRI Laila

Abstract:

Introduction:

Pemphigus is a rare but potentially life-threatening autoimmune blistering disorder caused by pathogenic autoantibodies directed against desmoglein 1 and 3 in keratinocytes. Despite advances in therapeutic strategies, more than half of patients experience relapse during the course of the disease. However, the clinical and therapeutic determinants of relapse remain insufficiently understood.

Objectives:

This study aimed to identify risk factors, clinical characteristics, and treatment modalities associated with pemphigus relapse, with the goal of improving long-term disease management.

Methods:

We conducted a retrospective study of 406 patients diagnosed with pemphigus and treated at a single tertiary referral center between 1999 and 2024. Demographic, clinical, and therapeutic data were collected from medical records. Particular attention was given to the occurrence of relapse, time to relapse, disease subtypes, and treatment regimens. Statistical analyses were performed to assess both risk and protective factors.

Results:

Among the 406 patients, 122 (30%) experienced at least one relapse during follow-up. The median age was 51 years (range: 9–75), with a mean age at onset of 49.8 years. A female predominance was noted (59.8%). The mean consultation delay prior to initial management was 14.6 months. Complete remission was achieved on average after 6.54 months of treatment, while the mean time to first relapse following treatment withdrawal was 25.7 months.

Regarding pemphigus subtypes among relapsing patients, pemphigus vulgaris was the most frequent (43%), followed by seborrheic pemphigus (27.9%), pemphigus foliaceus (19.7%), pemphigus vegetans (5.7%) and pemphigus herpetiformis (4.1%).

Analysis of therapeutic regimens showed that oral corticosteroids alone increased the risk of relapse by 2.72-fold. The combination of corticosteroids with dapsone significantly raised the risk (OR = 9.98), while corticosteroids combined with azathioprine increased the risk by 3.90-fold. Conversely, protective factors included age >65 years (OR = 0.218) and genital involvement (OR = 0.564). In terms of treatment, the most effective protective treatments were corticosteroids combined with rituximab (OR = 0.3), and corticosteroids combined with both immunosuppressants and rituximab (OR = 0.1).

Conclusion:

Relapse remains a major challenge in pemphigus management despite significant therapeutic progress. This large single-center study provides new insights into the clinical and therapeutic predictors of relapse. Our findings highlight the importance of close monitoring and individualized treatment strategies. Combination regimens including corticosteroids and rituximab, either alone or with additional immunosuppressants, demonstrated the strongest protective effect and may represent the most effective approach for long-term disease control.

Pemphigoïde bulleuse secondaire à une infection de cathéter chez un hémodialysé chronique : une association rare mais significative

R.MALOW - M.ELAMRAOUI - H. HASSAN - A.MOUSSA - R.FERIKH-N. HEJIRA
Service de dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat

Introduction : La pemphigoïde bulleuse est une dermatose bulleuse auto-immune, souvent observée chez les personnes âgées. Elle se manifeste par des lésions bulleuses prurigineuses et généralisées, tandis que l'atteinte des muqueuses reste rare. Les patients sous hémodialyse chronique présentent fréquemment des manifestations cutanées variées, parmi lesquelles on retrouve le prurit, des troubles pigmentaires et parfois des lésions spécifiques comme la pemphigoïde bulleuse. De nombreuses études font état d'une incidence plus élevée de cette maladie chez les patients sous dialyse. Nous rapportons ici un cas de pemphigoïde bulleuse chez un patient hémodialysé.

Observation : Le patient, âgé de 86 ans, présente des antécédents d'hypertension artérielle, de diabète de type 2 et de cardiopathie ischémique. Depuis trois mois, il développe des lésions bulleuses tendues, de grande taille, à contenu clair, principalement sur les faces d'extension des membres. Certaines lésions se présentent avec une base urticarienne, et un signe de Nikolsky est négatif. Le patient présente également des lésions eczématiformes sur les flancs et les jambes. La biopsie cutanée a confirmé le diagnostic de pemphigoïde bulleuse, et l'immunofluorescence directe a corroboré ce diagnostic. Le bilan biologique a révélé un syndrome inflammatoire associé à une infection du cathéter jugulaire. Un traitement par dermocorticoïdes, combiné à une corticothérapie systémique, a été instauré. Après deux semaines de traitement, les lésions bulleuses ont disparu, et un blanchiment des lésions a été observé.

Discussion : La pathogenèse de la pemphigoïde bulleuse (PB) chez les patients hémodialysés reste mal comprise, bien que plusieurs facteurs aient été impliqués. L'exposition répétée aux dispositifs de dialyse (prothèses vasculaires, cathéters, membranes) est incriminée dans 20 à 30 % des cas, en raison d'une rupture de tolérance immunitaire conduisant à la production d'autoanticorps anti-membrane basale. Certains antibiotiques, notamment la lévofloxacine ou le céfixime, pourraient également jouer un rôle déclencheur dans près de 10 % des cas. Plus rarement, des infections, comme celles des cathéters veineux centraux, seraient impliquées via l'activation de l'immunité innée ou un mimétisme moléculaire. Chez notre patient, l'infection du cathéter jugulaire identifiée à l'admission pourrait avoir constitué le facteur déclenchant. Si des cas de PB post-infectieuse ont été rapportés, les formes directement liées à une infection de cathéter chez les hémodialysés demeurent exceptionnelles, renforçant l'intérêt de cette observation.

Conclusion : La pemphigoïde bulleuse est une dermatose auto-immune, souvent observée chez les personnes âgées, et elle peut être particulièrement sévère et chronique. Chez les patients sous hémodialyse, la survenue de cette pathologie semble résulter de facteurs multiples, notamment l'utilisation de matériaux en dialyse, l'administration de certains médicaments et la survenue d'infections. Ce cas clinique illustre bien la complexité de la pemphigoïde bulleuse dans cette population et souligne la nécessité d'une prise en charge adaptée.

Pemphigus muqueux exclusif mimant un lichen plan érosif

I.Zakraoui ; B.Baghad ; F.Hali ; S.Chiheb

Service de Dermatologie et de Vénérologie, CHU Ibn Rochd, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca, Université Hassan II, Maroc

Introduction

Le pemphigus est une dermatose bulleuse auto-immune caractérisée par une acantholyse intra-épidermique, due à des auto-anticorps ciblant les desmogléines 1 et 3. Classiquement, il se manifeste par des lésions cutanéo-muqueuses. Cependant, certaines formes atypiques exclusivement muqueuses représentent un défi diagnostique, particulièrement lorsque les résultats histopathologiques et d'immunofluorescence directe (IFD) sont discordants ou non concluants. Nous rapportons un cas de pemphigus muqueux strict sans atteinte cutanée mimant un lichen plan érosif.

Observation :

Une patiente de 57 ans présentait depuis 5 ans des lésions érosives douloureuses persistantes strictement limitées à la muqueuse buccale. L'examen clinique révélait des érosions des bords latéraux de la langue, de la muqueuse labiale et jugale, associées à une langue fissurée. On notait également des lésions papuleuses violacées de la lèvre inférieure, évoquant des lacs veineux. Aucune atteinte cutanée, notamment pas de bulles ni d'érosions post bulleuses. Absence d'atteinte phanérienne, génitale ou oculaire. La biopsie de la muqueuse labiale montrait un clivage intra-épithélial avec acantholyse, associé à un infiltrat inflammatoire lichénoïde dense. L'IFD ne montrait pas de dépôts interkératinocytaires IgG ou de C3. L'immunofluorescence indirecte (IFI) révélait un titre élevé d'auto-anticorps anti-substance intercellulaire (1:640). Face à la discordance clinique, histologique et immunologique et après discussion multidisciplinaire, le diagnostic final retenu est celui d'un pemphigus strictement muqueux appuyé par le tableau clinique évocateur et la positivité franche de l'IFI. La patiente a été mise sous traitement par la corticothérapie systémique à la dose de 1mg/kg/j associée à l'azathioprine 150 mg/j avec une évolution favorable après 3 mois de suivi.

Discussion

Le pemphigus muqueux strict constitue une entité rare et souvent déroutante, pouvant mimer d'autres dermatoses inflammatoires telles que le lichen plan érosif, ce qui peut entraîner un retard diagnostique. Dans notre observation, la présentation clinique était évocatrice d'un pemphigus. Cependant, la négativité de l'IFD associée à la présence d'un infiltrat lichénoïde a initialement orienté vers un lichen plan érosif. Néanmoins, un diagnostic de pemphigus ne saurait être exclu sur la seule base d'une IFD négative, en particulier lorsque l'IFI est fortement positive et que la clinique est évocatrice. Plusieurs études ont rapporté des cas similaires d'IFD faussement négative, notamment en cas d'atteinte muqueuse isolée ou en raison de la qualité technique des prélèvements.

Conclusion

Notre cas illustre une présentation clinique trompeuse de pemphigus strictement muqueux, mimant un lichen plan érosif. Il souligne l'importance capitale du raisonnement clinique face aux discordances des résultats paracliniques. Une approche multidisciplinaire associant dermatologue, anatomopathologiste et biologiste demeure essentielle pour éviter les erreurs diagnostiques et thérapeutiques, permettant d'établir un diagnostic précis et d'adapter la prise en charge selon les recommandations internationales actuelles.

Pemphigus végétant unilatéral du pli axillaire : à propos d'un cas

S. El Mellouki; L. Alami; W. Boudi; F. Maatallaoui; M. El Amraoui; Z. Youssef; R. Frikh
Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction : Le pemphigus végétans est une variante clinique rare du pemphigus caractérisée par des plaques végétatives, qui apparaissent souvent dans les zones intertrigineuses. En raison de son aspect atypique, il peut mimer diverses autres affections dermatologiques, ce qui rend le diagnostic particulièrement difficile, surtout chez les personnes âgées ou immunodéprimées. Nous rapportons le cas d'un homme de 71 ans, diabétique, qui présentait une lésion axillaire persistante. L'objectif de ce cas est de détailler l'approche diagnostique et les aspects thérapeutiques de cette présentation peu commune.

Observations : Le patient, un homme de 71 ans dont le diabète est connu, a été évalué pour une lésion axillaire unilatérale qui évoluait lentement depuis août 2024. L'examen clinique a révélé une plaque végétante hypertrophique dans la région axillaire gauche. Il n'y avait pas d'atteinte muqueuse ni d'autre lésion similaire. Une biopsie cutanée a été réalisée. L'analyse histologique a révélé une acantholyse suprabasale et une infiltration éosinophile marquée, compatibles avec un pemphigus végétatif. Le test d'immunofluorescence directe a montré un dépôt intercellulaire d'IgG et de C3.

Discussion : La présentation clinique, ainsi que les résultats histologiques et d'immunofluorescence, ont confirmé le diagnostic de pemphigus végétatif. Le patient a été mis sous corticostéroïdes systémiques. Une surveillance étroite a été mise en place pour gérer à la fois la réponse thérapeutique et le contrôle de la glycémie en raison du diabète sous-jacent.

Conclusion : Bien que le pemphigus végétans soit rare, sa présentation unilatérale chez les patients plus âgés peut compliquer le diagnostic en raison du chevauchement des symptômes avec d'autres affections dermatologiques. Une reconnaissance et un traitement précoces sont essentiels pour prévenir la morbidité associée à la maladie.

Sous le masque : épidermolyse bulleuse acquise mimant dermatite herpétiforme et pemphigoïde bulleuse

I.Jegoual, 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 :

La pemphigoïde bulleuse (PB) et la dermatite herpétiforme (DH) sont deux dermatoses bulleuses auto-immunes sous-épidermiques, toutes deux caractérisées par un prurit intense. Bien qu'elles reposent sur des mécanismes physiopathologiques distincts, certains cas rapportés dans la littérature suggèrent la possibilité d'une coexistence.

À ces entités, s'ajoute l'épidermolyse bulleuse acquise (EBA), dermatose bulleuse auto-immune sous-épidermique rare, caractérisée par une atteinte du collagène de type VII. Bien que la présentation clinique de l'EBA puisse mimer celle de la PB et DH, son diagnostic repose sur des critères immun pathologiques spécifiques.

Observation :

Patient âgé de 39 ans, ayant comme antécédents un diabète de type 1 sous insuline et une rectocolite hémorragique. Il a été admis pour des lésions vésiculeuses groupées en bouquets associées à des bulles tendues diffuses et des érosions, avec un prurit intense. Une biopsie cutanée avec immunofluorescence directe (IFD) a révélé un clivage sous-épidermique avec présence de microabcès à PNN au niveau des papilles dermiques, et des dépôts d'IgA localisés aux sommets des papilles dermiques, en faveur d'une DH. Le bilan biologique a montré une hyperleucocytose à PNE et une VS accélérée. Une FOGD avec biopsies a mis en évidence un œdème de la muqueuse duodénale, et l'histologie a révélé une atrophie villositaire, avec des anticorps anti-gliadine et tranglutaminase négatif. Le patient a été mis sous régime sans gluten et sous Disulone à la dose de 100 mg/jour. En raison d'une anémie sous disulone, le traitement a été remplacé par la Sulfasalzine à la dose de 3 g/jour. Devant l'absence d'amélioration, une seconde biopsie a été faite montrant un clivage sous-épidermique avec dépôts linéaires de C3 et d'IgG le long de la jonction dermo-épidermique évoquant une PB avec des anticorps anti BP 180 et 230 positif. Une corticothérapie systémique a été initiée en raison de 1mg/kg/jr. Devant la non amélioration le patient a recu une cure de Rituximab en raison de 1g à J0 et J14 et un bolus de Méthyl prednisone 1g pendant 3 jours avec diminution des lésions bulleuses et du prurit et début de cicatrisation des lésions anciennes en grain de milium. Les anticorps anti-collagène VII sont revenus négatifs.

Discussion :

La PB et la DH sont deux dermatoses auto-immunes sous-épidermiques distinctes, aux mécanismes immunopathologiques différents, mais toutes deux caractérisées par un prurit intense et des lésions bulleuses ou vésiculeuses. La PB survient principalement chez le sujet âgé, tandis que la DH touche préférentiellement des patients plus jeunes et est étroitement associée à la maladie cœliaque. L'association rare de ces deux pathologies, comme illustré dans la littérature, soulève des interrogations quant à leurs liens immunologiques possibles. Certains cas rapportés suggèrent que la DH pourrait représenter un facteur de risque pour le développement ultérieur d'une PB, via un dérèglement immunitaire croisé ou un phénomène d'épitope spreading. Le diagnostic différentiel repose sur l'analyse clinique, l'IFD et l'examen histopathologique. Un suivi rigoureux des patients atteints de DH est essentiel, notamment en cas de résistance au traitement ou d'apparition de nouvelles lésions, afin de dépister une possible évolution vers la PB.

En effet, la présence de lésions cicatricielles en grains de milium, associée à une topographie prédominante sur les zones de frottement (zones acrales, zones de pression), oriente fortement vers une EBA, qui peut mimer les tableaux cliniques de la DH et de la PB, rendant le diagnostic d'autant plus complexe. Ainsi, l'EBA doit être envisagée systématiquement dans les formes atypiques ou réfractaires, en raison de ses implications pronostiques et thérapeutiques spécifiques.

Conclusion :

Notre cas renforce la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire et d'une vigilance accrue face à cette rare association, qui pourrait avoir des implications thérapeutiques et pronostiques importantes.

Association rare de pemphigoïde bulleuse gestationnelle et de gale : à propos d'un cas

Y.El Bouhali , O. El Jouari, S. Gallouj
Service de dermatologie, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI , Tanger, Maroc

Introduction :
La pemphigoïde bulleuse gestationnelle (PBG) est une dermatose autoimmune rare, survenant pendant la grossesse ou en post-partum, caractérisée par des lésions bulleuses prurigineuses et une inflammation sous-épidermique. La gale est une infestation cutanée due à *Sarcoptes scabiei*, provoquant un prurit intense et des lésions cutanées spécifiques. L'association concomitante de PBG et de gale est exceptionnelle, posant un défi diagnostique et thérapeutique, car les lésions prurigineuses peuvent se chevaucher et masquer l'une ou l'autre pathologie.

Observation :
Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 37 ans, enceinte de 28 semaines, ayant comme antécédent un diabète gestationnel et une notion de prurit familial, admise dans notre formation pour une éruption vésiculeuse généralisée, précédée depuis trois mois par un prurit intense, à prédominance nocturne.
L'examen clinique a révélé de multiples lésions vésiculeuses généralisées sur l'ensemble du tégument, reposant sur un fond érythémateux, avec des lésions excoriées surmontées de croûtes mélicériques et hémorragiques, ainsi que des zones lichénifiées. Le visage n'était pas épargné. Le signe de Nikolsky était négatif. On notait également des plaques urticariennes, des plaques érythémato-squameuses d'aspect cicatriciel, ainsi que des papules et vésicules disposées en ligne sur les plis interdigitales et le tronc.
Une biopsie cutanée a été réalisée, révélant un clivage sous-épidermique avec dépôt linéaire d'IgG et de C3 à la jonction dermo-épidermique à l'immunofluorescence directe, confirmant le diagnostic de **pemphigoïde bulleuse gestationnelle (PBG)**.
La patiente a été initialement traitée par corticothérapie locale adaptée à la PBG, associée à des antihistaminiques oraux. Devant la persistance du prurit nocturne et la présence de lésions linéaires évocatrices, l'association concomitante de la PBG et de la **gale** a été suspectée et confirmée cliniquement. Un traitement topique spécifique par benzoate de benzyle a été instauré pour la gale.
Une surveillance rapprochée a montré une régression progressive des bulles et une disparition du prurit, avec une bonne tolérance du traitement et une évolution favorable.

Discussion :

La pemphigoïde bulleuse gestationnelle (PBG) est une dermatose rare, avec une incidence estimée entre 1/50 000 et 1/60 000 grossesses, survenant le plus souvent au troisième trimestre. Elle se caractérise par un prurit intense et des bulles tendues, pouvant être confondue avec d'autres dermatoses prurigineuses de la grossesse. La gale, qui représente 2 à 6 % de l'ensemble des maladies cutanées survenant pendant la grossesse, peut majorer le prurit et compliquer le diagnostic différentiel. L'association concomitante de ces deux pathologies est exceptionnelle. Elle nécessite un diagnostic précis, reposant sur l'examen clinique, la dermoscopie ou l'observation des sillons scabieux, ainsi que sur la notion de prurit nocturne et familial pour la gale, et sur l'immunofluorescence directe pour la PBG. Le traitement doit être coordonné afin de contrôler la réaction auto-immune tout en éradiquant l'infestation parasitaire, en tenant compte de la sécurité materno-fœtale.

Conclusion :

L'association concomitante de pemphigoïde bulleuse gestationnelle et de gale est rare et peut compliquer le diagnostic initial en raison du chevauchement des lésions prurigineuses. Une approche diagnostique rigoureuse et un traitement ciblé sont essentiels pour assurer la sécurité materno-fœtale et la résolution rapide des symptômes. Ce cas souligne l'importance de rechercher systématiquement une cause secondaire du prurit chez la femme enceinte, même en présence d'une pathologie autoimmune établie.

Clinical, Dermoscopic, and Therapeutic Insights into Pemphigus Vegetans: A rare case report

Jei, FZ. ELFatoiki, H. Rachadi, B. Beghad, S. Chiheb
Ibn rochd university hospital center, dermatology and venerology, casablanca

Introduction & Objectives:
Pemphigus vegetans is a rare variant of pemphigus, characterized by predominant flexural involvement and vegetating lesions. This study reports a new case, highlighting its clinical, dermoscopic, and therapeutic specificities.

Case report:
A 43-year-old woman, with a history of cholecystectomy 11 years prior, was hospitalized for flaccid bullous lesions evolving into erosive and vegetating plaques, primarily in flexural areas over three months. Initial painful oral involvement impaired nutrition, accompanied by moderate pruritus, chronic constipation, rectal bleeding, and general deterioration.
Clinical examination revealed post-bullous erosions with an erythematous and bleeding base, overlying healthy skin, and topped by coalescing, malodorous, brownish, papillomatous vegetations in axillary, submammary, inguinal, intergluteal, suprapubic, and vulvar folds, as well as the neck, occipital scalp, mid-back, and posterior thighs.
Pustules were present in some areas, with flaccid serous bullae on the upper back and perioral region. Nikolsky's sign was positive. Pigmented macular scars were noted on the posterior thighs, along with a diagonal brownish hypochondrial scar. Oral examination revealed erosive gingivitis, fissured crusted cheilitis, painful buccal and lingual ulcerations without pseudomembranes or synechiae. Anal pseudo-marqués and a large anal fissure were confirmed via rectoscopy. Nails were normal.
Dermoscopy of the vegetative lesions revealed a brown cobblestone pattern with pink-white lacunae, some scattered dotted vessels and darkish browner areas.
Histopathology revealed suprabasal acantholysis, hyperparakeratotic acanthosis, and intraepidermal IgG/C3 deposition on direct immunofluorescence. Indirect immunofluorescence was strongly positive. Paraneoplastic screening was negative. Bacterial culture identified Pseudomonas aeruginosa and Staphylococcus aureus both ciprofloxacin-sensitive.
Treatment included corticosteroids (1.5 mg/kg/day), azathioprine (150 mg/day), local wound care, and antibiotic/antiviral therapy. Evolution showed no new lesions, healing of existing erosions, regression of vegetations, and residual hyperpigmented macules.

Conclusion:
Pemphigus is an autoimmune blistering dermatosis; the vegetative form represents 1 to 2% of cases. It manifests as flexural bullae progressing to vegetating plaques. Diagnosis relies on histology and immunofluorescence. Although rarely described, dermoscopy may help correlate vascular structures with disease activity and the presence of scales with the vegetative form. Treatment is based on corticosteroids, immunosuppressants, and potentially rituximab.

Contrôle d'une dermatite herpétiforme sans maladie cœliaque par régime sans gluten exclusif : à propos d'un cas

S.BARAZ, R.BABA, H.KERROUCH, M.AMRAOUI, Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA
Service de dermatologie vénérologie, Hopital militaire d'instruction Mohammed V RABAT

Introduction et objectifs

La dermatite herpétiforme (DH) est une dermatose bulleuse auto-immune étroitement associée à la sensibilité au gluten, habituellement liée à la maladie cœliaque (MC). Toutefois, certains cas de DH surviennent en l'absence d'atteinte intestinale, soulevant des interrogations physiopathologiques. Si la dapsone constitue le traitement symptomatique de référence, le régime sans gluten (RSG) reste la seule approche capable d'assurer un contrôle durable de la maladie. Nous rapportons le cas d'une DH sans MC, contrôlée uniquement par un RSG, illustrant l'intérêt thérapeutique majeur d'une prise en charge diététique même en l'absence d'entéropathie.

Matériels et méthodes

Un homme de 26 ans, sans antécédents particuliers, présentait depuis quatre mois une éruption polymorphe, prurigineuse, faite de lésions papulo-vésiculeuses symétriques, croûteuses et urticariennes, siégeant au dos et aux membres. Le prurit était intense et résistant aux dermocorticoïdes.

La suspicion clinique de DH fut confirmée par immunofluorescence directe (biopsie péri-lésionnelle), mettant en évidence des dépôts granuleux d'IgA au niveau des papilles dermiques. Les sérologies (anti-transglutaminase tissulaire, anti-endomysium, peptides déamidés de la gliadine) étaient négatives. La biopsie duodénale montrait une architecture villeuse normale.

Un RSG strict fut instauré sans recours à la dapsone. Après trois mois, les lésions et le prurit disparurent totalement, avec une rémission clinique complète maintenue à plus d'un an.

Résultats

Ce cas illustre la possibilité d'une DH sans preuve sérologique ni histologique de MC, mais répondant de façon spectaculaire au RSG seul. La DH et la MC partagent une prédisposition génétique commune (HLA-DQ2/DQ8) et une activation immune dépendante du gluten. Néanmoins, certaines formes peuvent se limiter à la peau, l'autoantigène majeur étant alors la transglutaminase épidermique (eTG), sans atteinte intestinale. Dans ces situations, les dépôts d'IgA cutanés restent étroitement liés à l'exposition au gluten, indépendamment d'une entéropathie.

La réponse rapide et prolongée au RSG renforce l'hypothèse que le gluten constitue le principal déclencheur immunologique de la DH, et que son élimination représente à la fois une stratégie diagnostique et thérapeutique.

Conclusion

La dermatite herpétiforme peut évoluer sans atteinte intestinale patente. Ce cas démontre qu'un RSG strict peut suffire à induire et maintenir une rémission prolongée, même en l'absence de MC documentée. Cette observation plaide pour considérer l'éviction du gluten comme approche thérapeutique de première intention dans certaines DH, en particulier lorsque la dapsone est contre-indiquée ou mal tolérée. Des études complémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre les mécanismes immunologiques de cette sensibilité cutanée au gluten isolée.

Pemphigoïde nodulaire : une forme rare et trompeuse de pemphigoïde bulleuse

S.BARAZ, R.BABA, M.AMRAOUI, Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA
Service de dermatologie vénérologie, Hopital militaire d'instruction Mohammed V RABAT

Introduction et objectifs

La pemphigoïde bulleuse (PB) est une dermatose auto-immune bulleuse sous-épidermique, touchant préférentiellement les sujets âgés. Si la présentation classique associe bulles tendues et prurit, des formes atypiques existent. Parmi elles, la pemphigoïde nodulaire (PN) ou prurigo-like pemphigoid, mimant un prurigo chronique, constitue un véritable piège diagnostique. Cette variante, caractérisée par des lésions nodulaires prurigineuses sans bulles, entraîne souvent un retard de prise en charge. Nous rapportons un cas marocain de PN, illustrant l'intérêt de l'histologie et de l'immunopathologie dans le diagnostic, ainsi que les défis thérapeutiques liés aux comorbidités métaboliques.

Matériels et méthodes

Un patient marocain de 72 ans, suivi pour diabète de type 2 et hypertension artérielle, a consulté pour des nodules prurigineux intenses, apparus brutalement depuis un mois, prédominant au tronc, au dos et aux membres, épargnant la face et les muqueuses. L'examen clinique retrouvait de multiples nodules violacés excoriés avec remaniements atrophiques. Le diagnostic de prurigo nodulaire a été initialement évoqué, mais l'âge avancé et la rapidité d'évolution ont motivé des explorations complémentaires.

La biopsie cutanée a révélé une acanthose épidermique associée à un décollement sous-épidermique riche en éosinophiles. L'immunofluorescence directe a montré un dépôt linéaire de C3 le long de la jonction dermo-épidermique. L'ELISA a objectivé des anticorps anti-BP230 à taux élevé (79,0 U/ml), alors que les anti-BP180 étaient négatifs, confirmant le diagnostic de PN.

Résultats

Le patient a été traité par prednisone orale (0,5 mg/kg/j) avec décroissance progressive sur six semaines, associée à un traitement topique par clobétasol. L'évolution a été marquée par une régression notable du prurit et des lésions nodulaires, sans rechute après trois mois de suivi.

La PN constitue une variante rare de PB, souvent confondue avec un prurigo nodulaire classique. Sur le plan immunologique, elle se distingue par une prédominance des anticorps anti-BP230, contrairement à la PB classique plus fréquemment associée aux anti-BP180. L'absence de bulles rend le diagnostic particulièrement difficile, soulignant l'importance des explorations histopathologiques et immunologiques.

Sur le plan thérapeutique, les corticoïdes systémiques restent le traitement de référence, mais leur utilisation prolongée expose à des risques accrus, surtout chez les patients comorbides. Des alternatives épargnant les corticoïdes (doxycycline, dapsone, antihistaminiques, antagonistes des leucotriènes) peuvent être envisagées. Les biothérapies, telles que le rituximab ou l'omalizumab, apparaissent prometteuses dans les formes réfractaires.

Conclusion

La pemphigoïde nodulaire doit être évoquée devant toute éruption nodulaire prurigineuse chronique de l'adulte âgé, notamment en cas de résistance aux traitements conventionnels du prurigo. Le recours à l'histologie et aux tests immunologiques spécifiques est indispensable pour éviter les erreurs diagnostiques. Ce cas illustre l'importance d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge individualisée, tenant compte des comorbidités métaboliques, afin d'obtenir une rémission efficace tout en limitant les complications iatrogènes.

DERMATOSES INFECTIEUSES

L'érosion silencieuse : une ulcération buccale comme première manifestation d'une syphilis tertiaire

K. El Fid, H. Bay Bay, S. Elloudi, M. Soughi, Z. Douhi, FZ. Mernissi
Service de dermatologie, CHU Hassan II, FES, MAROC.

Introduction

Les ulcérations buccales chroniques constituent un motif de consultation fréquent en stomatologie et en dermatologie. Si la majorité d'entre elles sont d'origine traumatique, infectieuse ou inflammatoire bénigne, certaines formes persistantes et atypiques doivent alerter sur la possibilité d'affections plus rares mais potentiellement graves, comme la syphilis tertiaire. Les gommates syphilitiques de la cavité orale, bien que devenus exceptionnels à l'ère des antibiotiques, représentent une entité à ne pas méconnaître, tant leur présentation clinique peut simuler une tumeur maligne ou une infection chronique spécifique (tuberculose, mycoses profondes).

Observation

Un patient âgé de 43 ans, sans antécedant pathologique notable qui consulte pour une ulcération de la gencive supérieure évoluant progressivement depuis environ un an. L'évolution s'est faite à bas bruit, sans douleur significative, sans fièvre ni altération de l'état général.

L'examen clinique a mis en évidence une ulcération unique, bien limitée, mesurant environ 3 cm de grand axe, siégeant au niveau de la gencive maxillaire supérieure. La lésion mettait à nu l'os sous-jacent et s'accompagnait d'une perte d'attache dentaire en regard. Les bords étaient érythémateux, légèrement surélevés, et l'ensemble était indolore à la palpation. Le reste de notre examen clinique n'a pas révélé d'autre anomalies.

L'absence de contexte traumatique ou iatrogène, l'évolution chronique et l'aspect clinique atypique nous ont poussé à évoque un carcinome epidermoide ou une syphilis tertiaire. Ce qui a motivé la réalisation en premier d'un bilan sérologique montrant un taux de VDRL : 1/32 TPHA : 1/5120. Nous avons donc mis le patient sous extencilline injectable protocole syphilis latente tardive, avec avoir réalisé les autres sérologies revenant négative, scanner cérébrale et une sérologie syphylitique dans le LCR VDRL négative dans le liquide céphalo-rachidien LcR et TPHA positive à 1280 en cocertation avec les neurologues c'était en faveur de trace de syphilis dans le LCR sans retenir le diagnostic d'une neurosyphilis. Le patient a été mis sous Exencilline à la dose de 2,4MUI chaque semaine pendant 3 semaines, l'évolution d'est marqué par le début de cicatrisation de l'ulcération permettant ainsi de retenir le diagnostic.

Discussion

La présentation clinique de cette ulcération est évocatrice d'une pathologie chronique spécifique. Les principaux diagnostics différentiels comprennent le carcinome épidermoïde de la cavité orale, la tuberculose buccale, les mycoses profondes (histoplasmose, blastomycose), ainsi que les gommates syphilitiques.

Dans le cadre de la syphilis tertiaire, les lésions gommateuses sont dues à une réaction inflammatoire granulomateuse chronique, conduisant à une destruction progressive des tissus. Au niveau buccal, elles sont rares mais typiquement indolores, d'évolution lente, et peuvent provoquer des pertes osseuses et dentaires. Leur aspect trompeur peut retarder le diagnostic, surtout en l'absence de contexte sexuellement transmissible rapporté par le patient.

L'approche diagnostique repose sur la sérologie syphilitique (VDRL et TPHA) et l'examen histopathologique qui met en évidence une réaction granulomateuse avec infiltrat plasmocytaire. La confirmation diagnostique conditionne la prise en charge thérapeutique.

Le traitement repose sur la pénicilline G benzathine, administrée en injections intramusculaires hebdomadaires sur trois semaines, avec une excellente efficacité et une cicatrisation progressive des lésions.

Conclusion

Toute ulcération buccale chronique, surtout si elle est indolore et d'évolution prolongée, doit faire évoquer, en plus des causes tumorales et infectieuses classiques, la possibilité d'une syphilis tertiaire. La reconnaissance de cette entité permet une prise en charge rapide, évitant des complications fonctionnelles et esthétiques, et souligne l'importance de maintenir une vigilance diagnostique vis-à-vis de cette maladie « oubliée ».

Ulcérations nécrotiques avec facies léonin révélant une lèpre lépromateuse de type Lucio

M.Hammouch, F.Hali, S.Chiheb
Service de dermatologie-vénéréologie,CHU IBN Rochd, Casablanca

Introduction :
La lèpre lépromateuse, forme multibacillaire anergique de l'infection à *Mycobacterium leprae*, est caractérisée par une atteinte cutanéo-neurologique chronique et souvent grave. Elle peut être compliquée de réactions immuno-inflammatoires, parmi lesquelles le phénomène de Lucio représente une entité rare et sévère, généralement observée chez des patients préalablement traités. Nous rapportons un cas inhabituel de phénomène de Lucio inaugural, révélateur d'une lèpre lépromateuse.

Observation clinique :
Un patient de 52 ans s'est présenté aux urgences pour des ulcérations cutanées chroniques étendues. L'anamnèse révèle l'apparition, vingt ans auparavant, de macules achromiques faciales et distales, évoluant progressivement vers des ulcérations nécrotiques profondes, particulièrement marquées aux membres inférieurs. L'examen clinique objectivait un patient grabataire, dysphonique, amaigri, présentant un facies léonin infiltré, une atteinte cutanée diffuse faite de lésions dyschromiques, d'ulcérations nécrotiques à base infiltrée, ainsi que des déformations des extrémités et des troubles sensitifs diffus. Des adénopathies inguinales étaient également notées. La bacilloscopie cutanée était fortement positive (index bacillaire à 5+), et le bilan biologique montrait une anémie modérée (Hb : 9 g/dL). Le diagnostic de phénomène de Lucio sur lèpre lépromateuse non traitée a été retenu. Le patient a été mis sous polychimiothérapie OMS multibacillaire (PCT MB) avec amélioration clinique significative.

Discussion :
Le phénomène de Lucio se manifeste classiquement par des ulcérations cutanées nécrotiques secondaires à une vascularite leucocytoclasique et une nécrose ischémique, survenant typiquement chez des patients lépromateux traités ou insuffisamment suivis. La particularité de ce cas réside dans son caractère inaugural, en l'absence de traitement antérieur, ce qui est extrêmement rare. Le tableau clinique évoque une forme grave et évoluée de la maladie, avec un fort index bacillaire, un terrain dénutri, et des signes neurologiques avancés. L'évolution favorable sous PCT rappelle l'importance d'un diagnostic précoce, même devant des manifestations dermatologiques atypiques.

Conclusion :
Ce cas souligne l'importance de reconnaître le phénomène de Lucio comme une manifestation potentiellement inaugurale de la lèpre lépromateuse. La vigilance clinique est primordiale, notamment dans les zones d'endémie, face à des ulcérations cutanées chroniques inexpliquées, associées à une atteinte neurologique et un facies léonin. Un traitement antilepreux rapide et adéquat permet une amélioration significative, même dans les formes sévères.

Scrofuloderme inguinal avec cicatrices rétractiles chez un enfant marocain : une forme rare de tuberculose cutanée

S.BARAZ, R.BABA, K.BEKKALI, H.KERROUCH, M.AMRAOUI, Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA
Service de dermatologie vénérologie, Hopital militaire d'instruction Mohammed V RABAT

Introduction et objectifs

La tuberculose cutanée (TBC), forme rare de tuberculose extrapulmonaire, représente moins de 2 % des cas mondiaux de tuberculose. Le scrofuloderme, sa présentation la plus fréquente, résulte de l'extension directe d'une adénite tuberculeuse vers la peau. Dans les pays endémiques comme le Maroc, où la tuberculose reste un problème majeur de santé publique, les formes pédiatriques de scrofuloderme sont probablement sous-diagnostiquées et peu rapportées. Nous présentons un cas de scrofuloderme inguinal chez un enfant de 3 ans, illustrant les particularités cliniques, les difficultés diagnostiques et l'évolution thérapeutique, avec un accent sur la prévention des séquelles cicatricielles.

Cas clinique :

Un garçon marocain de 3 ans a consulté pour des nodules indurés et ulcérés de l'aine droite évoluant depuis 4 mois, laissant place à des cicatrices atrophiques rétractiles. Aucun antécédent de traumatisme, de réactivation cicatricielle au site BCG ou de contage tuberculeux n'était rapporté. L'examen retrouvait plusieurs cicatrices linéaires et nodulaires à centre déprimé et hyperpigmenté, évocatrices d'un scrofuloderme guéri, associées à une adénopathie inguinale. L'intradermoréaction à la tuberculine était fortement positive (15 mm). L'échographie révélait des ganglions hypoéchogènes à centre nécrotique. L'histologie montrait un granulome tuberculoïde avec nécrose caséeuse. La PCR GeneXpert sur biopsie confirmait la présence de *Mycobacterium tuberculosis* sensible à la rifampicine. La sérologie VIH était négative.

Discussion :

Un traitement antituberculeux standard (2HRZE/4HR) a été instauré avec évolution favorable : absence de récidive mais persistance des cicatrices rétractiles. Si le scrofuloderme touche préférentiellement la région cervicale, l'atteinte inguinale, plus rare, doit être reconnue dans les zones endémiques. Au Maroc, plus de 30 000 nouveaux cas de tuberculose sont déclarés annuellement, dont 45 % sous forme extrapulmonaire (Programme National de Lutte Antituberculeuse, 2022), le scrofuloderme en constituant une fraction minoritaire mais significative. Chez l'enfant, les signes cliniques frustres et la méconnaissance de la maladie peuvent retarder le diagnostic. L'association de l'examen histologique et des techniques moléculaires, telles que GeneXpert (sensibilité 80–90 % sur prélèvements tissulaires), optimise la détection précoce.

Conclusion

Le scrofuloderme demeure un défi diagnostique, particulièrement chez l'enfant en contexte endémique. Ce cas souligne l'importance d'une vigilance clinique accrue, de l'apport combiné de l'histologie et des tests moléculaires, et de la mise en route rapide du traitement pour prévenir les séquelles esthétiques irréversibles. Une meilleure sensibilisation à la diversité clinique de la TBC permettrait de réduire le retard diagnostique et l'impact fonctionnel et psychosocial des formes pédiatriques.

Angiomatose bacillaire révélatrice du stade SIDA : observation d'un cas

S.Elmsayryb, M.Chaouche, S.Mhaimer, H.Kherbach, C.Ezzaki, S.Chhiti, R.CHAKIRI

Service de Dermatologie-Vénérologie CHU SOUSS MASSA Agadir

Introduction :

L'angiomatose bacillaire, également appelée angiomatose épithélioïde, est une affection rare caractérisée par une prolifération néovasculaire cutanée ou viscérale se présentant sous forme de masses pseudotumorales, secondaire à une infection par Bartonella henselae ou Bartonella quintana.

Initialement décrite chez les patients infectés par le VIH, l'angiomatose bacillaire peut également survenir dans d'autres contextes d'immunodépression non liés au VIH, ainsi que chez des sujets immunocompétents.

Nous rapportons un cas rare d'angiomatose bacillaire révélant le stade SIDA chez un patient, en mettant en évidence ses caractéristiques cliniques et histopathologiques.

Résultats :

Un patient de 68 ans, ayant comme antécédents une infection rétrovirale évoluant depuis 20 ans et une psychose depuis 15 ans, avec une mauvaise observance. Il présentait depuis trois mois des lésions diffuses sur l'ensemble du corps, non prurigineuses et indolores, évoluant dans un contexte fébrile avec altération de l'état général.

L'examen clinique retrouvait de multiples papules et nodules érythémato-violacés, fermes, bien limités, à base télangiectasique, indolores à la palpation, associés à des nodules sous-cutanés. Les lésions étaient disséminées sur toute la surface cutanée, y compris le cuir chevelu, ainsi que les muqueuses buccale et nasale. La dermoscopie a montré des lacunes érythémato-violacées, des zones blanchâtres sans structures, ainsi que des vaisseaux arborisants et linéaires.

Sur le plan biologique, un taux de CD4 à 43 cellules/µL et une charge virale élevée à 250 000 copies/mL d'ARN, traduisant un stade SIDA. L'examen histopathologique montrait une prolifération capillaire lobulaire du derme moyen, constituée de capillaires bordés par des cellules endothéliales cuboïdes proéminentes, associée à des polynucléaires dégénérés. La coloration de Warthin-Starry n'était pas disponible pour mettre en évidence les bacilles. Compte tenu des données cliniques, dermoscopiques et histopathologiques, le diagnostic d'angiomatose bacillaire a été retenu.

Le patient a été mis sous érythromycine 500 mg deux fois par jour, associée à une reprise du traitement antirétroviral. L'évolution a été marqué par une ébauche d'amelioration des lésions cutanées. Cependant, quelques semaines plutard, le patient est décédé en réanimation suite à un choc septique.

Discussion :

L'angiomatose bacillaire est une maladie infectieuse bactérienne récemment reconnue, les premiers cas ayant été décrits vers 1983. Elle est observée principalement chez les patients atteints du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Des cas ont également été rapportés chez des patients transplantés ou présentant une hémopathie maligne disséminée. L'infection est sporadique, sans notion d'exposition aux chats ni de traumatisme cutané dans la majorité des cas.

Les lésions de l'angiomatose bacillaire sont très variables. Elles peuvent être uniques ou multiples, fréquemment sous forme de petites papules évoluant vers des nodules erythémato-violacés d'allure vasculaire. Les lésions cutanées de l'angiomatose bacillaire peuvent être confondues avec un sarcome de Kaposi ou un granulome pyogénique.

Ainsi, la biopsie cutanée avec mise en évidence de la bactérie responsable par la coloration de Warthin-Starry est essentielle pour établir le diagnostic. Celui-ci peut également être posé rapidement grâce aux tests de réaction en chaîne par polymérase (PCR), aux analyses sérologiques ou à la microscopie électronique.

L'histologie montre des amas arrondis de petits vaisseaux situés dans le derme. Les cellules endothéliales présentent des noyaux vésiculaires volumineux, un cytoplasme rose abondant, et on observe des amas granuleux violets de bactéries, associés à des neutrophiles et à des débris nucléaires autour des bactéries.

Un traitement efficace de l'angiomatose bacillaire a été rapporté avec l'érythromycine et la doxycycline. Des traitements utilisant des antituberculeux, la gentamicine associée à la doxycycline ou à la ciprofloxacine ont également été mentionnés dans la littérature. L'excision chirurgicale des lésions cutanées solitaires peut être efficace,

mais l'antibiothérapie permet d'obtenir le même résultat tout en traitant une éventuelle dissémination occulte de la bactérie.
La durée optimale du traitement antimicrobien reste incertaine, mais la plupart des patients guéris ont reçu des antibiotiques pendant plus de 04 semaines. Une durée minimale de 02 mois est recommandée. En cas d'atteinte osseuse ou du système nerveux central, un traitement intraveineux est indiqué durant les 4 premières semaines, suivi de 3 mois de traitement oral. La maladie présente un risque élevé de rechute, en particulier après un traitement trop court. En cas de rechute, l'antibiothérapie doit être prolongée de 3 à 6 mois, voire à vie. Pour cela, une thérapie combinée peut s'avérer nécessaire chez les patients atteints de formes sévères.

Conclusion :

Étant donné qu'il s'agit d'une maladie potentiellement fatale chez les patients immunodéprimés, avec une forte morbidité et mortalité, un diagnostic précoce et une prise en charge rapide sont essentiels pour améliorer le pronostic de cette malade si rare.

Panniculitemultinodulaire à *Pseudomonas aeruginosa* chez une patiente atteinte d'ADK gastrique sous chimiothérapie : à propos d'un cas.

M.Dahabi[1]; F. Maatalaoui[1]; M. Benssied[1]; L.Mrani[1]; R.Marzak[1]; M. El Amraoui[1]; I. Anouar[1]; Y. Zemmez[1]; T. Hanafi[1];J. Azhari[1];R. Frikh[1];N. Hjira[1].
[1]Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc.

Introduction : La panniculite infectieuse est une inflammation du tissu adipeux sous-cutané d'origine bactérienne, fongique ou virale. *Pseudomonas aeruginosa* est un bacille Gram négatif opportuniste, impliqué le plus souvent dans des infections cutanées sévères nosocomiales chez l'immunodéprimé, notamment l'ecthyma gangréneux. La présentation sous forme de panniculitemultinodulaire sans septicémie est exceptionnelle. Chez les patients cancéreux, les facteurs favorisant ce type d'infection sont : la rupture de la barrière cutanée liée aux dispositifs médicaux intraveineux et la neutropénie induite par la chimiothérapie.

Observation: Une femme de 73 ans, suivie pour adénocarcinome gastrique HER2+ métastatique sous 5-fluorouracile, cisplatine, trastuzumab. Le jour même de la 3e cure, une apparition brutale de multiples nodules sous cutanés, rouges-violacés, fermes, mobiles par rapport au plan profond, peu douloureux, au niveau des membres supérieurs et inférieurs, sans fièvre ni altération de l'état général. Les bilans biologiques réalisés sont sans particularités : NFS normale,absence de neutropénie, CRP négative, les hémocultures n'ont pas été réalisées car la patiente était apyrétique. La biopsie montre un infiltrat inflammatoireriche en polynucléaires neutrophiles, intéressant l'hypoderme, concluant à unepanniculite à PNN. L'examen cytobactériologique du pus prélevé lors de la biopsie retrouve une culture positive pourPseudomonasaeruginosa. La patiente traitée par une bi-antibiothérapie voie oraleadaptée à l'antibiogramme, pendant 15jours. L'évolution a été marquée par une régression complète des lésions.

Discussion : Ce cas illustre une présentation rare de *Pseudomonas aeruginosa*qui donne habituellement des lésions nécrotiques de type ecthyma gangréneux, la panniculitemultinodulaire, surtout sans bactériémie, est peu rapportée même chez l'immunodéprimé. Chez notre patiente avec une immunodépression induite par chimiothérapie, la rupture de la barrière cutanée liée aux perfusions intraveineuses répétées, à constituer une porte d'entrée locale pour le germe *P. aeruginosa*, fréquent en milieu hospitalier, prolifère facilement dans les environnements humides et sur le matériel médical. La topographie et l'aspect clinique peuvent mimer d'autres panniculites inflammatoires, rendant indispensable la réalisation d'une biopsie cutanée avec examen histologique et culture pour confirmer l'étiologie et débuter rapidement une antibiothérapie ciblée adaptée à l'antibiogramme afin de prévenir l'extension des lésions ou la septicémie.

Conclusion : La panniculitemultinodulaire à *Pseudomonas aeruginosa* doit être envisagée chez tout patient immunodéprimé présentant des nodules cutanés, même en l'absence de signes systémiques. Les contextes à risque, tels que la chimiothérapie associée à une porte d'entrée cutanée potentielle, imposent une vigilance particulière afin de permettre un diagnostic rapide et un traitement antibiotique ciblé, indispensables pour prévenir les complications.

Nasal Borrelial Lymphocytoma cutis : A Rare Presentation with Dermoscopic Features

N. Lahmamsi[1], M. El Jazouly[1] , S.Chiheb[1-2]

1-Hopital Universitaire International Cheikh Khalifa

2-CHU Ibnou Rochd

Introduction

Borrelial lymphocytoma cutis is a rare cutaneous manifestation of early disseminated Lyme borreliosis, typically affecting the earlobe, areola, or genital area. Nasal localisation is rare and may mimic other dermatoses. While histopathology and serology are crucial for diagnosis, dermoscopy can provide additional diagnostic clues. However, its role in borrelial lymphocytoma remains underexplored (1). We present a rare case of nasal borrelial lymphocytoma cutis with contributive dermoscopic features, successfully treated with doxycycline.

Case Report

A 54-year-old woman with no significant medical history presented with a two-month history of an erythematous nodule on the nose, without systemic symptoms. She reported a trip to a rural area three months earlier. Clinical examination revealed a firm, erythematous, painless nodule without clinical signs of inflammation, measuring 22 mm × 15 mm on the nose. Examination of the rest of the skin and lymph nodes was unremarkable. Dermoscopy showed reticular whitish lines on an erythematous background, with a few linear vessels and follicular plugs. Histopathological examination of a biopsy revealed orthokeratotic epidermis and a dermis containing a moderately dense diffuse nodular infiltrate composed of medium-sized cells with abundant cytoplasm and slightly irregular nuclei. Immunohistochemical analysis was not performed. Borreliosis serology was positive for both IgG and IgM. The diagnosis of Borrelial lymphocytoma cutis, initially suspected based on clinical, dermoscopic, and histopathological findings, was further supported by positive Borrelia serology and confirmed by the complete resolution of the lesion following a 4-week course of doxycycline at 100 mg daily.

Discussion

Borrelial lymphocytoma cutis is among the rarest cutaneous manifestations of Borrelia infection, accounting for around 5% of cases (1). More common in children, it usually appears weeks to months after a tick bite as a red-blue nodule or plaque, typically on the earlobe, nipple, or scrotum. Histologically, it presents with a dense lymphocytic and histiocytic dermal infiltrate, sometimes showing follicular patterns visible only by immunohistochemistry (2). In our case, the diagnosis was supported by serology and dermoscopic findings, despite the absence of immunohistochemistry.
Dermoscopy of borrelial pseudolymphoma is infrequently reported. Described features include orange-yellow structureless areas, polymorphous vessels, and white lines, corresponding to dense infiltrates (3,4). Our case revealed reticular whitish lines, few linear vessels, and follicular plugs—also noted in prior reports (5)—which may indicate folliculotropism.

Conclusion

This case illustrates the rarity of nasal borrelial lymphocytoma and the diagnostic value of dermoscopy. Further reports are needed to better characterize its dermoscopic features.

Érythème noueux sévère et tuberculose ganglionnaire : rôle déclencheur de l'intradermoréaction à la tuberculine

A. Zaim, M. Soughi, O. Zouine, Z. Douhi, M. Soughi, H. Baybay, FZ. Mernissi
Service de Dermatologie CHU HASSAN II, Fès, Maroc

Introduction :

L'érythème noueux (EN) est une hypodermite septale aiguë sans vascularite, caractérisée par des nouures douloureuses, principalement localisées aux jambes. Il s'agit d'une réaction d'hypersensibilité de type IV, pouvant survenir en réponse à divers antigènes : infectieux, médicamenteux, tumoraux ou auto-immuns. Bien que la tuberculose soit de moins en moins incriminée, nous rapportons le cas d'une patiente de 25 ans présentant une tuberculose ganglionnaire, chez qui une IDR phlycténulaire a induit un EN tuberculeux.

Observation :

Une patiente de 25 ans, suivie pour une adénopathie jugulo-carotidienne chronique en cours d'exploration, a consulté pour une éruption cutanée douloureuse évoluant depuis 8 jours, apparue 24 h après une IDR à la tuberculine phlycténulaire. L'éruption, initialement localisée aux genoux, s'est rapidement étendue de façon bilatérale et symétrique aux quatre membres, dans un contexte d'altération de l'état général, de polyarthralgies inflammatoires et d'amaigrissement. L'examen dermatologique retrouvait des lésions d'âges différents, associant macules et nouures érythémato-violacées, purpuriques, contusiformes, à surface lisse, sensibles et chaudes à la palpation. La vitropression ne montrait pas d'aspect lipoïdique. Un œdème discret des chevilles était présent. L'examen cervical objectivait une adénopathie latéro-cervicale de 3 cm, dure, mobile, sensible et sans signes inflammatoires en regrad. L'échographie révélait une adénopathie hypoéchogène, hétérogène, à hypervascularisation centrale. Le bilan biologique montrait un syndrome inflammatoire. Les autres explorations étiologiques de l'EN étaient négatives. L'adénectomie a conclu à une adénite tuberculeuse à l'histologie. Le diagnostic d'EN tuberculeux a été retenu. L'évolution a été favorable sous traitement symptomatique, avec régression rapide des lésions, laissant des macules pigmentées. La patiente a reçu une quadrithérapie antituberculeuse pendant six mois, sans récidive.

Discussion :

Les étiologies de l'EN sont multiples et leur fréquence varie selon les régions. Dans 9 à 72 % des cas, l'EN reste idiopathique. Les formes secondaires peuvent être liées à des médicaments, des infections, des néoplasies, la grossesse ou des maladies systémiques comme les MICI ou la sarcoïdose. La fréquence de l'EN associé à la tuberculose varie de 0 à 22 %. En cas de tuberculose, dès que l'IDR à la tuberculine devient positive, ou peu après, peuvent survenir des réactions d'hypersensibilité cellulaire telles qu'une miliaire, une kérato-conjonctivite congestive ou un EN. Ainsi, l'EN est souvent contemporain d'une primo-infection tuberculeuse et peut accompagner une tuberculose pulmonaire ou extrapulmonaire. Chez notre patiente, l'IDR phlycténulaire a été suivie d'une activation immunitaire traduisant une hypersensibilité cellulaire à l'antigène tuberculinique, responsable de l'apparition de l'EN.

Conclusion :

Ce cas illustre le rôle potentiellement déclencheur de l'IDR dans la genèse d'un EN tuberculeux. Loin d'être un simple signe cutané, l'EN peut constituer une manifestation clinique révélatrice d'une infection tuberculeuse latente ou jusque-là méconnue.

The Hidden Impostor: Furunculosis mistaken for Leishmaniasis. About a case report

Dr L. Ech-chaqrouni, Pr O. El Jouari, Pr S. Gallouj

Introduction :

Leishmaniasis is a tropical infectious disease caused by flagellated protozoa of the genus *Leishmania* transmitted by the bite of various species of phlebotomine sandfly. The disease has a worldwide distribution. Clinically, leishmaniasis presents in three forms in humans: visceral, cutaneous and mucocutaneous.

Furunculosis, in contrast, is a bacterial infection of hair follicles most commonly caused by *Staphylococcus aureus,* resulting in painful nodules that can merge to form larger carbuncles. Predisposing factors include immunosuppression, diabetes, and inadequate hygiene. Treatment ranges from local care and antibiotics to drainage in severe cases.

Clinically, furunculosis can mimic cutaneous leishmaniasis and vice versa, underscoring the need for careful differential diagnosis in endemic areas to ensure appropriate management.

Objectives:

To highlight the diagnostic challenge of cutaneous lesions resembling leishmaniasis or furunculosis and emphasize the importance of integrating clinical, dermoscopic, and histopathological findings for accurate diagnosis and effective management.

Case presentation:

A 63-year-old man with poorly controlled diabetes on insulin, and a history of tobacco and cannabis use, living in a rural area, was admitted to the dermatology department for the purpose of diagnosis of a progressively enlarging, nodulo-ulcerative lesion on his back over one month, in the context of general health decline without fever.

Dermatological examination revealed a solitary, well-demarcated nodule with a reddish-purple coloration, firm induration. The lesion exhibited a central ulceration covered by an adherent crust. The remainder of the skin examination was unremarkable.

Dermoscopy showed a uniform erythematous background interspersed with adherent hemorrhagic crusts and diffuse yellowish scales.

During the hospital stay, laboratory tests were performed revealing markedly elevated glycated hemoglobin with no other abnormalities.

Skin biopsy demonstrated an inflammatory infiltrate within the dermis, comprising lymphocytes, neutrophils, and histiocytes and *Leishmania* bodies were observed within the histiocytes.

Following the biopsy, the lesion began to regress.

Cutaneous leishmaniasis was reconsidered, and furunculosis was suspected.

Empirical treatment was initiated, alongside local wound care.

The lesion subsequently flattened, demonstrating a favorable clinical response.

The patient was discharged home on oral antibiotics with a follow-up appointment scheduled in 10 days.

Conclusion:

This case exemplifies the complexities in diagnosing cutaneous lesions with overlapping features of cutaneous leishmaniasis and furunculosis. It underscores the necessity for a comprehensive approach, combining clinical assessment, histopathological examination, and consideration of patient history, to ensure accurate diagnosis and appropriate management.

References:

-Sikorska K, Gesing M, Olszański R, Roszko-Wysokińska A, Szostakowska B, Van Damme-Ostapowicz K. Misdiagnosis and inappropriate treatment of cutaneous leishmaniasis: a case report. Trop Dis Travel Med Vaccines. 2022 Aug 1;8(1):18. doi: 10.1186/s40794-022-00175-5. PMID: 35909173; PMCID: PMC9341103.

-Caballero Garcia M, Rodriguez Marino JM, Valladares C. Rapidly progressive cutaneous leishmaniasis in a patient with HIV and type 2 diabetes mellitus: a case report. *Cureus.* 2025;17(8):e90908.

-PAHO/WHO. Leishmaniasis: Epidemiological Report for the Americas No. 13, December 2024.

-Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, et al. Practice guidelines for skin and soft tissue infections: diagnosis and management. *Clin Infect Dis.* 2014;59(2):e10-52.

-Gordon A, Malik AN. A case of cutaneous leishmaniasis presenting to the emergency department. *Open Access Emerg Med.* 2025;17:85–89.

-WHO. Global leishmaniasis surveillance updates 2023: 3 years of the NTD road map. *Weekly Epidemiol Rec.* 2024;99:653–669.

-Lindner AK, Moreno-del Castillo MC, Wintel M, et al. American cutaneous leishmaniasis: imported cases in Berlin 2000–2023. *PLoS Negl Trop Dis.* 2024;18(7):e0012323.

-Infectious Diseases Society Practice (IDSA). Leishmaniasis diagnosed in the United States successfully. *Infect Dis Clin.* 2025; [case report summarizing diagnostic and treatment insights].

-Maia C, Abbara A, Desai AN, Parker DM. Ecological factors affecting global incidence of cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis, 2005–2022. *PLoS Negl Trop Dis.* 2024;18(9):e001234.

Dermatophytose étendue résistante à la Terbinafine chez le sujet immunocompétent : rôle de l'automédication et apport des alternatives thérapeutiques (à propos d'un cas)

A. Diouri, R. Zerouati, S. Hachich, N. El Omari, M El Amraoui, R. Frikh, N. Hjira
Service de dermatologie, Hôpital militaire d'instruction Mohammed V

Introduction

Les dermatophytoses sont des infections fongiques superficielles fréquentes, généralement dues à des dermatophytes du genre Trichophyton. Le traitement repose classiquement sur les antifongiques topiques et/ou systémiques, notamment la terbinafine. Cependant, l'émergence croissante de souches résistantes notamment *trichophyton indoteniae*, l'automédication et les usages inappropriés de corticoïdes compliquent la prise en charge et retardent la guérison. Nous rapportons un cas illustrant cette problématique.

Observation Patiente de 22 ans, sans antécédents médico-chirurgicaux notables, consultait pour des lésions érythémato-squameuses circinées et polycycliques étendues, très prurigineuses, évoluant depuis 5 mois.
- Diagnostic initial : devant l'aspect clinique évocateur et un prélèvement mycologique positif à Trichophyton rubrum, un traitement par terbinafine orale (250 mg/j, 4 semaines) fut prescrit sans amélioration.
- Automédication : la patiente poursuivit la terbinafine pendant 3 mois et associa l'application de dermocorticoïdes, entraînant une aggravation des lésions.
- Prise en charge spécialisée : à son admission, le bilan immunitaire et les sérologies étaient négative. Un nouveau prélèvement mycologique isolait Trichophyton interdigitale et la biopsie cutanée révélait des filaments mycéliens.
- Traitement institué : fluconazole + griséofulvine au long cours avec surveillance hépatique régulière.

Discussion

Les dermatophytoses étendues représentent un problème de santé publique dans les pays à climat chaud et humide. Le diagnostic repose sur l'examen direct et la culture, permettant l'identification précise de l'espèce. Le traitement fait appel aux antifongiques systémiques (terbinafine, itraconazole, fluconazole) associés à une hygiène rigoureuse. La résistance des dermatophytes, en particulier Trichophyton rubrum et Trichophyton interdigitale, à la terbinafine est de plus en plus décrite dans la littérature, notamment en lien avec des mutations du gène de la squalène époxydase. L'automédication par dermocorticoïdes est un facteur aggravant, induisant des formes atypiques et chroniques (tinea incognito).
Cependant, l'émergence récente de Trichophyton indotineae, espèce résistante à la terbinafine, soulève des inquiétudes thérapeutiques. Cette souche, initialement décrite en Inde, est en expansion mondiale, avec des cas rapportés en Europe, notamment en France. Elle impose un recours plus fréquent à l'itraconazole, voire à des associations thérapeutiques, et justifie une surveillance mycologique attentive.
Ce cas illustre :
- l'importance de répéter les examens mycologiques devant une absence de réponse thérapeutique ;
- la nécessité de rechercher une résistance antifongique ou une erreur diagnostique initiale ;
- la place d'alternatives thérapeutiques (fluconazole, itraconazole, griséofulvine) dans les formes rebelles
- le risque de retard diagnostique et thérapeutique lié à l'automédication.

Conclusion Ce cas souligne la difficulté croissante liée aux dermatophytoses résistantes à la terbinafine. Devant une absence d'amélioration, il est impératif de reconsidérer le diagnostic, d'effectuer de nouveaux prélèvements et d'adapter la stratégie thérapeutique. L'éducation des patients sur les dangers de l'automédication, notamment corticoïdes topiques et prolongation non encadrée des antifongiques, reste un élément clé pour éviter la chronicisation et améliorer le pronostic.

Tinea Imbricata : Un Diagnostic à considérer en cas de dermatose annulaire.

N.NACIRI, L.BENDAOUD, FZ.ZEROUAL, M.ABOUDOURIB, O.HOCAR, S.AMAL
Service de Dermatologie – Vénérologie, 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 Tinea imbricata est une infection fongique rare causée par Trichophyton concentricum, caractérisée par des lésions cutanées figurées. Sa distribution est géographiquement limitée. Ce cas illustre les aspects cliniques, épidémiologiques et mycologiques de cette infection inhabituelle. À notre connaissance, il s'agit du premier cas publié au Maroc et il s'agit d'un cas importé.

Observation :

Nous rapportons le cas d'un homme de 34 ans, résidant au Maroc, d'origine pakistanaise, sans antécédents médicaux , qui a présenté depuis 4 mois une lésion annulaire prurigineuse sur la face interne de la cuisse gauche, initialement traitée par des dermocorticoïdes. L'évolution a été marquée par une aggravation et une extension centrifuge des lésions. Le patient a également rapporté l'apparition de lésions similaires chez sa famille au Pakistan.

L'examen dermatologique a révélé des lésions érythémateuses, annulaires, concentriques et bien délimitées sur la face interne des cuisses, surmontées de fines squames blanchâtres, ainsi que des papules érythémateuses et squameuses inguinaux. Le diagnostic suspecté était une infection dermatophytique atypique, et l'examen mycologique a confirmé la présence de Trichophyton concentricum.

Le patient a été traité par terbinafine orale à une dose de 250 mg asssocié à la terbinafine topique pendant un mois mais l'apparition de nouvelles lésions a nécessité une prolongation du traitement, suivie d'un changement vers le fluconazole 150 mg, ce qui a permis une nette amélioration.

Discussion :

La Tinea imbricata, ou Tokelau, est une mycose superficielle rare causée par le dermatophyte anthropophile Trichophyton concentricum. Elle se trouve principalement en Océanie, en Asie du Sud-Est et en Amérique centrale et du Sud.

Cependant, l'immigration et les voyages internationaux peuvent influencer sa répartition. À ce jour, aucune donnée statistique n'est disponible au Maroc. La transmission est interhumaine, touchant les deux sexes et pouvant survenir à tout âge, bien que souvent acquise durant l'enfance. Les facteurs prédisposants incluent un climat chaud et humide, une mauvaise hygiène, le microbiote cutané, ainsi que des facteurs génétiques ou immunologiques. Peu de cas ont été rapportés hors zones endémiques, même après cohabitation prolongée, comme chez la conjointe du patient, ce qui suggère une prédisposition génétique potentielle.

Le diagnostic est clinique, basé sur des lésions prurigineuses, annulaires, concentriques, avec des bords squameux, qui s'étendent progressivement. L'utilisation de dermocorticoïdes peut parfois masquer le diagnostic. Les lésions touchent généralement le tronc, les membres et le visage, épargnant souvent les ongles, les paumes, les plantes des pieds et les cheveux. La maladie est hautement contagieuse, en raison des squames riches en arthrospores. Le diagnostic est confirmé par l'examen mycologique. Trichophyton concentricum croît lentement, formant des colonies crémeuses à surface lisse, cireuse et plissée. La microscopie montre des hyphes ramifiées et irrégulières. Les lésions évoluent souvent de manière chronique, avec des risques dyschromie post-inflammatoire et lichénification. Le traitement repose sur des antifongiques oraux : terbinafine 250 mg/j ou griséofulvine 500 mg 2 fois par jour pendant 4 semaines. Des antifongiques topiques ou kératolytiques peuvent être ajoutés. L'amélioration spontanée est rare et les rechutes sont fréquentes, surtout chez les sujets génétiquement prédisposés.

Conclusion :

Les lésions annulaires concentriques représentent un défi diagnostique. La Tinea imbricata reste à évoquer malgré sa rareté géographique. Ce cas souligne l'importance d'une vigilance diagnostique et d'une approche thérapeutique rigoureuse.

Résistance antifongique : Le défi d'une épidermomycose superficielle réfractaire à la Terbinafine

Anejjar Fatima , Rachadi Hanane , Baghad Bouchra , Chiheb Soumiya

Introduction :

Les mycoses superficielles affectent environ 20 à 25 % de la population mondiale. Elles peuvent entraîner une multitude de présentations cliniques en fonction à la fois du germe impliqué et de la zone du corps touchée. Des facteurs tels que l'âge, le sexe et la localisation géographique jouent un rôle important dans la prévalence de ces infections. L'incidence mondiale croissante des mycoses et la tendance des germes résistants ont suscité des préoccupations à l'échelle mondiale. Nous rapportons un cas d'épidermomycose résistante à la Terbinafine chez une jeune adulte immunocompétente.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 39 ans, sans antécédent pathologique particulier, qui se présente pour des lésions annulaires très prurigineuses évoluant depuis 1 an. L'examen dermatologique a objectivé de multiples lésions érythémato squameuses annulaires à bordure circinée, papuleuse par endroit et confluentes par d'autre, de taille variable, avec une extension centrifuge, siégeant au niveau du tronc, du dos, des membres, du visage et des grands plis, avec présence de lésions excoriées dû au grattage. La patiente rapporte également une notion de prurit intense altérant profondément sa qualité de vie avec un score de DLQI à 23/30. Par ailleurs, la patiente rapporte une notion de lésion similaire chez le fils âgé de 18 ans. L'aspect clinique des lésions était évocateur d'une mycose superficielle d'où l'indication de mettre la patiente sous Terbinafine orale pendant 2 mois. Et devant la non amélioration du tableau, la patiente a été mise sous Fluconazole + griséofulvine pendant 1 mois sans amélioration. Le prélèvement mycologique des squames chez notre patiente a objectivé la présence de filaments mycéliens avec une culture positive ayant isolé un *Trichophyton mentagrophyte*. La décision thérapeutique a été de mettre la patiente sous Itraconazole oral renforcé sur le plan local par du Ketoconazole topique et un traitement antihistaminique. L'évolution clinique était favorable avec régression des lésions ainsi que du prurit.

Discussion :

La résistance à la Terbinafine est de plus en plus signalée à travers le monde. Cette résistance a d'abord été remarquée en Inde, mais elle a également été rapportée dans certaines régions d'Europe. De plus, des observations similaires dans d'autres pays tels que l'Iran, le Japon et la Chine ont également été rapportées, ainsi que récemment aux États-Unis. L'analyse des souches de *Trichophyton mentagrophyte* a montré des mutations du gène de la squalène époxydase conférant une résistance à la Terbinafine.Le médicament de choix pour traiter la dermatophytose causée par ce pathogène est l'Itraconazole. Le dosage est de 200 à 800 mg/j d'Itraconazole pendant des durées allant jusqu'à 8 semaines afin d'obtenir une guérison.

Conclusion :

Les dermatologues doivent être conscients de la possibilité d'infections causées par des dermatophytes résistants, en particulier dans les cas répandus ou récalcitrants.

Kérion à Microsporum canis surinfecté mimant un abcès bactérien : apport décisif de la dermoscopie en milieu saharien isolé

S.BARAZ, R.BABA, I.ANOUAR, M.AMRAOUI, Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA
Service de dermatologie vénérologie, Hopital militaire d'instruction Mohammed V RABAT

Introduction :
Le kérion du cuir chevelu, forme inflammatoire majeure des teignes à dermatophytes zoophiles, reste un défi diagnostique en milieu rural isolé. Son aspect pseudo-abcédé, l'absence d'accès rapide à la mycologie et la prévalence de l'automédication entraînent souvent des diagnostics erronés et des traitements inadaptés. Dans les zones sahariennes marocaines, ces difficultés sont exacerbées par l'éloignement des structures spécialisées, le coût et l'indisponibilité des antifongiques systémiques, et la forte exposition animale. Nous rapportons un cas illustrant la valeur pratique de la dermoscopie dans ce contexte sous-documenté.

Observation :
Une fillette de 5 ans vivant dans une région désertique rurale du sud marocain, consulte pour une tuméfaction inflammatoire douloureuse du scalp évoluant depuis un mois, non améliorée par antibiothérapie. L'examen révèle une plaque alopécique érythémateuse, infiltrée, avec croûtes, pustules et zones fluctuantes, mimant un abcès bactérien. La dermoscopie montre des signes en faveur d'une teigne inflammatoire : signe de la plume, poils cassés et coudés, skewer sign, points noires, télangiectasiques interfolliculaires, suffusions hémorragiques et pustules folliculaires. Ce faisceau d'arguments permet d'orienter vers un kérion àM. canis avec surinfection bactérienne, et d'éviter une incision chirurgicale. Une mycologie retrouve des spores ectothrix, la culture isole M. canis, et une culture bactérienne confirme la présence de Staphylococcus aureus sensible à la méticilline. La patiente est traitée par griséofulvine (25 mg/kg/j) et amoxicilline- acide clavulanique, avec amélioration rapide.

Discussion :
Le diagnostic différentiel entre kérion et abcès bactérien repose souvent sur des données cliniques trompeuses, en particulier dans les zones à ressources limitées. La dermoscopie a permis ici un diagnostic présomptif immédiat, évitant des gestes invasifs, un retard antifongique ou une évacuation sanitaire coûteuse. Outil portable, non invasif et accessible après une formation minimale, la trichoscopie représente une solution pragmatique face au déficit en biologie médicale dans le sud marocain. Le signe de la plume et les poils dystrophiques sont des marqueurs précoces de dermatophytie. Dans notre contexte saharien, l'exposition fréquente aux chats errants, l'usage courant d'antibiotiques à visée empirique, et l'absence d'antifongiques dans les structures primaires augmentent le risque de complications. Ce cas comble une lacune de la littérature francophone sur les kérions documentés dermoscopiquement en Afrique du Nord.

Conclusion :
Ce cas démontre que la dermoscopie n'est pas un luxe technologique mais un outil essentiel pour le diagnostic rapide et sécurisé des dermatoses infectieuses en zone isolée. Son intégration dans la pratique des soignants de première ligne pourrait transformer la prise en charge des teignes inflammatoires, en réduisant les erreurs thérapeutiques, les complications et les coûts. Une formation ciblée des praticiens en milieu rural est impérative pour démocratiser cet outil simple mais hautement efficace.

Kérion du cuir chevelu et dermatophytides: à propos d'un cas pédiatrique

Hasnaa Zerhouni 1, Salma Abid1, El Maati Maha1, Najoua Ammar 1, Syrine Hamada1, Mariame Meziane1, Laila Benzekri1, Nadia Ismaili1
1 service de dermatologie et vénérologie, CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc

Introduction :

Rarement décrit dans la littérature récente, les dermatophytides sont des réactions cutanées secondaires, stériles, apparaissant à distance d'une dermatophytose active. Elles sont plus souvent décrites au cours des dermatophyties des pieds, mais restent peu rapportées lors d'un kérion de Celse du cuir chevelu.

L'intérêt de ce cas est de rappeler un diagnostic rare mais probablement sous-estimé, afin d'éviter l'arrêt inapproprié du traitement antifongique et d'orienter vers une prise en charge optimale.

Observation :

Nous rapportons le cas d'un enfant de 2 ans et 8 mois, sans antécédents notables (pas de notion de dermatite atopique), troisième d'une fratrie de trois, vivant en contact avec un chat domestique. Il présentait, depuis trois mois, une plaque alopécique occipitale augmentant progressivement de volume.

À l'examen, on notait une plaque alopécique suintante recouverte de croutes mélicériques avec des pustules en périphérie siégeant au nv de la région occipitale mesurant 9 cm de grand axe, évoquant une teigne inflammatoire et suppurée, associée à des lésions érythémato-papuleuses et pustuleuses diffuses sur les membres, le dos et le visage. L'enfant était apyrétique, avec une adénopathies cervicale infra centimétrique.

La dermoscopie montrait des cheveux cassés, des pustules et des croûtes sur fond érythémateux ; en lumière de Wood, une fluorescence vert céladon périfolliculaire était observée.

L'examen mycologique révélait au direct des levures et, à la culture, un Microsporum canis. Le bilan hépatique était normal.

Le diagnostic de kérion de Celse compliqué de dermatophytides a été retenu. Le patient a reçu un traitement antifongique systémique et local par griséofulvine, associé à une antibiothérapie systémique, avec évolution favorable. Une biopsie cutanée avait été envisagée en cas d'absence d'amélioration, mais n'a pas été réalisée devant la régression clinique.

Discussion :

Les dermatophytides sont des éruptions cutanées stériles, secondaires à une infection dermatophytique primaire, probablement liées à une réaction d'hypersensibilité retardée de type IV induite par la diffusion systémique d'antigènes fongiques. Longtemps considérées rares dans la teigne du cuir chevelu, elles apparaissent en réalité fréquemment, notamment lors du kérion de Celse, avec une incidence rapportée jusqu'à 68 %. Cliniquement polymorphes, elles se présentent le plus souvent sous forme d'éruptions eczématiformes, mais peuvent également inclure papules ou pustules. Elles surviennent avant ou après l'instauration d'un traitement antifongique systémique, parfois avec une aggravation transitoire des lésions (phénomène d'Overtreatment). La prise en charge repose sur le traitement antifongique de la lésion primaire, associé à des mesures symptomatiques (corticostéroïdes, antihistaminiques). Il est indispensable d'éliminer en premier lieu une toxidermie, mais aussi un psoriasis pustuleux, une urticaire ou une dermatite atopique.

Conclusion :

Ce cas illustre l'importance de reconnaître les dermatophytides chez l'enfant atteint de kérion de Celse. Leur identification permet de ne pas interrompre prématurément le traitement antifongique, condition indispensable à la guérison et à la disparition de l'éruption secondaire.

Leishmaniose cutanée sporotrichoide : série de 6 cas

H. El bokhari1; B. Baghad1;F.Chemsy1; M. Riyad 2; S. Chiheb1
1 : Service de dermatologie, C.H.U Ibn Rochd, Université Hassan II, Casablanca, Maroc
2 : Laboratoire de parasitologie, Faculté de Médecine et de pharmacie, Université Hassan II, Casablanca, Maroc

Introduction

La leishmaniose cutanée est une parasitose causée par des protozoaires flagellés du genre Leishmania transmis à l'Homme par la piqure de phlébotomes. Elle présente un polymorphisme clinique important en raison de la diversité des espèces de Leishmania et de l'état immunitaire de l'hôte.

Le but de notre travail était d'étudier les particularités épidémiologiques, cliniques, phénotypiques et évolutives de la forme sporotrichoide de leishmaniose cutanée au service de dermatologie.

Matériels et méthodes

Etude prospective réalisée sur une période de 11 mois (Septembre 2024-Aout 2025) incluant les cas de leishmaniose sporotrichoide consultant au service de dermatologie de Casablanca.

Résultats

Au total six patients étaient collectés (4 femmes et 2 hommes), âgés de (37 à 65ans), deux patients étaient suivis pour cardiopathie et une patiente était enceinte de 2 mois, le délai d'apparition des lésions était de 2,5 mois (1 mois -10 mois). Sur le plan clinique tous les patients avaient présenté des nodules indolores et non prurigineux disposés en chapelet le long d'un membre (membre supérieur : 4/6, membre inférieur : 2/6), les nodules étaient humides dans la moitié des cas et secs dans l'autre moitié, les signes dermoscopiques retrouvés étaient l'érythème généralisé, les motifs blanc étoilés et l'ulcération centrale.

Sur le plan paraclinique : l'examen direct était positif chez 4 patients et la PCR a permis d'identifier une *Leishmania troica* dans 3 cas, *Leishmania major* dans 2 cas et une *Leishmania infantum* dans un seul cas

Sur le plan thérapeutique : 1 patient a été traité par antimoniate de méglumine par voie systémique, une patiente a bénéficié d'un traitement par injections intralésionnelles, 3 patients ont été mis sous Fluconazole, et la patiente enceinte a été mise sous Métronidazole, avec évolution favorable de tous les patients.

Discussion

La leishmaniose sporotrichoide est rare au Maroc, il s'agit d'une dissémination lymphatique régionale à partir d'un foyer d'inoculation. Elle se manifeste cliniquement par des nodules dermo-hypodermiques étagés le long d'un trajet lymphatique. La Dermoscopie est considérée comme un examen non invasif permettant d'orienter le diagnostic mais en cas de doute le recours à l'histologie et l'examen direct sont souvent nécessaires.

La PCR permet d'identifier l'espèce de Leishmania, dans la forme sporotichoide les espèces principalement retrouvés sont les Leishmania du nouveau monde (braziliensis, guyanensis…) qui ont une grande dissémination lymphatique, bien que des cas causés par les espèces de l'ancien monde comme trouvés dans notre série sont rapportés dans la littérature. Le traitement de référence repose sur l'antimoniate de méglumine, le Fluconazole et le Métronidazole ont donné un bon résultat chez les patients présentant des contre-indications au traitement de base dans notre série.

Forme clinique trompeuse de gale : apport de la dermoscopie dans le diagnostic précoce

M.Hammouch, H.Rachadi, S.Chiheb
Service de dermatologie-vénéréologie,CHU IBN Rochd, Casablanca

Introduction :

La gale est une parasitose cutanée fréquente, classiquement marquée par un prurit nocturne et des lésions spécifiques siégeant dans les zones de prédilection. Toutefois, certaines formes atypiques peuvent retarder le diagnostic, en particulier chez les jeunes adultes sans antécédents ni contexte épidémiologique évocateur. Nous rapportons un cas illustratif.

Observation clinique :

Un patient de 20 ans, sans antécédents pathologiques, s'est présenté aux urgences pour un prurit intense évoluant depuis 4 jours. L'examen clinique initial retrouvait des lésions papuleuses érythémateuses localisées au dos, à l'abdomen, ainsi que quelques lésions au niveau des membres. Il n'y avait pas de notion de contage ni de prise médicamenteuse récente. Un bilan biologique infectieux, inflammatoire et sérologique a été réalisé et est revenu sans anomalies. Un traitement symptomatique par antihistaminiques, corticoïdes topiques et émollients a été instauré. À J+4, le patient revenait avec une aggravation marquée : apparition de lésions papulo-vésiculeuses et pustuleuses, notamment au niveau palmo-plantaire, des espaces interdigitaux, des poignets, des chevilles, de la région inguinale et de la face antérieure des cuisses, associées à un prurit devenu insomniant et invalidant. On notait également la présence de lésions papuleuses érythémateuses centrées par des croûtes, diffuses sur l'ensemble du corps. La dermoscopie révélait des sillons scabieux avec signe du delta plane, confirmant le diagnostic de gale. Un traitement par benzoate de benzyle, associé à la prise en charge de l'entourage, a permis une évolution rapidement favorable.

Discussion :

Ce cas illustre une forme atypique et trompeuse de gale, initialement non évocatrice, sans contage connu ni prurit familial, et dont les lésions simulaient une dermatose inflammatoire ou médicamenteuse.
Les formes atypiques de gale peuvent se présenter sous forme pustuleuse, eczématisée, ou bulleuse, rendant le diagnostic difficile sans recours à la dermoscopie ou au grattage parasitologique.
L'absence de réponse au traitement symptomatique, l'atteinte des zones typiques (interdigitale, poignets, paumes, plantes) et l'intensité du prurit doivent faire évoquer la gale, même en l'absence de contexte épidémiologique évident.

Conclusion :

La gale doit toujours être évoquée devant un prurit diffus avec atteinte des zones caractéristiques, même sans contage connu ni présentation classique.
La dermoscopie est un outil précieux dans l'orientation diagnostique, permettant d'éviter les retards de prise en charge et la contagion.

ATTEINTE CUTANÉE INAUGURALE D'UNE ASPERGILLOSE PULMONAIRE INVASIVE DANS UN CONTEXTE DE LAL

Sawsen Abdelhafidh, Sanae Aquel, Layla Bendaoud, Meryem Aboudourib, Ouafa Hocar, Said Amal.
Service de Dermatologie, Centre hospitalier universitaire Mohammed VI, Marrakech, Maroc.

INTRODUCTION :

L'aspergillose invasive est définie comme l'atteinte de deux sites ou plus non contigus et représente une infection opportuniste grave, survenant principalement chez les patients immunodéprimés, en particulier ceux atteints d'hémopathies malignes et soumis à une neutropénie prolongée. Les sites d'infection les plus courants sont les poumons, les sinus et le système nerveux central. Elle est rarement cutanée, retrouvée dans seulement 5 à 10 % des cas, et peut être secondaire à une dissémination hématogène ou primitive à cause d'une inoculation cutanée des conides, dans ce dernier cas, il existe invariablement un traumatisme cutané, tel qu'un site d'accès intraveineux, des brûlures étendues ou des sites de fixation de pansements adhésifs, généralement chez des patients présentant une immunosuppression importante. Nous rapportons le cas d'un patient atteint de leucémie aiguë lymphoblastique (LAL) chez qui une lésion cutanée inaugurale a précédé la découverte d'une aspergillose invasive pulmonaire, soulignant l'importance d'une démarche diagnostique rigoureuse face à toute atteinte cutanée inexpliquée dans ce contexte particulier.

OBSERVATION :

Un patient âgé de 25 ans, tabagique 1,25 PA, alcoolique occasionnellement, et consommateur de cannabis, sevré il y a un mois. Suivi pour LAL B II, depuis un mois, qui a développé deux semaines après la découverte de sa maladie, une lésion ulcéro-crouteuse au niveau de la cloison nasale, dans un contexte de fièvre chiffré à 39°C. Le patient a été au début traité par antibiothérapie générale et locale sans amélioration, avec tendance à l'extension érosive de la lésion au niveau de la muqueuse nasale. L'évolution a été marquée par une AEG et une apparition 10 jours plus tard de douleurs thoraciques aigues.

Un bilan biologique complet a été fait révélant une ANN, une pancytopénie et une thrombopénie dans le cadre de sa LAL, avec neutropénie à 630, persistante, un bilan hépatique perturbé avec ALAT 3 fois la normale, PAL à 140, et GGT à 130, La CRP à 86,2. Les sérologies virales étaient négatives. L'analyse mycologique du prélèvement cutané de la lésion nasale n'a mis en évidence aucun germe. Devant les douleurs thoraciques d'apparition aigue, un dosage de DDimères a été effectué révélant un taux élevé à 600, d'où une TDM thoracique a été faite de suite et a montré l'absence d'embolie pulmonaire, mais la présence de foyers de condensations pulmonaires bilatéraux entourés de verre dépoli associés à des nodules et micronodules bilatéraux, évoquant une origine infectieuse en particulier fongique. Le diagnostic d'aspergillose pulmonaire a été suspecté, d'où la réalisation du dosage de l'antigénémie aspergillus se rendant positive à 0,221. Une biopsie cutanée a été effectué au niveau de la lésion, dont l'analyse anapathologique a objectivé une dermatite subaiguë non spécifique avec la présence d'un infiltrat inflammatoire dermique polymorphe.

Tenant compte de l'aspect radiologique, le contexte de l'immunodépression, la non amélioration sous antibiothérapie, et l'antigénémie aspergillus positive, le diagnostic d'aspergillose demeurait le plus probable, d'où le patient a été mis sous Voriconazole avec une dose de charge à 800 mg/j le premier jour, puis une dose d'entretien à 400 mg/j en deux prises pendant 6 semaines. Une amélioration rapide de la symptomatologie pulmonaire et une régression nette de l'atteinte cutanée ont été marquées. (Chronologie : Figure 1)

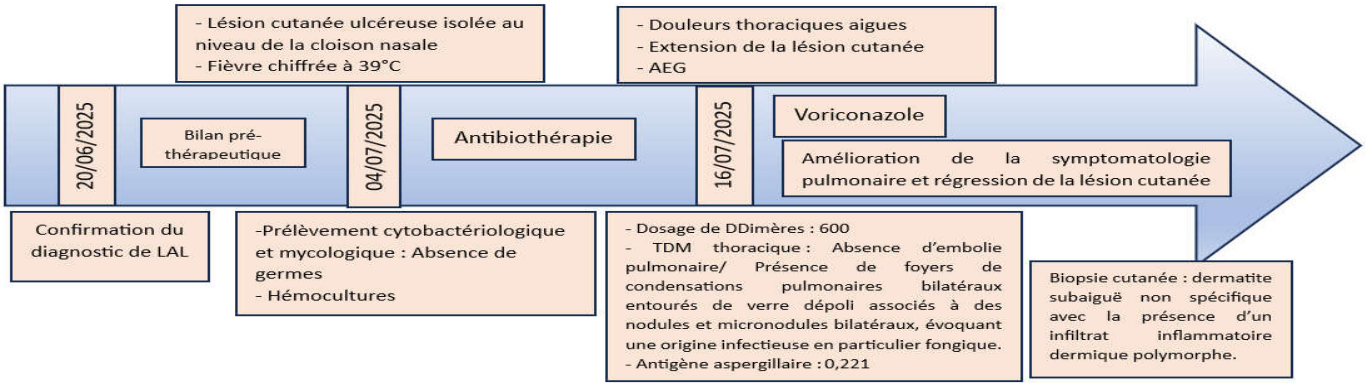

Figure 1: Chronologie du cas clinique réalisée conformément aux recommandations CARE.

DISCUSSION :

L'atteinte cutanée aspergillaire peut être primitive (liée à une inoculation sur peau lésée) ou secondaire, due à un embole septique, à partir notamment d'un foyer aspergillaire sinusien ou pulmonaire. Seuls 5 à 10 % des patients ayant une aspergillose systémique présentent une localisation cutanée.

L'aspergillose cutanée secondaire (ACS) est souvent caractérisée par des lésions multiples et disséminées. La présence d'une lésion unique, qui correspond habituellement à l'aspergillose cutanée primitive (ACP), est rarement décrite dans la ACS. La présence d'une lésion cutanée isolée, comme dans le cas de notre patient, rend donc plus difficile le diagnostic des formes invasives.

Dans notre observation, plusieurs arguments allaient à l'encontre du diagnostic d'aspergillose cutanée, notamment les prélèvements histologiques et microbiologiques de la peau ne montraient pas d'aspergillus. Par ailleurs, l'histologie ne montrait pas de lymphome, ni de granulome. Toutefois, l'absence de traumatisme cutané initial, l'évolution extensive de la lésion, l'imagerie pulmonaire et l'antigénémie aspergillus positive orientaient fortement vers une aspergillose invasive à point de départ pulmonaire, révélée par une atteinte cutanée inaugurale précédant les signes respiratoires. Un cas similaire a été rapporté par S. Nachate et al. chez un patient atteint de maladie de Behçet sous traitement immunosuppresseur prolongé.

Le risque de développer une aspergillose est réel en cas d'hémopathie maligne, cela a été démontré dans une étude faite sur 346 patients, où on a objectivé une incidence de 6,8 % en cas d'hémopathie maligne, avec une incidence de 9 % dans les leucémies aiguës lymphoblastiques (LAL). Même constatation a été rapportée dans des études à grand échelle en soulignant le rôle de la granulopénie prolongée dans la genèse de la maladie. Généralement, Les chimiothérapies agressives au cours de l'induction et de la consolidation des leucémies aiguës sont à l'origine de la neutropénie qui constitue par sa profondeur et sa durée le principal facteur de risque de l'aspergillose invasive (AI).

L'atteinte pulmonaire est la forme la plus fréquente d'AI chez les patients immunodéprimés. Le diagnostic précoce de l'aspergillose pulmonaire invasive (API) demeure un véritable défi. L'un des premiers signes radiologiques au cours de l'API est le « signe du halo » en TDM, qui correspond à une zone d'atténuation en verre dépoli entourant généralement des nodules pulmonaires hémorragiques, plus rarement non hémorragiques. Ce signe radiologique est non spécifique mais hautement évocateur des infections fongiques angio-invasives, en particulier de l'API. Dans l'API, le signe du halo reflète la phase initiale d'angio-invasion par les hyphes. Il est considéré comme un élément précoce mais éphémère de l'API, apparaissant même avant la positivité des tests sérologiques, et il justifie la mise en route d'un traitement antifongique systémique. M. Bozhkova et al. ont rapporté le cas d'un patient atteint de LAL présentant une lésion cutanée isolée, dont la biopsie a mis en évidence l'aspergillus, conduisant ainsi à une exploration radiologique pulmonaire qui a mis en évidence l'aspergillose pulmonaire dans un stade précoce sans symptomatologie respiratoire. Ce qui prouve que l'aspergillose pulmonaire peut passer inaperçue, et les manifestations cutanées peuvent constituer un élément utile pour un diagnostic précoce de l'API.

L'originalité de notre observation réside dans la découverte de l'aspergillose invasive suite à une atteinte cutanée isolée inaugurale rebelle aux traitements antibiotiques, chez un patient atteint de LAL avant début de tout traitement anticancéreux, et dans la rémission rapide après traitement antifongique médical malgré l'absence de preuve mycopathologique de l'infection aspergillaire. Le faisceau d'arguments cliniques, l'imagerie pulmonaire et l'antigénemie aspergillus ont permis seuls de poser le diagnostic et de traiter le malade. À travers le cas présenté, nous recommandons vivement d'accorder une importance particulière à l'imagerie pulmonaire en cas de lésion cutanée inexpliquée même si isolée, en contexte d'immunodépression et au signe du halo, compte tenu de son apparition précoce à un stade où les antifongiques peuvent être pleinement efficaces.

CONCLUSION :

Le diagnostic d'aspergillose repose sur un faisceau d'arguments cliniques, histopathologiques, microbiologiques et radiologiques, mais demeure souvent difficile en raison de présentations atypiques et de la faible sensibilité des prélèvements. Ce cas illustre l'importance de considérer l'aspergillose invasive dans le diagnostic différentiel des lésions cutanées atypiques, en particulier chez les patients

immunodéprimés. Bien que l'atteinte cutanée isolée soit rare et généralement évocatrice d'une aspergillose primitive, elle peut représenter la manifestation inaugurale d'une aspergillose pulmonaire invasive silencieuse. L'imagerie thoracique, en particulier la recherche du signe du halo, associée à l'antigénémie aspergillus, constitue un outil précieux pour un diagnostic précoce, avant même l'apparition de la symptomatologie respiratoire.
Ainsi, toute lésion cutanée inexpliquée chez un patient atteint d'hémopathie maligne présentant une neutropénie sévère même en absence de traitement anticancéreux, doit conduire à une évaluation approfondie afin d'écarter une aspergillose invasive. Un diagnostic rapide et une prise en charge antifongique précoce améliorent significativement le pronostic dans ce contexte.

«Caractéristiques sémiologiques du prurit chez les patients atteints de gale : étude prospective de 15 mois »

O. Hormi1 ; N. Zerrouki 1,2 ; N. Zizi1,2

1- Service de dermatologie, vénérologie et allergologie, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI, Oujda 2-Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique
Faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction : La gale est une ectoparasitose humaine due à Sarcoptes scabiei var. hominis, responsable d'un prurit intense et caractéristique. Ce prurit est souvent le premier motif de consultation et joue un rôle clé dans l'orientation diagnostique. Ses caractéristiques sémiologiques, telles que son intensité, son rythme, ses facteurs déclenchants et son impact sur la qualité de vie, peuvent varier d'un patient à l'autre et influencer la reconnaissance clinique de la maladie. Cette étude vise à analyser de manière détaillée les caractéristiques du prurit chez les patients atteints de gale afin d'améliorer la compréhension de ses manifestations et d'optimiser le diagnostic.

Matériels et méthodes: Nous avons mené une étude prospective et descriptive sur 15 mois au service de dermatologie du centre hospitalier universitaire Mohamed 6 d'Oujda, incluant tous les patients qui ont consulté pour une gale.

Résultats : L'étude a inclus 75 patients, avec une prédominance masculine (56 %) et un âge moyen de 32+/-18,2 ans.
Tous les patients présentaient un prurit diffus, d'intensité variable, avec une moyenne de 7,8/10 sur l'échelle de WI-NRS (Worst Itch Numeric Rating Scale).
Une exacerbation nocturne était rapportée par 92 % des patients, tandis que 68 % signalaient une aggravation après une douche chaude. La distribution du prurit correspondait aux localisations classiques de la gale, notamment les espaces interdigitaux (89 %), la face antérieure des poignets (76 %), l'ombilic (64 %) et la région génitale (52 %). Toutefois, 11 % des patients présentaient une atteinte inhabituelle, notamment du visage et du cuir chevelu. Le prurit était également majoré par le stress chez 47 % des cas et par le port de vêtements serrés chez 34 %. Les symptômes accompagnant les plus fréquents étaient la douleur (54 %), une sensation de chaleur cutanée (41 %) et des sueurs nocturnes (39 %).
L'impact sur la qualité de vie était significatif, avec 81 % des patients souffrant de troubles du sommeil, dont 39 % avec des réveils nocturnes répétés.
Après initiation du traitement scabicide, un prurit paradoxal était observé chez 37 % des patients, persistant en moyenne 6 jours avant rémission complète.

Discussion : Le prurit est le symptôme cardinal de la gale, et ses caractéristiques sémiologiques jouent un rôle clé dans le diagnostic. Notre étude confirme l'intensité élevée du prurit, avec une prédominance nocturne, ce qui correspond aux données de la littérature. En effet, le prurit nocturne est un élément distinctif majeur de la gale, attribué à l'activité accrue du Sarcoptes scabiei dans un environnement chaud et à l'absence de distractions externes durant le repos [1]. L'intensité du prurit, évaluée en moyenne à 7,8/10, est plus élevée que celle rapportée dans certaines études antérieures. Elle varie en fonction du terrain sous-jacent, avec des formes plus sévères chez les patients immunodéprimés ou atopiques. Cette variabilité pourrait s'expliquer par des différences de perception individuelle ainsi que par une éventuelle sensibilisation immune induite par l'infestation. (2) Les principaux facteurs aggravants identifiés dans notre étude sont cohérents avec la physiopathologie de la gale. La chaleur favorise l'exacerbation du prurit par la stimulation des terminaisons nerveuses cutanées et l'augmentation du métabolisme des acariens. De plus, le stress pourrait potentialiser le prurit par des mécanismes neuro-immunologiques, expliquant son rôle aggravant fréquent dans les dermatoses prurigineuses chroniques. (3) Enfin, le prurit paradoxal après traitement est un phénomène bien décrit. Il pourrait résulter d'une réaction inflammatoire persistante aux antigènes parasitaires ou d'une hypersensibilité post-scabieuse. Ce phénomène doit être distingué d'un échec thérapeutique afin d'éviter une surutilisation des scabicides, qui pourrait favoriser l'irritation cutanée et aggraver le prurit (4).

Conclusion : Le prurit de la gale, intense et aggravé la nuit ou par la chaleur, varie selon les individus et nécessite une reconnaissance attentive pour un diagnostic précis et une prise en charge précoce incluant des mesures antiprurigineuses.

References :

1. Bernigaud C, Fernando DD, Lu H, Taylor S, Hartel G, Fischer K, et al. In vivo scabies mite survival and off-host transmission: A systematic review and meta-analysis. Acta Trop. 2021; 223:106084.
2. Meltan, S., Panuganti, B., & Tarbox, M. (2024). Evaluation and management of pruritus and scabies in the elderly population. Clinics in geriatric medicine, 40(1), 91-116.
3. Guillot B, Bessis D, Bérard F. Clinical aspects of scabies. Ann Dermatol Venereol. 2018;145(8-9):499-507.
4. Delaunay P, Blanc V, Del Giudice P, Chosidow O. Scabies: Diagnostic and therapeutic update. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020;34(4):643-650.

Gale norvégienne sur terrain diabétique : un prurit discret pour une atteinte massive

F. Zayoun, F.Z. Benhayoun, H. Rachadi, S. Chiheb

Introduction

La gale est une ectoparasitose cutanée due à *Sarcoptes scabiei var. hominis*, dont la présentation classique associe un prurit nocturne à des sillons caractéristiques. Sa forme croûteuse, ou gale norvégienne, survient préférentiellement chez les sujets immunodéprimés, dénutris ou porteurs de comorbidités chroniques. Elle se distingue par une hyperinfestation massive, des lésions kératosquameuses diffuses et une contagiosité particulièrement élevée. Nous rapportons l'observation d'un patient diabétique présentant une gale norvégienne, soulignant l'importance d'évoquer ce diagnostic devant toute dermatose squameuse atypique ou résistante.

Observation

Nous rapportons le cas d'un patient de 69 ans, suivi pour un diabète sous insuline, qui a consulté pour des lésions cutanées évoluant depuis deux mois. L'examen clinique mettait en évidence des lésions squameuses diffuses, prédominant au niveau des fesses, du tronc et du dos, et
s'accompagnant d'une kératodermie palmoplantaire. Ces lésions étaient associées à un érythème discret du tronc et des membres supérieurs, tandis que le prurit était absent. Par ailleurs, il n'existait ni adénopathie, ni fièvre, et les muqueuses étaient indemnes. L'examen dermoscopique orientait vers une gale. Sur le plan thérapeutique, le patient a reçu de l'ivermectine per os à la dose de 200 µg/kg, avec une cure renouvelée à J8, associée à un traitement local par benzoate de benzyle, ainsi qu'à des soins émollients et kératolytiques. Le traitement a été complété par la prise en charge de l'entourage et la désinfection du linge, afin de prévenir les réinfestations et de limiter la
propagation. L'évolution a été marquée par une nette amélioration clinique au décours du traitement.

Discussion

La gale norvégienne représente une forme sévère et hyperkératosique de gale, souvent sous- diagnostiquée. Elle survient classiquement chez les sujets âgés ou immunodéprimés.

Dans notre cas, le diabète, facteur de fragilité immunitaire, a probablement favorisé cette présentation atypique. La confusion diagnostique est fréquente, les lésions pouvant simuler un psoriasis érythrodermique, un eczéma chronique ou un lymphome cutané.

La contagiosité de cette forme est majeure, du fait de la charge parasitaire extrêmement élevée, ce qui justifie le traitement simultané de l'entourage et les mesures d'hygiène strictes. Sur le plan thérapeutique, l'association d'ivermectine orale et d'un topique acaricide constitue le schéma de référence.

La dermatologie à l'ère de l'IA : ce qu'en pensent les patients

Ouissal Hormi 1 ; Lamis El yamani 1 ; Khadija Imam 1 ; Nassiba Zerrouki 1,2 ; Nada Zizi 1,21-Service de dermatologie, vénérologie et allergologie, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI, Oujda

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

Introduction : L'intelligence artificielle (IA) occupe une place croissante en dermatologie, notamment grâce à l'analyse d'images et au dépistage précoce des cancers cutanés. Les algorithmes d'apprentissage profond atteignent parfois des performances comparables, voire supérieures, à celles des dermatologues. Cependant, son intégration en pratique clinique dépend autant de ses capacités techniques que de l'acceptabilité par les patients. La confiance constitue un facteur clé, face aux préoccupations liées à la fiabilité des diagnostics, à la protection des données, à l'éthique et au risque de déshumanisation de la relation médecin–patient. D'où la nécessité d'évaluer la perception des patients pour une implémentation adaptée et éthique.

Matériels et méthodes: Une étude transversale a été menée sur une période de 3 mois auprès de 220 participants recrutés via un questionnaire en ligne et en présentiel dans un service de dermatologie.

Résultats : Parmi les 220 participants inclus dans l'étude, l'âge moyen était de 34 ± 12 ans, avec une majorité de femmes (58 %). La répartition géographique montrait que 65 % résidaient en zone urbaine et 35 % en zone rurale. Concernant la connaissance de l'IA, 62 % des participants avaient déjà entendu parler de cette technologie, mais seulement 28 % connaissaient ses applications spécifiques en dermatologie. Les sources d'information principales étaient Internet (41 %), les médias traditionnels (27 %) et le personnel médical (18 %).

En termes de perception, 71 % des répondants considéraient l'IA comme un outil utile en dermatologie, principalement pour le dépistage précoce des cancers cutanés (64 %), le triage des patients (58 %) et le suivi des maladies chroniques (49 %). Cependant, seuls 19 % étaient prêts à faire entièrement confiance à un diagnostic généré exclusivement par l'IA. La confiance augmentait fortement lorsque l'IA était associée à la validation d'un dermatologue, atteignant 84 %. Cette préférence pour une approche collaborative montre que les patients restent réticents à se fier à la technologie seule, surtout pour des pathologies graves ou urgentes. Les principales inquiétudes exprimées concernaient la fiabilité des diagnostics (65 %), le risque d'erreurs graves (58 %), et la protection des données personnelles (52 %). Près de la moitié des participants (44 %) craignaient également une déshumanisation de la relation médecin-patient. Néanmoins, 47 % des répondants estimaient que l'IA pouvait contribuer à réduire les délais de diagnostic, et 39 % qu'elle pourrait améliorer l'accessibilité aux soins, en particulier dans les zones reculées. Enfin, lorsque les participants devaient choisir entre différents modèles de prise en charge, 72 % privilégiaient un modèle collaboratif associant IA et dermatologue, 19 % préféraient exclusivement le dermatologue, et seulement 9 % optaient pour l'IA seule.

Discussion : L'étude montre que les patients perçoivent globalement l'IA en dermatologie de manière positive, mais leur confiance reste limitée lorsqu'elle agit seule. La majorité privilégie une approche collaborative, où l'IA assiste le dermatologue sans le remplacer, rejoignant ainsi les observations de Nelson et al. . Le scepticisme exprimé porte surtout sur la fiabilité, l'éthique et la protection des données, perçue comme une préoccupation majeure. La transparence des algorithmes, une validation clinique rigoureuse et une communication claire de leurs limites apparaissent indispensables pour instaurer la confiance. Un intérêt marqué est relevé pour le rôle de l'IA dans l'amélioration de l'accessibilité aux soins et la réduction des délais de diagnostic, notamment en zones rurales. Toutefois, les meilleures performances sont obtenues dans une configuration homme–machine plutôt qu'en substitution totale .

Conclusion : L'IA en dermatologie bénéficie d'une perception globalement positive, mais la confiance des patients reste conditionnée par l'intervention humaine. Renforcer l'éducation, la transparence et la co-utilisation avec les dermatologues apparaît indispensable pour favoriser son acceptabilité.

References :

5. Du-Harpur X, Watt FM, Luscombe NM, Lynch MD. What is AI? Applications of artificial intelligence to dermatology. Br J Dermatol. 2020;183(3):423-430.
6. Nelson CA, Pérez-Chada LM, Creadore A, Li SJ, Lo K, Manjaly P, et al. Patient perspectives on the use of artificial intelligence for skin cancer screening: A qualitative study. JAMA Dermatol. 2020;156(5):501-512.
7. Scheinfeld N. The role of artificial intelligence in dermatology: a review. Dermatol Online J. 2021;27(6):13030.
8. Liu Y, Jain A, Eng C, Way DH, Lee K, Bui P, et al. A deep learning system for differential diagnosis of skin diseases. Nat Med. 2020;26(6):900-908.
9. Tschandl P, Rinner C, Apalla Z, Argenziano G, Codella N, Halpern A, et al. Human–computer collaboration for skin cancer recognition. Nat Med. 2020;26(8):1229-1234.

La gale incognito : entre illusion clinique et réalité parasitaire

W. Atine ; F. Hali ; S. Chiheb
SERVICE DE DERMATOLOGIE ET DE VENEROLOGIE, C.H.U IBN ROCHD DE CASABLANCA, MAROC

Introduction

La gale est une parasitose cutanée fréquente causée par Sarcoptes scabiei. Elle se manifeste par un prurit nocturne associé à des vésicules, des nodules et des sillons scabieux de topographie évocatrice. Cependant, certaines formes atypiques comme la gale bulleuse, incognito et hyperkératosique peuvent imiter d'autres affections dermatologiques. Cela peut entraîner des retards diagnostiques et des erreurs thérapeutiques. Nous rapportons ici un cas rare de gale atypique chez un patient âgé.

Observation

Un homme de 75 ans, suivi pour un diabète type 2 sous insulinothérapie, a consulté pour une éruption cutanée généralisée prurigineuse évoluant depuis 3 ans. L'interrogatoire a révélé que l'éruption était initialement localisée aux zones acrales et avait été traitée comme un psoriasis par des dermocorticoïdes et du méthotrexate, ce qui avait provoqué une extension des lésions à
l'ensemble du corps. A l'examen dermatologique, on notait des placards érythémateux finement squameux aux membres, des papules excoriées, des stries de grattage et des lésions de kératose pilaire au tronc, une desquamation palmaire, une hyperkératose plantaire et des excoriations au cuir chevelu. L'examen dermoscopique retrouvait le signe du deltaplane. L'examen clinique était sans anomalies notamment pas d'adénopathies. Devant ce tableau clinique une gale incognito, un mycosis fongoïde, un eczéma généralisé et un psoriasis ont été évoqué. Une biopsie cutanée a été réalisé concluant à un aspect histologique d'une parakératose sans spécificité. Un examen parasitologique a été demandé objectivant la présence d'œufs et d'excréments du Sarcoptes scabiei. Le diagnostic d'une gale incognito a été ainsi retenu. Un traitement à base d'ivermectine per os a été instauré. L'évolution a été marquée par une nette amélioration du prurit et des lésions cutanées après 2 semaines.

Discussion

La gale incognito, forme rare et souvent méconnue, se présente par des lésions cutanées polymorphes mimant diverses dermatoses (mycosis fongoïde, eczéma, psoriasis, lupus). Cette présentation atypique résulte souvent d'une évolution prolongée ou de traitements inappropriés (dermocorticoïdes, immunosuppresseurs)qui favorisent la progression de l'infection. Le traitement reste celui de la gale classique, par perméthrine topique ou ivermectine systémique.

Conclusion

À travers ce cas, nous insistons sur le diagnostic d'une forme rare de gale : la gale incognito qui doit être considérée devant toute dermatose prurigineuse polymorphe, en particulier, lorsque l'évolution est aggravée par les dermocorticoïdes et les traitements immunosuppresseurs. La reconnaissance de cette entité nous permettrait d'éviter de retenir des diagnostics erronés et d'entretenir des traitements inappropriés susceptibles de compliquer le tableau clinique.

Glucantime intramusculaire triomphe d’une leishmaniose cutanée réfractaire depuis 2021

Introduction

La leishmaniose cutanée est une parasitose endémique au Maroc, généralement accessible au traitement par Glucantime intralésionnel. Cependant, certaines formes réfractaires et chroniques représentent un défi thérapeutique, en particulier celles liées à Leishmania tropica, connues pour leur évolution traînante. Nous rapportons un cas exceptionnel de leishmaniose cutanée évoluant depuis plus de quatre ans, résistante à plusieurs lignes thérapeutiques, et finalement guérie sous Glucantime intramusculaire.

Observation

Il s’agit d’une patiente de 52 ans, ayant comme antécédant une dépression sous traitement, suivie depuis 2021 pour une lésion cutanée chronique non cicatrisante de région supra labiale : philtrum. Le diagnostic de leishmaniose cutanée a été confirmé par l’histologie et par la PCR, ayant identifié l’espèce Leishmania tropica.
Entre 2021 et 2025, la patiente a reçu successivement :
- Glucantime intralésionnel (plusieurs cycles) sans réponse,
- Fluconazole 150 mg/semaine pendant plusieurs semaines, sans amélioration,
- Métronidazole per os, inefficace.

La persistance de la lésion, douloureuse et inesthétique, a contribué à aggraver un syndrome dépressif pour lequel la patiente était déjà suivie. En juin 2025, la décision d’instaurer un traitement par Glucantime intramusculaire a été prise. Après quelques semaines, on notait une évolution favorable, avec réduction nette de l’infiltration, régression des croûtes et début de cicatrisation, confirmant l’efficacité de cette approche.

Discussion

Ce cas illustre la difficulté de prise en charge des formes réfractaires de leishmaniose cutanée, particulièrement résistantes aux traitements locaux et aux alternatives antifongiques. L’échec du Glucantime intralésionnel, pourtant traitement de première intention, est rapporté dans certaines formes anciennes, infiltrées ou profondes. L’inefficacité du fluconazole et du métronidazole reflète l’absence d’efficacité probante de ces molécules dans les essais cliniques.
Le recours au Glucantime intramusculaire demeure une option thérapeutique efficace, bien que parfois limitée par sa tolérance systémique. Dans notre observation, son introduction a permis la guérison après quatre années d’évolution, confirmant son rôle clé dans les formes rebelles.
Une cohorte historique brésilienne (Rio de Janeiro) évaluant différentes doses et voies d’administration a observé des taux d’efficacité élevés (entre 84 et 95 %) pour les protocoles IM (standard ou alternatifs).Dans notre cas, l'introduction du Glucantime intramusculaire a entraîné une guérison clinique après quatre années d’évolution malgré les échecs répétés des traitements locaux et antifongiques. Ce constat renforce le rôle clé de cette voie d’administration dans les formes longues ou infiltrées où le traitement intralésionnel peut être insuffisant.Par ailleurs, la chronicité de l’affection a contribué à aggraver une dépression préexistante, soulignant l’importance d’une prise en charge multidisciplinaire, associant dermatologues et psychiatres pour gérer à la fois la dimension physique et psychologique de ces formes rebelles.

Conclusion

La leishmaniose cutanée peut, dans certaines formes chroniques, se montrer réfractaire aux traitements conventionnels. Le Glucantime intramusculaire représente alors une option thérapeutique de recours efficace. Notre cas illustre l’importance de persévérer dans l’arsenal thérapeutique face à des formes évoluant depuis plusieurs années, et rappelle la nécessité d’une prise en charge globale incluant l’évaluation de l’impact psychologique.

Zona maxillo-mandibulaire sans éruption vésiculeuse : une névralgie atypique révélatrice

F. EL GUENNOUNI, M.EL AMRAOUI, R. FRIKH, N. HJIRA

Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat

Introduction

Le zona sine herpete est une forme rare de zona, caractérisée par une névralgie radiculaire sans éruption vésiculeuse. Il peut mimer des pathologies dentaires, ORL ou neurologiques. L'atteinte simultanée des branches maxillaire (V2) et mandibulaire (V3), avec extension muqueuse, est exceptionnelle.

Observation

Un homme de 54 ans consultait pour des douleurs intenses unilatérales en territoire V2 et V3, à type de brûlures, paresthésies et décharges électriques, évoluant depuis 10 jours. Aucun signe cutané ou muqueux n'était visible initialement.
Ce n'est qu'au 12e jour qu'un érythème diffus sans vésicules est apparu, s'étendant du sillon nasogénien au menton gauche, avec des croûtes mélicériques jaunâtres. L'examen révélait également une atteinte muqueuse érosive de la face interne de la joue et du palais dur. Le diagnostic de zona sine herpete V2–V3 a été retenu.
Un traitement antiviral par valaciclovir a été instauré tardivement. L'évolution a été marquée par la persistance de douleurs neuropathiques pendant trois mois, nécessitant un traitement par gabapentine.

Discussion

Le zona sine herpete représente moins de 5 % des cas de zona. Il est caractérisé par une névralgie radiculaire intense sans éruption vésiculeuse, retardant souvent le diagnostic. La localisation trijéminale est connue, mais l'atteinte simultanée des branches maxillaire (V2) et mandibulaire (V3) est exceptionnelle. Dans la littérature, plusieurs cas décrivent des douleurs mimant une névralgie du trijumeau ou une étiologie dentaire, avec un diagnostic souvent posé rétrospectivement. L'atteinte muqueuse, notamment de la joue, du palais dur ou de la langue, est rarement rapportée mais doit être systématiquement recherchée. Dans notre cas, la présence d'un érythème sans vésicules, des croûtes mélicériques, et des lésions érosives intra-buccales suggère une forme atypique impétiginisée de zona sine herpete. Cette présentation, combinant douleur névralgique, retard diagnostique, extension muqueuse et absence de vésicules, n'est que très rarement documentée.
Le traitement antiviral reste indiqué, même tardivement, pour réduire le risque de névralgie post-zostérienne, comme observée chez notre patient.

Conclusion

Ce cas illustre la nécessité de suspecter un zona même sans vésicules, devant toute névralgie faciale unilatérale inexpliquée. L'atteinte muqueuse, bien que rare, constitue un argument diagnostique majeur.

Quand le zona se déguise en eczéma de contact : à propos d'un cas de localisation atypique

R. Marzak [1]; L. Mrani[1]; M. Benssied[1]; M. Dahabi[1]; M. El Amraoui[1]; I. Anouar[1]; Z. Youssef[1]; T. Hanafi[1]; R. Frikh[1]

[1]Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction

Le zona (herpes zoster) est une réactivation du virus varicelle-zona, typiquement révélée par une éruption vésiculeuse unilatérale très douloureuse suivant un dermatome. En général, les localisations touchent préférentiellement les régions thoraciques et lombaires, tandis que l'atteinte des dermatomes cervicaux n'est observée que dans environ 14 % des cas. De même, plus de 90 % des patients ressentent une douleur sévère avant l'éruption cutanée, rendant les présentations indolores extrêmement atypiques et susceptibles de faire retarder le diagnostic.

Observation :

Un homme de 55 ans, ayant présenté la varicelle dans l'enfance et sans antécédents d'immunodépression, de diabète ou de corticothérapie, consulte pour une éruption de l'avant-bras apparue depuis quelques jours. Les lésions initiales se présentent sous forme de macules érythémateuses surmontées de rares vésicules à contenu clair, non prurigineuses et indolores, sans fièvre ni adénopathies. L'anamnèse retrouve un épisode récent de jardinage sans port de gants, orientant vers un eczéma de contact, pour lequel un traitement par dermocorticoïdes topiques est prescrit.

L'évolution est défavorable : extension des lésions selon une distribution métamérique unilatérale (C5-C6) touchant la face postérieure de l'épaule, la face antérieure du bras et de l'avant-bras, jusqu'à la face palmaire du pouce. Cette atteinte, correspondant à un dermatome cervical supérieur, est peu fréquente. Les vésicules deviennent progressivement groupées, prenant une teinte violacée après 72 heures. Apparaissent alors des dysesthésies continues, en l'absence de prurit. Aucun examen paraclinique n'est réalisé, le diagnostic de zona étant retenu cliniquement. Un traitement local associant désinfection et pommade antibiotique est instauré, sans antiviral systémique du fait du dépassement du délai de 72 heures. L'évolution est favorable avec disparition des troubles sensitifs résiduels au bout de 3 semaines.

Discussion

Ce cas illustre une forme atypique de zona initialement indolore et simulant un eczéma de contact, ce qui a retardé la prise en charge spécifique. L'absence de douleur initiale, la localisation et le contexte d'exposition à des allergènes végétaux ont orienté vers un diagnostic erroné. L'extension rapide, la distribution métamérique et l'apparition secondaire de troubles sensitifs sont des éléments déterminants pour orienter vers un zona. La localisation sur un dermatome cervical supérieur, peu fréquente, renforce le risque de confusion avec des dermatoses professionnelles ou allergiques.

Conclusion

Le zona doit être envisagé dans le diagnostic différentiel de toute éruption vésiculeuse localisée, même en l'absence de douleur. Les localisations rares, telles que celles touchant les dermatomes cervicaux supérieurs, méritent une attention particulière afin d'éviter un retard thérapeutique et de prévenir les complications neurologiques.

Un syndrome de Ramsay Hunt atypique

K. Essekakri; F. Hali; S. Chiheb
Service de Dermatologie et DE Vénérologie, C.H.U Ibn Rochd de Casablanca, Université Hassan II de Casablanca, Casablanca, Maroc

Introduction

Le zona, lié à la réactivation du virus de la varicele-zona, se manifeste par des tableaux cliniques variés selon le territoire nerveux impliqué. Parmi les formes à l'étage céphalique on note le syndrome de Ramsay Hunt, défini par un zona auriculaire, survenant suite à l'atteinte du ganglion géniculé. C'est une pathologie rare, parfois notée sévère, nécessitant un diagnostic précoce pour éviter des séque les neurologiques. Notre cas ilustre une forme atypique de zona, offrant l'occasion d'explorer les enjeux cliniques et thérapeutiques associés à ce type de présentation.

Observations

Il s'agit d'un patient âgé de 45 ans, ayant comme antécédant un épisode de varice le à l'enfance, qui s'est présenté pour une éruption vésiculeuse douloureuse jugale et auriculaire droite évoluant depuis 6 jours avant sa consultation, avec notion de douleur à type de cuisson précessive. L'évolution fut marquée par l'insta lation d'une paralysie faciale périphérique homolatérale 2 jours après l'éruption, faisant suite à une exposition au froid. L'examen dermatologique objectivant des lésions vésiculeuses, de contenu séreux, regroupées en bouquet, à disposition métamérique, au niveau du territoire V3 du nerf trijumeau, surmontées de croutes et impétiginisées par endroit. Ainsi que, des érosions post-vésiculeuses, surmontées de croutes par-endroit, situées au niveau du conduit auditif externe et la conque (zone de Ramsay-Hunt), associés à un effacement du silon naso-génien, et un signe de Charles Bel positif orientant vers une paralysie faciale périphérique Un Traitement à base de corticothérapie orale, aciclovir oral, antalgique, vitaminothérapie et soins locaux a été instauré. L'évolution clinique était favorable avec une cicatrisation des lésions au bout de 10 jours, une nette régression de la douleur, et amélioration de la paralysie faciale.

Discussion

Le syndrome de Ramsay Hunt se caractérise par un zona auriculaire consécutif à la réactivation du virus varice le-zona (VZV) au niveau du ganglion géniculé. Il s'agit d'une entité rare, potentie lement grave, dont le diagnostic précoce est essentiel afin de prévenir les complications neurologiques. Le tableau clinique typique associe une paralysie faciale périphérique homolatérale, des otalgies, ainsi que des vésicules érythémateuses siégeant au niveau du conduit auditif externe et du pavilon de l'oreile. Néanmoins, des présentations atypiques, impliquant l'atteinte de multiples nerfs crâniens, ont été décrites, en particulier chez les patients immunodéprimés.

Conclusion

La particularité de notre observation réside dans la rareté de l'atteinte concomitante des territoires nerveux, auriculaire et mandibulaire, par le virus de de varice le zona, chez un adulte immunocompétent.

Ulcère de Liptschutz :Diagnostic à ne pas méconnaitre

G. Gmira[1]; M. Soughi[1]; R. Al Heyasat[1]; Z. Douhi[1]; S. Elloudi[1]; H. Bay Bay[1]; FZ. Mernissi[1]
[1]Dermatologie, CHU de Fès, Fes, Maroc

Introduction :

L'ulcère de Lipschütz est une entité rare et probablement sous-diagnostiquée qui se présente généralement sous forme d'un ulcère vulvaire aigu et douloureux chez les jeunes femmes avec comme caractère spécifique l'image en miroir. L'étiologie est inconnue, bien que des rapports récents l'aient associée au virus d'Epstein-Barr. Le diagnostic est posé par exclusion après avoir exclu les maladies sexuellement transmissibles, les causes auto-immunes, les traumatismes et autres étiologies d'ulcérations génitales.

Observation :

Une femme de 33ans, ayant comme antécédent une tuberculose pulmonaire déclarée guérit, et suivi pour une sérologie HIV positive sous trithérapie (arrêté brutalement par la patiente 3 mois avent la symptomatologie) , consultait pour une ulcération extrêmement douloureuse et invalidante au niveau vulvaire et périanale évoluant depuis 4 mois

Par ailleurs la patiente rapportait la notion d'anciens rapports sexuels non protégés, mais ne rapportait pas la notion d'aphtose buccale ou génitalerécidivante.

L'examen clinique retrouvait une ulcération mutilante bien limité de contours irréguliers a surface purulente non indurée, profonde siégeant au niveau des 2 grandes lèvres plus marqué à droite et s'étendant en périanal avec aspect d'imageen miroir.L'état général était conservé, et n'existait pas d'autre atteinte cutanéo-muqueuses

La patiente avait bénéficié de sérologies virales TPHA/VDRL, herpes virus revenu négatives et EBV IGG positives (faite 1 mois après la symptomatologie)et d'une biopsie révélant une hyperplasie pseudo-épithéliomateuse sans lésion dysplasiqueou infiltrante.

La patiente a bénéficié d'un traitement topique fait de bain par un antiseptique+sulfadiazine argentique local associé à un traitement par Amoxicilline protégé oral pendant 10 jours(vu la surinfection bactérienne).

La lésion cicatrisait en 1 mois sans séquelles et le diagnostic d'ulcère de Lipschütz était posé.

Discussion

Les ulcères de Lipschütz sont une cause rare d'ulcérations vulvaires aiguës d'origine non vénérienne et touchent dans la plupart des cas des personnes jeunes. Cet état se manifeste par l'apparition soudaine d'un ulcère vulvaire douloureux, généralement précédé de symptômes grippaux ou de type mononucléose, tels qu'un malaise, de la fièvre, une asthénie, une myalgie, une pharyngo-amygdalite, une lymphadénopathie et des céphalées.

L'étiologie reste floue, il est généralement idiopathique mais peut être associé à une infection à mycoplasmes, fièvre paratyphoïde, grippe A, et principalement par le virus Epstein-Barr (EBV).Notre patiente avait arrêté sa trithérapie HIV est donc présentait un effet rebond et une chute de CD4 qui explique sa possible infection à l'EBV et le développement de l'ulcère de Liptchütz. Cependant, dans la plupart des cas, l'association avec une infection n'a pas pu être confirmée. De plus, ces ulcères peuvent tout aussi bien être provoqués par la prise médicamenteuse .

Conclusion

La présence d'une érosion ou d'un ulcère génital évoque souvent une infection sexuellement transmissible, mais des causes non vénériennes doivent aussi être envisagées. Les ulcères de Lipschütz, rares et souvent sous-diagnostiqués, évoluent généralement bien sous traitement symptomatique.

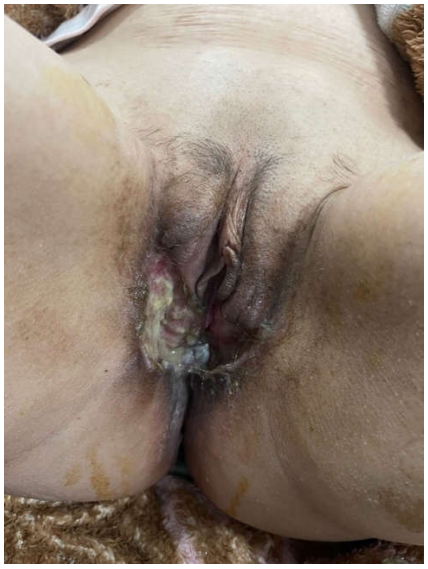

Photo 1: Photo illustrant l'ulcère vulvaire au niveau des 2 grandes lèvres avec aspect en miroir

Photo 2: Extension péri-anale de l'ulcére

Photo 3:Photo de contrôle après un mois de traitement

Cornes cutanées plantaires multiples du pied diabétique : piège diagnostique et intérêt de la biopsie basale pour révéler une étiologie virale

S.BARAZ, R.BABA, H.KERROUCH, M.AMRAOUI, Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA
Service de dermatologie vénérologie, Hopital militaire d'instruction Mohammed V RABAT

Introduction

Le cornu cutaneum est un cône de kératine reposant sur une lésion-socle bénigne, prémaligne ou maligne ; les bases virales (verrues) et kératosiques dominent, tandis que la malignité sous-jacente (essentiellement SCC) est rapportée dans ~10–20% selon les séries, imposant une analyse histologique de la base. Les localisations plantaires sont rares et souvent confondues avec cor/tylome ou kératodermie.

Observation

Homme de 52 ans, diabétique/hypertendu, présentant depuis 3 ans des lésions cornées coniques, multiples, douloureuses et invalidantes de la plante, réfractaires aux soins de parage et kératolytiques. La dermoscopie, après parage, montrait interruption des dermatoglyphes avec multiples points/îlots vasculaires, orientant vers des verrues plantaires mosaïquées plutôt qu'un corn/tylome. Une biopsie-exérèse incluant la base sur une lésion représentative a été réalisée (objectif : typer la lésion-socle et exclure SCC).

Discussion

La corne cutanée plantaire est un phénotype plus qu'un diagnostic étiologique : l'enjeu est d'identifier la base. Sur le pied, la base est souvent une verrue à HPV, comme l'attestent les cas publiés ; néanmoins, le risque (faible mais réel) de SCC justifie le geste histologique basalo-inclusif. Le terrain diabétique favorise les formes étendues et la chronicité, avec prudence vis-à-vis des méthodes destructrices. La prise en charge associe : (i) exérèse de la corne avec base pour histologie ; (ii) traitement étiologique si verrue (kératolytiques, immunothérapie intralésionnelle, laser/PDT si échec), en évitant les destructions agressives sur pied diabétique ; (iii) décharge et soin podologique pour réduire les pressions (facteur déclenchant mécanique).

Conclusion

Chez ce patient, l'aspect en cornes plantaires multiples correspond cliniquement à des verrues mosaïquées cornéfiantes ; la biopsie de base est clé pour confirmer l'étiologie et écarter une malignité. Ce cas illustre un piège fréquent au pied diabétique où l'on peut confondre kératodermie, cor ou corne cutanée, et souligne la nécessité d'un raisonnement histo-dirigé avant tout geste destructeur.

Verrues filiformes étendues traitées par acitrétine orale

H. Zouaki, F. El fatoiki , B. Baghad, F .Hali, S. Chiheb
Service de Dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction

Les verrues sont des excroissances cutanées bénignes, non cancéreuses, causées par une infection au virus du papillome humain (HPV). Elles peuvent apparaître sur diverses parties du corps et sont plus fréquemment observées chez les enfants et les adolescents, bien que des individus de tout âge puissent être concernés. Si le système immunitaire parvient souvent à éliminer l'infection spontanément, les patients immunodéprimés peuvent présenter des lésions extensives et persistantes.

Nous rapportons le cas d'un enfant présentant des verrues filiformes étendues, associées à une immunodéficience primitive sous-jacente traité par acitrétine.

Observation

Un enfant de 13 ans a consulté pour des verrues filiformes multiples localisées au niveau du visage et les deux mains, évoluant depuis un an. L'anamnèse révélait un déficit immunitaire combiné sévère diagnostiqué à la petite enfance , ayant bénéficié d'une allogreffe de moelle osseuse à l'âge de 9 mois, ainsi qu'un traitement en cours pour épilepsie.

L'examen clinique objectivait de multiples papules et plaques hyperkératosiques de couleur chair, à surface rugueuse et verruqueuse, réparties de manière symétrique sur les faces palmaires et dorsales des mains. Le visage présentait de nombreuses papules verruqueuses, de couleur chair à rosée, dont certaines confluaient en plaques plus larges, d'aspect papillomateux en 'chou-fleur', principalement dans la région périorale. Le reste de l'examen clinique était sans particularité.

Un traitement initial par topiques homéopathiques n'a apporté qu'une amélioration modérée. Le patient a ensuite été mis sous acitrétine orale, avec une nette amélioration clinique.

Discussion

La prise en charge idéale des verrues doit être efficace, indolore, sûre, rapide et peu coûteuse. Les traitements conventionnels comprennent la cautérisation chimique par agents kératolytiques (nitrate d'argent, acide salicylique, acide trichloroacétique), les thérapies thermiques (ablation par radiofréquence, laser), la cryothérapie, l'électrochirurgie, l'exérèse chirurgicale, les antiviraux (cidofovir), les antibiotiques (bléomycine, podophylline) et l'immunothérapie (imiquimod, interférons, zinc oral). Des méthodes non traditionnelles comme l'occlusion par ruban adhésif ont également été évaluées.

Cependant, ces approches présentent souvent des inconvénients tels que douleur locale, coût élevé, durée prolongée du traitement, modifications pigmentaires, cicatrices et taux de récidive important.

L'acitrétine, rétinoïde oral de deuxième génération dérivé de la vitamine A, a montré son efficacité dans le traitement des verrues cutanées étendues. Les rétinoïdes régulent la différenciation des kératinocytes, modulent la réponse immunitaire, exercent un effet anti-inflammatoire et peuvent induire l'apoptose des cellules infectées. Ces propriétés font de l'acitrétine une option thérapeutique adaptée, notamment chez les sujets immunodéprimés ou en cas d'échec ou de contre-indication des traitements conventionnels.

Conclusion

L'acitrétine orale constitue une alternative prometteuse dans la prise en charge des verrues filiformes étendues, notamment chez les patients présentant une immunodéficience sous-jacente. Elle représente une option bien tolérée et efficace pour les patients inéligibles ou réticents aux traitements conventionnels.

Le profil épidémio-clinique et évolutif de la rougeole chez l'adulte : une série de 102 cas

W. Atine ; F. Hali ; S. Chiheb

SERVICE DE DERMATOLOGIE ET DE VENEROLOGIE, C.H.U IBN ROCHD DE CASABLANCA, MAROC

Introduction

La rougeole est une virose due au paramyxovirus. Elle est rare depuis la généralisation de la vaccination, cependant, la recrudescence récente de son incidence chez les adultes en consultation et aux urgences est manifeste.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude monocentrique prospective à visée descriptive sur une durée de trois mois depuis novembre 2024 jusqu'à mars 2025. Nous avons inclus tous les patients adultes des deux sexes présentant une éruption cutanéo-muqueuse aigue, nous n'avons pas inclus la population pédiatrique et nous avons exclus les éruptions cutanéomuqueuses expliquées par une étiologie autre que la rougeole.

Résultats

Cent deux patients (âge moyen 33,8 ans, sex-ratio F/H 2,09) ont été inclus. Le délai médian de consultation était de 4 jours. La majorité était sans antécédents, deux patientes étaient enceintes. Le statut vaccinal était inconnu chez 65 %, 31,4 % étaient vaccinés. Un contact contagieux était retrouvé chez 24,5 %. Cliniquement, on retrouvait une fièvre et une éruption maculo-papuleuse descendante chez tous les cas. Les signes associés incluaient une conjonctivite (76,5 %), des taches de Koplik (62,7
%), une atteinte palmo-plantaire (28,4 %) et des complications respiratoires (44,1 %). La biologie montrait une hyperleucocytose (11,8 %), une lymphopénie (18,6 %), une thrombocytose (25,5%) et une cytolyse hépatique (16,7 %). La radiographie thoracique (86,2 %) révélait un syndrome interstitiel bilatéral (46,1 %). La sérologie IgM rougeole était positive chez 27,5 %. Quatre-vingt- quatorze patients ont été traités en ambulatoire, cinq hospitalisés dont trois en réanimation, deux décès et un accouchement prématuré ont été rapportés. Aucun facteur associé à l'évolution n'a été identifié.

Discussion

Le virus de la rougeole est un virus à ARN à réservoir humain, transmis principalement par voie aérienne. Après une incubation de 7 à 14 jours, les symptômes typiques incluent fièvre, toux, écoulement nasal, conjonctivite et taches de Koplik, suivis d'une éruption maculo-papuleuse descendante. Les complications majeures sont otites, diarrhées, pneumonie, cécité et encéphalite. Le diagnostic repose sur la détection d'IgM spécifiques, l'élévation des IgG ou la RT-PCR. Aucun
traitement spécifique n'existe, l'antibiothérapie est utilisée pour les infections secondaires. Une supplémentation en vitamine A est recommandée. La vaccination en deux doses est la principale mesure préventive.

Conclusion

La rougeole est une virose bénigne mais qui peut être fatale à travers ses complications. Actuellement, on note une véritable épidémie dans notre contexte. De cela, des études épidémiologiques et étiopathogéniques supplémentaires s'imposent.

Rougeole de l’adulte avec atteintes cutanée et pulmonaire : un diagnostic à ne pas méconnaître

S.JEBBOUJE[1], Fz. BENHAYOUN[1], F. El FETOIKI [1], H. RACHADI[1], B.BAGHAD[1], S.CHIHEB[1]
[1] Service de dermatologie vénérologie, CHU Ibn Rochd Casablanca

Introduction :
La rougeole, infection virale hautement contagieuse due au virus morbillivirus, connaît une recrudescence en France et dans le monde en raison de la baisse de couverture vaccinale. Si elle est le plus souvent bénigne chez l’enfant, elle peut entraîner des formes sévères chez l’adulte, en particulier chez les sujets immunodéprimés ou non vaccinés. Les atteintes cutanée et pulmonaire en constituent les manifestations les plus fréquentes et peuvent mimer d’autres pathologies infectieuses ou inflammatoires. Nous rapportons un cas illustrant la présentation typique et les complications respiratoires de cette infection.

Observation :
Une femme de 44ans, sans antécédents médicaux notables, non vaccinée, consulte pour une fièvre élevée évoluant depuis 4 jours, accompagnée de toux sèche, conjonctivite bilatérale, rhinorrhée et photophobie. L’examen clinique révèle un exanthème maculopapuleux confluent, débutant au visage puis s’étendant au tronc et aux membres, associé à des taches de Koplik sur la muqueuse jugale. Une dyspnée modérée est également notée. Une TDM thoracique montre un syndrome interstitiel diffus bilatéral.
La biologie retrouve une lymphopénie modérée, une CRP élevée, sans hyperleucocytose. La sérologie révèle des IgM spécifiques du virus de la rougeole, la PCR n'a pa été effectuée. L’atteinte pulmonaire a été interprétée comme une pneumopathie interstitielle d’origine virale. La patiente a été hospitalisée en isolement, sous traitement symptomatique et surveillance rapprochée. L’évolution a été favorable avec régression des signes cutanés et respiratoires en une semaine.

Discussion :
La rougeole reste un diagnostic d’actualité, en particulier chez l’adulte jeune non vacciné. L’éruption maculopapuleuse fébrile, précédée de signes respiratoires et oculaires, doit faire évoquer ce diagnostic surtout en période épidémique ou en cas de contact. L’atteinte pulmonaire, survenant dans environ 5 à 10 % des cas, peut évoluer vers des formes graves, notamment chez les adultes ou les patients immunodéprimés. Le diagnostic est essentiellement clinique, confirmé par sérologie ou PCR. La prise en charge repose sur le traitement symptomatique, l’isolement strict, et la prévention par la vaccination.

Conclusion :
Ce cas rappelle que la rougeole, bien que maladie évitable par la vaccination, reste une pathologie à forte morbidité chez l’adulte. L’association d’un exanthème typique et d’une atteinte pulmonaire doit alerter, et une confirmation virologique rapide permet une prise en charge adaptée et une déclaration aux autorités sanitaires.

Érythème polymorphe secondaire à une infection d'orf : à propos d'un cas clinique

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

Service de Dermatologie, Hôpital Militaire Moulay Ismail, Meknès.

Résumé :

L'orf est une zoonose virale bénigne, d'évolution spontanément résolutive, contractée par contact direct avec des ovins infectés. Des complications cutanées ou systémiques rares peuvent survenir, notamment des réactions immunologiques retardées. Nous rapportons un cas clinique d'érythème polymorphe secondaire à une infection d'orf.

Une femme de 55 ans, sans antécédent pathologique notable, consulte pour des lésions cutanées évoluant depuis 10 jours. L'histoire débute par l'apparition de deux nodules inflammatoires, douloureux, érythémato-croûteux au niveau du pouce et index de la main droite. L'évolution se fait une semaine après vers l'apparition de lésions papuleuses évoluant vers des cocardes des deux mains.

L'érythème polymorphe est dermatose réactionnelle fréquente, le plus souvent secondaire à une infection virale herpétique. D'autres germes sont rapportés notamment le mycoplasme pneumonie et les autres viroses. L'association à l'orf est rare et trouve tout son intérêt dans la similitude avec des lésions du MPOX, infection émergente et plus grave d'où l'intérêt de notre observation.

Quand l'immunosuppression fait le lit des verrues

Dr Sara Marraha, Pr Ouiame ElJouari, Pr Salim Gallouj
Service de dermatologie, Hôpital Mohamed VI Tangier, Université Abdelmalek Essaadi

Introduction :

Les verrues cutanées, dues à l'infection par le papillomavirus humain (HPV), sont fréquentes mais généralement bénignes et autolimitantes. Cependant, chez les patients immunodéprimés, notamment transplantés sous traitement immunosuppresseur, elles peuvent être multiples, chroniques, résistantes aux traitements et altérer la qualité de vie.

Observation :

Il s'agit d'une patiente de 22 ans, ayant comme antécédent une greffe rénale, sous traitement immunosuppresseur au long cours.
Elle présente depuis 4 ans des lésions cutanées du visage, progressivement disséminées.
L'examen clinique montre de multiples verrues planes disséminées sur tout le visage, entraînant une gêne esthétique majeure.
Le signe dermoscopique observé est « œufs de grenouille » un patron qui n'est pas fréquent, ainsi qu'une collerette périphérique.

Discussion :

Chez les patients transplantés, l'immunosuppression favorise la persistance et la dissémination des infections à HPV (Euvrard S. et al., *Lancet* 2003;361(9364):935-944).
Les verrues planes, habituellement bénignes chez les sujets immunocompétents, deviennent chroniques et résistantes aux traitements conventionnels dans ce contexte. Leur prise en charge est complexe et repose sur une combinaison de thérapeutiques locales (kératolytiques, cryothérapie, immunomodulateurs topiques) et générales, avec une surveillance dermatologique régulière.
Le risque de transformation carcinomateuse, bien que rare, est plus élevé dans ce terrain.

Conclusion :

Ce cas illustre la sévérité et la chronicité des infections cutanées virales chez les patients immunodéprimés. Les verrues planes du visage, habituellement banales, prennent une dimension particulière chez une transplantée rénale sous immunosuppresseurs, nécessitant une prise en charge spécialisée et un suivi rapproché.

Erythème pigmenté fixe chez un patient hémodialysé : penser aussi à l'hépatite C

F. Zayoun, F.Z Benhayoun, H. Rachadi, S. Chiheb

Introduction

L'érythème pigmenté fixe est une réaction cutanée d'hypersensibilité retardée, caractérisée par la des lésions érythémateuses bien limitées, évoluant vers une pigmentation post-inflammatoire résiduelle, toujours au même site. L'étiologie est dominée par les médicaments, en particulier les
antibiotiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et certains anticonvulsivants. Cependant, dans de rares cas, des facteurs non médicamenteux, notamment infectieux, peuvent être impliqués.
Nous rapportons l'observation d'un patient hémodialysé, porteur d'une hépatite C chronique, ayant développé un l'érythème pigmenté fixe.

Observation

Nous avons reçu dans notre service un patient âgé de 67 ans, suivi pour insuffisance rénale
chronique terminale au stade d'hémodialyse, qui a consulté pour une éruption évoluant depuis trois jours. L'interrogatoire retrouvait la notion de prise de diclofénac environ 20 jours avant l'apparition des lésions.
L'examen clinique retrouvait des lésions cutanées érythémateuses, arrondies, bien limitées, de taille variable, certaines en cocarde avec un centre violacé, prédominant au niveau des deux membres inférieurs, avec quelques atteintes des membres supérieurs et du tronc. Le patient rapportait la survenue d'épisodes similaires antérieurement, toujours aux mêmes localisations.
Son bilan biologique était sans particularité, à l'exception d'une sérologie positive pour le virus de l'hépatite C.
Une biopsie cutanée a été réalisée, montrant un épiderme atrophique avec spongiose, nécrose kératinocytaire et infiltrat inflammatoire lymphocytaire en bande, compatible avec un érythème pigmenté fixe.

Le patient a été mis sous soins locaux, avec disparition progressive des lésions laissant place à des cicatrices pigmentées. Une éducation thérapeutique a été réalisée afin de proscrire définitivement la prise d'AINS.

Discussion :

L'érythème pigmenté fixe est une toxidermie due à une réaction d'hypersensibilité retardée,
impliquant des lymphocytes T CD8 résidents de l'épiderme .Les médicaments restent la cause la plus fréquente.

Chez les patients en insuffisance rénale chronique terminale sous hémodialyse, le risque de toxidermie est majoré. En effet, l'élimination des métabolites médicamenteux est perturbée, la dialyse est inefficace sur les molécules fortement liées aux protéines plasmatiques (comme le diclofénac) et le terrain inflammatoire chronique favorise l'hypersensibilité cutanée. Le délai inhabituel de 20 jours observé dans notre cas peut ainsi s'expliquer par ce contexte physiopathologique particulier.

Dans notre observation, la prise d'AINS constitue l'agent déclenchant le plus probable de l'érythème pigmenté fixe. Toutefois, l'association à une hépatite C chronique soulève l'hypothèse d'un rôle modulateur du virus dans la genèse de la toxidermie. En effet, le VHC est connu pour induire divers désordres immunologiques et pour s'associer à plusieurs dermatoses (lichen plan, cryoglobulinémie, porphyrie cutanée tardive). Il pourrait agir comme co-facteur immunologique en activant ou en amplifiant les lymphocytes T mémoire cutanés, ce qui abaisserait le seuil de réaction à un médicament favorisant l'apparition de toxidermies médicamenteuses à faible seuil chez des patients vulnérables.

Cette association souligne l'importance de considérer l'hépatite C comme un facteur possible d'aggravation ou de modulation des réactions cutanées médicamenteuses

« Herpès génital et Zona : la rencontre improbable »

F.Hammoud[1], B. Idrissi Rhenimi[1], L. Mouline[1], N.Ammar[1] , S.Hamada [1], M.Meziane[1] , N.Ismaili [1], L.Benzekri [1] [1]Servide de Dermatologir-Vénérologie, Université Mohamed V de Rabat, CHU Ibn Sina, Maroc

Introduction

Les infections dues aux Herpesviridae, notamment le virus Herpes simplex (HSV) et le virus varicelle-zona (VZV), représentent des affections fréquentes mais dont la survenue simultanée reste rare et peu décrite. Ces virus partagent la capacité de persister à l'état latent dans les
ganglions sensitifs et de se réactiver sous l'influence de divers facteurs favorisants.
L'immunosénescence liée à l'âge, les antécédents oncologiques et certaines prises médicamenteuses, dont les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), peuvent jouer un rôle déterminant dans ces réactivations. Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée présentant une co-infection à herpès génital et zona intercostal dans un contexte
d'automédication prolongée par ibuprofène.

Observation

Une patiente âgée de 68 ans, suivie pour antécédents de cancer du col utérin traité par chirurgie et chimiothérapie il y a quatre ans, en rémission complète et sans récidive, a consulté pour des lésions cutanées douloureuses apparues depuis quelques jours. Elle
rapportait une prise quotidienne d'ibuprofène 400 mg pendant deux mois pour un syndrome grippal persistant, en automédication. L'examen clinique a mis en évidence, au niveau vulvo- périnéal, des vésicules groupées en bouquet sur fond érythémateux, ulcérées et très douloureuses, compatibles avec une primo-infection herpétique génitale. Parallèlement, une éruption vésiculeuse unilatérale suivant le trajet intercostal droit T6, accompagnée de douleurs neuropathiques intenses, a été observée, évoquant un zona intercostal. Le bilan biologique a révélé une lymphopénie modérée, sans autre anomalie, et le suivi oncologique demeurait rassurant. La patiente a été traitée par valaciclovir 1 g/j pendant 10 jours, conformément aux recommandations pour une primo-infection herpétique, ainsi qu'à des mesures d'hygiène locales afin de limiter la dissémination et d'améliorer le confort. Un
traitement antalgique a été instauré pour le zona. L'évolution a été favorable, marquée par la disparition progressive des lésions et l'amélioration partielle des douleurs neuropathiques.

Discussion

La concomitance d'un herpès génital et d'un zona intercostal est exceptionnelle et suggère une altération transitoire de l'immunité cellulaire. Dans le cas présent, plusieurs facteurs
favorisants peuvent être retenus. L'âge avancé entraîne une immunosénescence avec
diminution de l'activité lymphocytaire T, ce qui favorise la réactivation des virus latents. Les
antécédents oncologiques, même en rémission, peuvent contribuer à une vulnérabilité
immunitaire persistante. Enfin, l'usage prolongé d'AINS comme l'ibuprofène pourrait avoir joué un rôle déclencheur, plusieurs études ayant montré leur capacité à moduler la réponse immunitaire antivirale et à favoriser la réactivation des Herpesviridae (Chen et al., 2021). La PEC a reposé sur un traitement antiviral systémique adapté, complétée par des mesures d'hygiène rigoureuses, essentielles pour prévenir la dissémination et les surinfections. Le contrôle de la douleur, en particulier neuropathique, demeure un élément clé du traitement.

Conclusion

Cette observation met en lumière une présentation inhabituelle de co-infection herpétique rare mais possible de l'immunosénescence et de l'automédication prolongée par AINS dans la réactivation simultanée de HSV et VZV. Elle rappelle l'importance du diagnostic clinique, de l'instauration rapide d'un traitement antiviral systémique et topique, ainsi que de l'accompagnement par des mesures d'hygiène adaptées. Ce cas illustre la nécessité de sensibiliser les patients aux risques liés à l'automédication, notamment aux AINS.

Parvovirus B19 : bénin chez l'enfant, piégeux chez l'adulte

S.Alaoui, A.Alshbiti, S.Hamada, N.Ammar, M. Meziane, N.Ismaili, L.Benzekri

Introduction :

Le Parvovirus B19, identifié en 1974, est le seul virus de la famille des *Parvoviridae* présentant une pathogénicité chez l'homme. Il se transmet facilement et ses manifestations cliniques varient selon l'âge, l'état immunologique et l'état hématologique du patient.

Observation clinique :

Patiente de 54 ans, ayant des antécédents de chirurgie urologique suite à un traumatisme en 2020 et un tabagisme actif. Présente depuis 10 jours une fièvre associée à des polyarthralgies et des lésions érythémato-papuleuses, initialement localisées aux membres supérieurs et inférieurs, puis s'étendant au dos, au tronc, à l'abdomen, aux plantes des pieds et aux paumes des mains.
L'examen clinique trouve un patient stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, fébrile à 38,5 °C.
Sur le plan dermatologique il présente un exanthème maculo-papuleux érythémateux au niveau de l'abdomen, dos, membres supérieurs et inférieurs. Au niveau de la face interne de la lèvre inférieure, on note la présence de plusieurs ulcérations arrondies à ovalaires, de petite taille, à contours réguliers. Leur fond est jaunâtre fibrineux, bordé d'un halo érythémateux inflammatoire sans autres signes associés.
Sur le plan biologique, une anémie normochrome normocytaire, une lymphopénie, un syndrome inflammatoire et une cytolyse hépatique. Sérologies négatives pour l'hépatite B, l'hépatite C, le virus Epstein-Barr, la syphilis, l'herpès 1 et 2, et le VIH et une Sérologie positive pour le Parvovirus B19 avec IgM positives et IgG négatives. Le reste du bilan infectieux était négatif.

Discussion :
L'infection par le virus B19 survient surtout à la fin de l'hiver et au début du printemps, avec des épidémies atteignant un pic tous les 3 à 4 ans. La transmission se fait généralement par voie respiratoire, via les produits sanguins dérivés, et par transmission verticale de la mère au fœtus.
Le virus cible notamment les cellules endothéliales et les érythrocytes, son tropisme pour ces derniers est médié par le récepteur membranaire P, dont l'activation entraîne une lyse cellulaire.
Chez l'enfant sain et immunocompétent, le B19 est responsable de l'érythème infectieux (*mégalérythème épidémique*), une affection bénigne. Chez l'adulte, il peut s'associer à une polyarthropathie symétrique, à d'autres manifestations cutanées telles que le syndrome papulo-purpurique en gants et en chaussettes, des éruptions vésiculo-pustuleuses, des vascularites, un syndrome lupique, un érythème noueux, une sclérodermie ou un pityriasis lichénoïde. Il peut également entraîner des atteintes systémiques : anémie aplasique chez les immunodéprimés, encéphalite, glomérulonéphrite…
La séroconversion associée aux manifestations cutanées constitue la meilleure preuve diagnostique : les IgM disparaissent en 2 à 4 semaines, alors que les IgG persistent des années, voire à vie. En cas de mégalérythème épidémique, la virémie est brève et prend fin avec l'apparition des lésions cutanées, rendant la recherche de l'ADN viral peu contributive. L'immunohistochimie des antigènes dans les tissus infectés est une technique diagnostique courante et élégante, tout comme l'hybridation *in situ*.
Chez les sujets sains, les manifestations dermatologiques ne justifient que rarement un traitement. En revanche, chez les patients immunodéprimés ou présentant une atteinte de la lignée érythrocytaire, des transfusions sanguines et/ou des perfusions intraveineuses d'immunoglobulines sont souvent nécessaires.

Conclusion : Les manifestations cliniques de l'infection primaire par le PVB19 sont polymorphes, associant des signes généraux, articulaires et cutanés, et plus rarement des complications neurologiques, hépatiques, rénales ou cardiaques. De plus, le risque de cytopénies, d'hypocomplémentémie ou la présence d'auto-anticorps doivent faire envisager ce virus dans le diagnostic différentiel des maladies systémiques établies.

Réémergence de la rougeole à la région Souss Massa en 2023 : Étude épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutive.

Résumé :

La rougeole est une maladie virale hautement contagieuse, constitue toujours un problème de santé publique dans plusieurs régions du monde, malgré l'existence d'un vaccin sûr et efficace. En 2023, une recrudescence notable des cas a été observée dans la région de Souss-Massa, soulevant des interrogations sur les facteurs épidémiologiques, cliniques et les déterminants de cette épidémie.

Objectifs : Cette étude avait pour objectif de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques et évolutives des cas de rougeole recensés lors de l'épidémie de 2023 à Souss-Massa, et d'identifier les facteurs associés à la survenue de complications.

Population et méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive et analytique rétrospective, réalisée sur une période de 1 an, allant du 01 septembre 2023 au 31Août 2024, au sein des services de pédiatrie et du pavillon 13 dédié à l'isolement des patients atteints par la rougeole. Les cas inclus étaient des enfants âgés de moins de 15 ans pris en charge pour une rougeole. Les données ont été collectées à partir des dossiers médicaux des puis analysées à l'aide du logiciel Excel.

Résultats : L'étude a porté sur un total de 85 patients, dont la majorité étaient des nourrissons de moins de 9 mois. La fièvre (97,6 %), l'éruption maculopapuleuse (95 %), la toux (40 %) et la conjonctivite (38 %) étaient les manifestations cliniques les plus fréquentes. Les complications respiratoires représentaient la principale cause d'hospitalisation. La majorité des patients non vaccinés présentaient des formes plus graves ($p < 0,05$). La couverture vaccinale était insuffisante dans plusieurs zones rurales. L'analyse multivariée a mis en évidence une association significative entre l'absence de vaccination, le jeune âge, le sexe masculin et le risque accru de complications.

Conclusion : Cette étude met en lumière l'impact préoccupant de la baisse de la couverture vaccinale dans la région de Souss-Massa, illustrée par la survenue d'une épidémie évitable. Les résultats soulignent la nécessité de renforcer les programmes de vaccination, d'améliorer la surveillance épidémiologique, et d'organiser des campagnes ciblées d'information et de rattrapage vaccinal, en particulier dans les zones à risque. Une réponse coordonnée et multisectorielle s'impose pour prévenir de futures flambées et tendre vers l'élimination de la rougeole.

DERMATOSES INFLAMMATOIRES

Fourteen years of misdiagnosed “fungal intertrigo”: perianal lichen sclerosus unveiled by dermoscopy

B.El Idrissi, S.Chhiti, N.Kayouh, M.Chaouche, R.Chakiri Department of dermatology and venereology, Souss-Massa University Hospital, Agadir

Introduction and objectives Lichen sclerosus (LS) is a chronic inflammatory dermatosis that predominantly involves anogenital skin in women. It is frequently mistaken for recurrent candidiasis when localized in intertriginous areas, leading to significant diagnostic delay. Early recognition and appropriate treatment are essential to prevent scarring and malignant transformation. We present a perianal LS in an elderly woman mismanaged as “candidal intertrigo” for 14 years, highlighting dermoscopic clues that supported the diagnosis and discussing evidence-based management and follow-up.

Case report

An 84-year-old woman without significant comorbidities presented with a severely pruritic perianal plaque evolving over 14 years. She had received repeated empirical treatments with topical antifungals and barrier creams, and a two-month course of topical betamethasone, with no sustained benefit. Examination showed a sharply demarcated, erythematous perianal plaque with fine white scale and no vulvar involvement. Dermoscopy displayed white structureless areas on an erythematous background with sparse linear to arborizing vessels. Oral examination revealed bilateral reticular white plaques on the buccal mucosa without erosions. The principal differentials were lichen sclerosus, lichen planus, inverse psoriasis, extramammary Paget disease, Hailey–Hailey disease, and Bowen disease.

Results

Given the chronicity, location, and clinicodermoscopic correlation, a punch biopsy was performed. Histopathology showed mild acanthosis with hypergranulosis and orthokeratotic hyperkeratosis; a homogenized, sclerohyalinized subepidermal band bordered by a superficial lymphocytic infiltrate; and dermal melanophages, consistent with lichen sclerosus. Treatment with clobetasol propionate 0.05% ointment once daily was initiated and tapered to maintenance, together with emollients, a short intermittent topical antifungal, and an oral antihistamine for pruritus. On follow-up, photographs documented a clear reduction in erythema and scale with symptomatic improvement, no new anogenital sites, and no clinical features suggestive of neoplasia.

Discussion

LS commonly involves vulvar and perianal skin in postmenopausal women and is often mistaken for recurrent candidal intertrigo, delaying effective care and increasing scarring risk. First line therapy is a very potent topical corticosteroid, typically clobetasol propionate 0.05%, with an induction phase followed by maintenance. Guidelines emphasize prompt recognition and treatment; biopsy is recommended for diagnostic uncertainty, poor response, or any focus suspicious for neoplasia. Dermoscopy provides supportive clues : white structureless areas, comedo like openings, sparse linear or dotted vessels, and peppering, help distinguishing LS from psoriasis, candidal intertrigo, and Paget disease when clinical and dermoscopic findings align. Because anogenital LS carries a small but real risk of squamous cell carcinoma, sustained surveillance and biopsy of persistent erythematous, hyperkeratotic, or ulcerated areas are essential.

Conclusion

Perianal LS can be missed for years when labelled as recurrent candidal intertrigo; clinicodermoscopic assessment with timely biopsy secures the diagnosis. Guideline-based clobetasol therapy, patient education, and structured long-term surveillance are essential to relieve symptoms, limit scarring, and enable early detection of malignant change.

De la tête aux pieds : itinéraire d'un lichen étendu

Introduction

Le lichen plan est une dermatose inflammatoire chronique à expression polymorphe, pouvant atteindre la peau, les phanères et les muqueuses.
La survenue simultanée de plusieurs formes cliniques chez un même patient est exceptionnelle et représente un défi diagnostique et thérapeutique.

Observation

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 60 ans, suivie depuis plusieurs années pour un lichen plan cutané hypertrophique, se manifestant par des plaques violacées, verruqueuses et prurigineuses siégeant aux jambes. Elle avait été traitée par corticothérapie locale mais avait été perdue de vue pendant trois ans.
À sa réévaluation, la patiente présentait de nouvelles lésions érosives plantaires. L'examen clinique et dermoscopique a permis de mettre en évidence : une Atteinte pilaire : zones d'alopécie cicatricielle du cuir chevelu, avec en dermoscopie une pigmentation péri-pilaire, des squames périphériques et des gaines coulissantes, compatibles avec un lichen plan pilaire ,une Atteinte muqueuse : stries blanchâtres réticulées à la muqueuse jugale, évocatrices d'un lichen buccal une Atteinte unguéale : destruction des ongles des orteils, compliquée d'un pterygium dorsal, une Atteinte plantaire érosive : larges érosions douloureuses des talons ; la dermoscopie révélait un fond rouge-orangé avec des vaisseaux polymorphes, des squames blanchâtres, des stries de Wickham et, par endroits, un motif arc-en-ciel.L'ensemble de ces atteintes témoigne d'un lichen plan étendu, touchant la patiente de la tête aux pieds.
La biopsie cutanée confirmait la nature lichénoïde des lésions.
L'évolution a été favorable sous corticothérapie systémique et topique, avec recours complémentaire à la photobiomodulation par LED pour une meilleure prise en charge de la douleur plantaire.

Discussion

Ce cas illustre un lichen plan étendu multisite, associant simultanément presque toutes les variantes cliniques décrites : cutanée hypertrophique, muqueuse buccale, pilaire, unguéale et plantaire érosive. Une telle présentation est exceptionnelle et souligne l'extrême hétérogénéité de cette dermatose inflammatoire chronique.
Des cas similaires ont été rapportés dans la littérature : quelques observations isolées, notamment par Vázquez-López et al., décrivent une atteinte concomitante cutanée, muqueuse, pilaire et unguéale, confirmant que la coexistence de multiples phénotypes est rare mais possible. Assouly et Reygagne ont également rapporté des séries de lichen pilaire fréquemment associés à des atteintes muqueuses, suggérant l'existence d'un terrain particulier favorisant les formes combinées. Tosti et al. ont décrit les séquelles unguéales sévères, avec pterygium dorsal, comme une complication classique des formes étendues et agressives. Enfin, les séries de Mahajan et Errichetti insistent sur la gravité fonctionnelle des formes érosives palmoplantaires et sur leur potentiel évolutif vers une transformation maligne.
Ces données confirment que le lichen plan n'est pas une entité uniforme mais qu'il peut revêtir un spectre clinique polymorphe et imprévisible. Cela justifie la réalisation d'un examen complet et systématique des différentes localisations chez chaque patient (peau, muqueuses, ongles, cuir chevelu, plantes).
La dermoscopie s'impose comme un outil diagnostique complémentaire majeur, permettant d'objectiver des critères spécifiques selon chaque variante : stries de Wickham dans le lichen cutané ou muqueux, pigmentation et squames péri-pilaires dans le lichen pilaire, zones blanchâtres brillantes et vascularisation polymorphe dans les formes érosives. Elle renforce non seulement la pertinence du diagnostic mais aussi le suivi évolutif et la détection précoce de complications, notamment carcinomateuses

Conclusion

Le lichen plan peut exceptionnellement se présenter sous des formes cliniques multiples et étendues chez un même patient. La reconnaissance de cette hétérogénéité est essentielle pour adapter la prise en charge, assurer une surveillance rapprochée et prévenir les complications, notamment fonctionnelles et néoplasiques. La dermoscopie, en apportant des critères distinctifs pour chaque variante, constitue un allié indispensable pour le diagnostic et le suivi de cette pathologie.

Lichen pigmentogène inversé des plis : une entité diagnostique rare à connaître

Y.Mahdar, F.Hali, S.Chiheb
Service de Dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction

Le lichen pigmentogène inversé est une entité rare, caractérisée par des lésions pigmentées chroniques prédominant dans les zones de plis. Il s'intègre dans le spectre des lichen plan pigmentogènes, mais se distingue par sa topographie inhabituelle, souvent dépourvue des signes muqueux classiques.
Son diagnostic peut s'avérer délicat, d'où l'intérêt de le connaître pour éviter un retard de prise en charge.

Observation :

Cas 1

Patiente de 60 ans, mariée, multipare et ménopausée, consultant pour un prurit vulvaire évoluant depuis deux ans, sans leucorrhées ni signes urinaires associés. L'examen clinique met en évidence des maculo-papules hyperpigmentées au niveau vulvaire, des plis inguinaux, ainsi qu'en régions axillaires et sous-mammaires. Il n'y a pas d'atteinte périnéale ni buccale. Par ailleurs, des plaques alopéciques du cuir chevelu sont retrouvées.
L'étude histologique d'une biopsie cutanée conclut à un lichen pigmentogène inverse. La biopsie du cuir chevelu évoque une pseudo-pelade de Brocq. Un traitement initial par dermocorticoïdes s'est révélé inefficace, alors qu'une nette amélioration a été observée sous inhibiteurs de la calcineurine.

Cas 2

Patiente de 50 ans, sans antécédents notables, présentant depuis 18 mois des lésions pigmentées prurigineuses des plis sous-mammaires, inter fessiers, du dos et du visage, ainsi qu'un réseau lichénien buccal. Le diagnostic de lichen pigmentogène inversé a été retenu sur la base des données cliniques et histologiques. L'évolution a été favorable sous dermocorticoïdes topiques.

Discussion

Ces deux cas illustrent la variabilité clinique du lichen pigmentogène inversé, avec une prédilection pour les plis et une atteinte parfois muqueuse ou pilaire associée. L'aspect pigmenté et le siège atypique peuvent prêter à confusion avec d'autres dermatoses comme l'érythrasma, la dermatite atopique ou les dermatoses lichénoïdes. L'histologie reste déterminante. Les inhibiteurs de la calcineurine constituent une alternative thérapeutique intéressante en cas de résistance aux corticoïdes topiques.

Conclusion

Le lichen pigmentogène inversé est une entité rare, dont le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques et histopathologiques. Son identification précoce permet d'instaurer un traitement adapté, améliorant la qualité de vie des patients.

Lichen plan à disposition blaschko-linéaire : Forme unilatérale rare chez l'adulte

G. Gmira[1]; M. Soughi[1]; A. Zaim[1]; Z. Douhi[1]; S. Elloudi[1]; H. Bay Bay[1]; FZ. Mernissi[1] [1]Dermatologie, CHU de Fès, Fes, Maroc

Introduction

Le lichen plan présente de nombreuses variantes cliniques basées sur la morphologie, le site et la configuration de la lésion. Bien que les cas de lichen plan ne soient pas rares, la répartition des lésions le long des lignes de Blaschko sontune entité rare, représentant seulement 0,24 à 0,62 % de tous les patients atteints de lichen plan.Le diagnostic repose sur la clinique la dermoscopie et la confirmation histologique. L'un des traits caractéristiques du lichen plan Blashko linéaire est sa distribution caractérisée par une éruption qui suit les lignes de Blaschko mais ne se limite pas à un seul dermatome.

Observations

Un patient de 60 ans, sans antécédents pathologiques notables consultait pour des lésions prurigineuses diffuses au niveau du corps évoluant depuis 6 mois. L'examen clinique retrouvait de multiples papules violacées confluentes et disposées en bandes linéaires au niveau intercostal droit, sus-pubien et au niveau de la face antérieure du bras droit et de la cuisse droite. La distribution des lésion n'était pas limitée à un seul dermatome, mais suivait les lignes de Blaschko alors qu'aucune koebnérisation n'était présente et qu'il n'y avait aucune atteinte du cuir chevelu, des ongles de la muqueuse buccale ou génitale.La dermoscopie montrait une couleur violacée et des stries de Wickham et on retrouvait aussi un patron granulaire annulaire dans les lésions les plus anciennes. Le diagnostic de lichen
était évoqué et on avait évoqué également un mosaïsme sauf que l'âge l'évolution étaient contre et les lésions étaient infiltrées.

Afin de confirmer le diagnostic, une biopsie a été réalisée pour un examen histopathologique rapportant la présence d'un épiderme légèrement acanthosique avec épaississement de la couche granuleuse et surmonté d'une hyperkératose orthokératosique.Les cellules de la basale sont d'aspect vacuolisées avec présence de corps apoptotiques. Le derme papillaire était siège d'un infiltrat mononuclée dense a disposition péri-annexielles et périvasculaire. Une corrélation clinicopathologique a été utilisée pour établir le diagnostic final de lichen plan Blashko linéaire. Le patient était mis sous dermocorticoïdes très forte dose et présentait une bonne évolution après 3 mois de traitement.

Discussion

Le lichen plan est une dermatose inflammatoire chronique décrite par Kaposi en 1892, touchant la peau, les muqueuses, les ongles et les follicules. Il se manifeste cliniquement par les « 5 P » : papules prurigineuses, planes, polygonales, pourpres.

L'histologie montre une hypergranulose cunéiforme, des crêtes en dents de scie et un infiltrat lymphocytaire en bande à la jonction dermo-épidermique. La forme blaschko-linéaire, rare (0,24 à 0,62 % des cas), suit les lignes de
Blaschko et se présente souvent de façon unilatérale, touchant principalement les membres et le tronc. Dans notre cas, les lésions s'étendaient du membre supérieur au membre inférieur droit. Le traitement repose sur les dermocorticoïdes, les injections de triamcinolone, les rétinoïdes topiques ou systémiques, et les corticoïdes généraux en cas étendu.

Conclusion

Le lichen plan blaschko-linéaire unilatéral est une forme clinique rare. Il doit être distingué d'autres dermatoses linéaires comme le psoriasis linéaire, le lichen striatus ou les nævus inflammatoires. Le diagnostic est confirmé par l'histologie, identique à celle du LP classique.

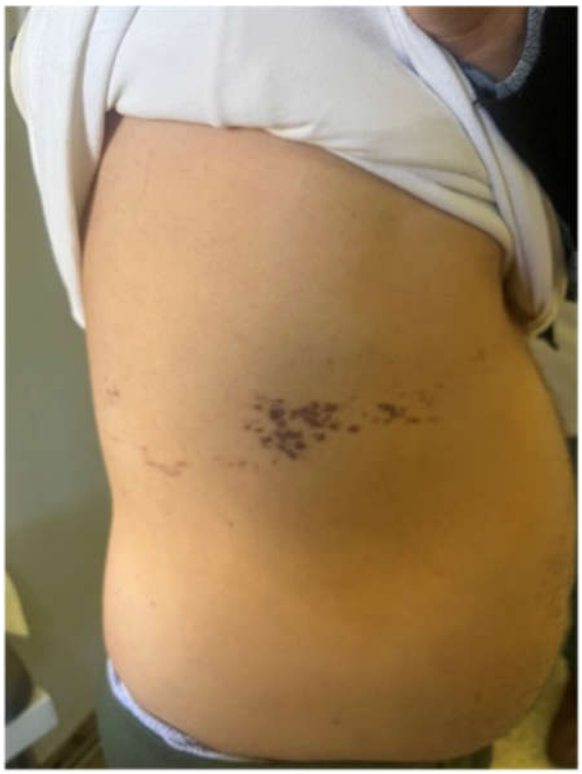

Photo 1:Disposition intercostale unilatérale

Photo 2:Distribution Blaschko linéaire au niveau de la cuisse des lésions

Photo 3:Disposition sus pubienne des lésions

Photo 4: Image dermoscopique révélant un aspect granulaire annulaire

Un cas de lichen scléreux extragénital mimant un intertrigo mycosique

F. Maatallaoui ; M. El Amraoui ; H. Ammari ; S El mellouki, T. Hanafi ; J. El Azhari ; Z. Youssef ; R. Frikh ; N. Hjira

Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc.

Introduction :Décrit par Hallopeau en 1887, le lichen scléreux (ou scléro-atrophique) est une dermatose inflammatoire chronique et fibrosante, de prédominance féminine. Il siège le plus souvent au niveau de la région ano-génitale, où il se manifeste par une inflammation du derme papillaire. Les formes extragénitales, beaucoup plus rares, ne représentent qu'environ 2,5 % des cas. Bien que peu fréquentes, ces localisations atypiques peuvent présenter des aspects cliniques trompeurs, entraînant un retard au diagnostic.

Nous rapportons un cas de lichen scléreux extragénital simulant un intertrigo mycosique

Observation : Un patient âgé de 68 ans, suivi pour un diabète de type 2 mal équilibré, une hypertension artérielle et une hypertrophie bénigne de la prostate sous traitement, consulte pour des lésions inguinales chroniques, prurigineuses et macérées, évoluant depuis environ un an. Le diagnostic initial d'intertrigo mycosique a été retenu en raison de la localisation typique des lésions, d'un terrain prédisposant (diabète, autres foyers de mycose : atteinte unguéale et intertrigo inter-orteils), ainsi que d'un prélèvement mycologique revenu positif à Trichophyton rubrum.
L'examen clinique a révélé deux plaques inguinales bilatérales, bien limitées, érythémato-blanchâtres, atrophiques, fissuraires et intensément prurigineuses.
Le patient a été traité par terbinafine per os (250 mg/jour) pendant six mois, associée à un traitement antifongique local, sans amélioration clinique.
Devant l'aggravation des lésions et l'échec thérapeutique, une biopsie cutanée a été réalisée, concluant à un lichen scléreux extragénital. Un traitement par dermocorticoïdes de classe forte, avec dégressivité sur un mois, a permis une amélioration clinique notable.

Discussion : Les dermatologues sont très familiers avec la présentation classique du lichen scléreux, caractérisée par des plaques blanches atrophiques entourées d'un liseré érythémateux, souvent disposées en "figure en huit" autour des orifices génitaux et anaux.
En revanche, les formes extragénitales sont plus rares et présentent souvent un tableau clinique atypique, touchant principalement le tronc, les racines des membres et les plis cutanés. Le prurit est variable. Certaines variantes cliniques, telles que les formes blaschkolinéaires ou bulleuses, ont été décrites, ce qui complique davantage le diagnostic.

Le cas présenté illustre bien les pièges diagnostiques que peut poser le lichen scléreux extragénital, notamment chez un patient âgé diabétique, avec un tableau clinique évoquant un intertrigo mycosique. L'absence de réponse au traitement antifongique doit conduire à envisager d'autres diagnostics. La **biopsie** reste l'élément clé pour établir un diagnostic précis.

Le traitement du LSA extragénital est mal codifié et repose sur plusieurs options thérapeutiques : dermocorticoïdes de classe très forte, antipaludéens de synthèse, inhibiteurs de la calcineurine , rétinoïdes, ainsi que le calcipotriol et la photothérapie UVB, qui ont montré une efficacité satisfaisante dans certains cas

Conclusion : Le lichen scléreux extragénital est une forme rare et souvent sous-estimée de la maladie. Il doit être évoqué devant toute lésion cutanée chronique, atypique ou résistante aux traitements habituels. Un diagnostic et une prise en charge précoces sont essentiels pour prévenir les complications et améliorer la qualité de vie des patients.

Urticaire chronique révélant une infection à *Helicobacter pylori* : A ne pas négliger ?

A.Cheab, F.Hali, S.Chiheb
Service de dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction

L'urticaire chronique (UC) est une dermatose inflammatoire fréquente, représentant 1 à 2 % des consultations dermatologiques. Elle se manifeste par des lésions urticariennes superficielles et/ou un angioedème durant plus de six semaines. Bien que courante, elle constitue une affection invalidante avec un impact important sur la qualité de vie. Le diagnostic est clinique et le traitement repose sur les antihistaminiques de deuxième génération. Son étiologie reste indéterminée dans la majorité des cas, rendant sa prise en charge parfois difficile. Parmi les causes évoquées, l'infection à *Helicobacter pylori* pourrait jouer un rôle déclenchant. Nous rapportons un cas de rémission complète après traitement de cette infection

Observation

Il s'agit d'une patiente de 54 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, consultant pour des plaques érythémateuses œdémateuses et prurigineuses évoluant depuis trois ans. L'examen clinique retrouvait des plaques érythémateuses œdémateuses de tailles variables diffuses, au niveau du tronc ,des deux membres supérieurs et inférieurs associées à un dermographisme clinique positif.Les examens biologiques notamment la numération formule sanguine , le bilans rénal, hépatique et thyroïdien, ainsi que le bilan immunologique étaient normaux. Les sérologies étaient négatives, en dehors de la sérologie H. pylori, qui s'est révélée positive.La patiente a été mise sous double antihistaminique et adressée à un gastro-entérologue pour prise en charge de l'infection à H. pylori. L'évolution sous traitement a été favorable, avec une rémission clinique complète des poussées urticariennes après éradication bactérienne.

Discussion

Helicobacter pylori est une bactérie fréquemment impliquée dans l'ulcère gastroduodénal, mais son rôle dans les manifestations extra-digestives, notamment dermatologiques, suscite un intérêt croissant. Plusieurs études ont suggéré une association entre l'infection à H. pylori et l'urticaire chronique, rapportant une prévalence élevée de l'infection chez les patients atteints d'urticaire chronique ainsi qu'un taux significatif de rémission après traitement de l'infection.Dans le cas rapporté, la patiente a présenté une rémission complète des poussées après éradication de H. pylori, renforçant l'hypothèse d'un lien potentiel entre cette infection et l'urticaire chronique.

Conclusion

L'association entre l'urticaire chronique et l'infection à Helicobacter pylori reste un sujet de débat. Bien que certaines études et observations cliniques suggèrent une amélioration des symptômes après traitement de l'infection, un lien de causalité direct n'est pas encore formellement établi. Une approche individualisée doit être privilégiée, en intégrant le contexte clinique et les facteurs de risque propres à chaque patient.

Urticaire chronique spontanée : intérêt des D-dimères et de la CRP comme biomarqueurs de l'activité et de la réponse thérapeutique

F. Maatallaoui ; M. El Amraoui ; H. Ammari ; S El mellouki, T. Hanafi ; J. El Azhari ; Z. Youssef ; R. Frikh ; N. Hjira
Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc.

Introduction : L'urticaire chronique spontanée (UCS) est une affection hétérogène caractérisée par l'apparition récurrente de papules prurigineuses et/ou d'angio-œdèmes durant plus de six semaines . Elle impacte significativement la qualité de vie des patients et représente un défi thérapeutique majeur. Les progrès récents dans la compréhension des mécanismes physiopathologiques ont permis d'envisager l'utilisation de biomarqueurs prédictifs pour adapter le traitement à chaque profil individuel.

Notre observation illustre l'intérêt de la CRP et des D-dimères en tant que biomarqueurs prometteurs pour suivre l'activité inflammatoire et prédire la réponse thérapeutique dans l'urticaire chronique spontanée (UCS).

Observation : Il s'agit d'une patiente de 36 ans suivie pour urticaire chronique spontanée. Initialement traitée par antihistaminiques de seconde génération à dose quadruple pendant plusieurs semaines, sans amélioration significative. La corticothérapie orale a permis une régression complète des symptômes, mais s'est compliquée d'une insuffisance surrénalienne secondaire à un usage anarchique par la patiente

Admise en mars 2025 dans notre service pour persistance des symptômes malgré un traitement antihistaminique à forte dose avec UCT=0 et UAS7=28, traduisant une maladie active non contrôlée. Sur le plan des antécédents, elle ne présentait ni pathologie allergique connue, ni allergie médicamenteuse ou alimentaire, ni antécédent familial d'urticaire chronique ou de maladie allergique. Aucun facteur environnemental ou professionnel déclenchant n'était identifié. Le bilan biologique révélait une immunoglobuline E totale basse (23 UI/mL), mais des taux élevés de protéine C-réactive (CRP : 20 mg/L) et de D-dimères (1200 ng/mL). Les anticorps anti-thyroperoxydase, anti-thyroglobuline, ainsi que les IgE spécifiques aux aéroallergènes et aliments étaient négatifs. Le bilan immunologique étendu excluait une cause auto-immune ou immunodéficitaire.

La patiente a été mise sous ciclosporine 100 mg/jour, avec un bilan préthérapeutique normal et une tension artérielle stable. L'évolution a été favorable avec un contrôle de la maladie après un mois (UAS7=0, UCT=12).et normalisation des marqueurs biologiques. Deux mois plus tard, une rechute survient suite à l'arrêt du traitement en raison de son indisponibilité, avec augmentation des scores (UAS7=32, UCT=0) et hausse marquée des D-dimères (3200 ng/mL) et CRP (57 mg/L).

Face à l'échec des traitements standards et à l'absence d'accès à la ciclosporine et à l'omalizumab, un traitement par méthotrexate a été instauré, avec une réponse favorable après trois semaines (UAS7=6, UCT=6)

Discussion : La CRP et les D-dimères semblent être des biomarqueurs utiles pour évaluer la sévérité de **de l'urticaire chronique spontanée (UCS)** à anticiper la résistance aux traitements classiques, et à adapter les stratégies thérapeutiques.

Des études récentes ont mis en évidence qu'en réponse à l'activation des cellules endothéliales, des facteurs tissulaires sont libérés, déclenchant l'activation de la cascade de coagulation extrinsèque et de la fibrinolyse secondaire. La thrombine, produite au cours de ce processus, contribue à l'augmentation de la perméabilité vasculaire et à la dégranulation des mastocytes, renforçant ainsi l'inflammation cutanée.Les taux circulants du fragment 1+2 de la prothrombine et plus précisément ceux des D-dimères ont montré une corrélation significative avec l'activité de la maladie, aussi bien dans l'UCS que dans l'urticaire aiguë, ce qui soutient leur rôle potentiel en tant que marqueurs de sévérité. Ils ont également été proposés comme indicateurs de résistance aux antihistaminiques, de réponse au traitement par omalizumab, et comme outil de suivi de l'efficacité de la ciclosporine. Toutefois, des résultats contradictoires existent, notamment concernant la corrélation avec la réponse à l'omalizumab (Marzano et al)

Parallèlement, la CRP a également été suggérée comme biomarqueur pertinent de l'activité de l'UCS et de la réponse thérapeutique. Des taux élevés sont souvent retrouvés chez les patients ayant un test autologue intradermique (ASST) positif, avec une bonne corrélation avec la sévérité de la maladie. Des taux élevés de CRP pourraient ainsi prédire une réponse insuffisante aux antihistaminiques mais favorable à la ciclosporine. Toutefois, il est important de noter que les

niveaux de CRP dans l'UCS demeurent généralement inférieurs à ceux observés dans d'autres pathologies inflammatoires ou auto-immunes.

Conclusion : Enfin, bien que la CRP et D-dimères soient des indicateurs intéressants, leur spécificité pour l'UCS n'est pas encore démontrée, étant donné que ces marqueurs peuvent également s'élever dans des comorbidités fréquentes chez ces patients, telles que infections chroniques ou maladies auto-immunes.

Performance diagnostique de la fluorescence verte en dermoscopie UV dans le psoriasis pustuleux : étude cas-témoins

A. Zaim[1], S. Elloudi[1], H. Lammini[1], S. Laraqui Houssaini[2], I. El Harach[2], Z. Douhi[1], M. Soughi[1], H. BayBay[1], FZ. Mernissi[1]

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

[2]Laboratoire d'Épidémiologie, Recherche Clinique et Santé Communautaire, Faculté de Médecine, de Pharmacie et de Médecine Dentaire, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Fès, Maroc

Introduction :

Le psoriasis pustuleux (PP) est une dermatose autoinflammatoire neutrophilique rare. Sa forme généralisée (PPG) constitue un défi diagnostique majeur, en raison de son chevauchement clinique et histologique avec d'autres pustuloses aseptiques, notamment la pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG). La dermoscopie UV, technique émergente, révèle une fluorescence rose-rouge dans le psoriasis en plaques, mais les données concernant les formes pustuleuses sont quasi inexistantes. Une seule observation de fluorescence verte dans le PP a été rapportée de manière très succincte. Cette étude vise à évaluer la performance diagnostique de la dermoscopie UV dans le PP et son intérêt comme outil non invasif de distinction avec les autres éruptions pustuleuses.

Matériels et méthodes :

Étude cas-témoins, prospective, descriptive et analytique, incluant 30 patients. Le groupe 1 (n = 15) comprenait des cas de PP confirmés histologiquement, dont 11 PPG. Le groupe 2 (n = 15) regroupait d'autres pustuloses généralisées confirmées : PEAG, syndrome de DRESS, maladie de Sneddon Wilkinson, pustulose amicrobienne des plis, folliculites infectieuses, éruptions acnéiformes médicamenteuses et pyodermite-pyostomatite végétante. Les patients sous traitements topiques pouvant interférer avec l'imagerie UV ont été exclus. Les paramètres étudiés incluaient la présence, l'intensité et la distribution de la fluorescence verte au sein des lésions pustuleuses, ainsi que la sensibilité et la spécificité de ce signe pour le diagnostic du PP.

Résultats :

Résultats Une fluorescence verte a été observée chez 14/30 patients (46,7 %) : 13/15 (92,9 %) dans le groupe PP et 1/15 (6,7 %) dans le groupe contrôle (syndrome de DRESS, fluorescence faible). Dans le PP, l'intensité de la fluorescence était élevée dans 38,5 %, modérée dans 46,1 %, faible dans 15,4 %. Une distribution diffuse était notée dans 84,6 %, avec fluorescence de plusieurs pustules dans un même champ dermoscopique chez 69,2 %. La sensibilité et la spécificité de cette fluorescence verte pour le diagnostic du PP étaient respectivement de 86,7 % et 93,3 %. Aucune corrélation n'a été retrouvée entre l'intensité de la fluorescence et la sévérité clinique. Deux patients avec psoriasis en plaques associé présentaient une fluorescence périphérique rose-rouge. L'histologie des pustules fluorescentes retrouvait systématiquement des pustules sous-cornées, multiloculaires, spongiformes, avec un infiltrat neutrophilique dense.

Discussion :

Cette étude est la première à étudier la fluorescence verte en dermoscopie UV comme marqueur diagnostique du PP. Les performances diagnostiques élevées observées suggèrent que cette méthode, non invasive et rapide, pourrait constituer un outil complémentaire pertinent, notamment en contexte d'urgence ou de doute clinique. Elle permettrait ainsi de limiter le recours systématique à la biopsie et de faciliter une orientation thérapeutique précoce. Les constantes histologiques observées renforcent l'hypothèse d'un lien entre la fluorescence verte et une composante biologique ou structurale propre aux pustules psoriasiques, bien que l'origine exacte de cette fluorescence demeure inconnue.

Conclusion :

La fluorescence verte en dermoscopie UV apparaît comme un marqueur diagnostique prometteur du PP. Son intégration en pratique clinique pourrait favoriser un diagnostic plus rapide, réduire le recours aux biopsies et améliorer la prise en charge précoce des patients.

L’éfficacité des cyclines dans le traitement de la papillomatose réticulée de gougerot et carteaud

I.Kial,F.afryad, 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 :

La papillomatose confluente et réticulée de Gougerot et Carteaud (PCRGC) est une dermatose rare d’étiologie inconnue. C’est une pathologie très souvent confondue à une forme pigmentée de pityriasis versicolor.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente de 26 ans, sans antécédents particuliers, chez qui l'examen clinique a objectivé des papules légèrement kératosiques évoluant depuis 1 an, de couleur brun jaunâtre, de taille variable, intéressant le cou, le décolleté, les régions intermammaire, et le dos. La biopsie cutanée a confirmé le diagnostic objectivant une acanthose, papillomatose et légère pigmentation de la membrane basale.Un traitement à base de cyclines a été instauré à la posologie de 100mg par jour pendant 3 mois. L’évolution a été marquée par une amélioration spectaculaire avec disparition totale de toutes les lésions cutanées.

Discussion :

La papillomatose confluente réticulée est une dermatose rare du sujet jeune, souvent non ou mal diagnostiquée, asymptomatique, d’étiopathogénie inconnue, caractérisée par la présence de papules hyperkératosiques de couleur brunâtre, de petite taille. Les lésions débutent et confluent dans les régions intermammaire et interscapulaire, puis évoluent de façon centrifuge vers d’autres sites anatomiques où elles prennent un aspect réticulé. L’histologie cutanée montre une hyperkératose, une papillomatose, une acanthose modérée, un discret infiltrat dermique superficiel périvasculaire lymphohistiocytaire, ainsi qu’une discrète hyperpigmentation de la couche basale. Les colorations PAS et Rouge Congo sont systématiques de même que le prélèvement mycologique. Les principaux diagnostics différentiels sont le pityriasis versicolor, l’acanthosis nigricans, la maladie de Darier, l’amylose maculeuse et pigmentée et la dermite séborrhéique. Les traitements proposés sont multiples dont le chef de fil est représenté par les cyclines.

« Chronic Urticaria and SSRIs: An Unexpected Trigger Revealing Autoimmune Thyroiditis »

I.Lahmouch, N.Ammar, S.Hamada, M.Meziane, L.Benzekri, N .Ismaili Dermatology and Venerology Department, CHU Ibn Sina, Rabat, Morocco

Introduction & Objectives:

Chronic urticaria is a common dermatological condition that can be associated with underlying autoimmune diseases, particularly autoimmune thyroiditis. In genetically predisposed patients, various environmental or pharmacological factors may act as triggers of its clinical expression. Among them, selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), although widely prescribed and generally well tolerated, have rarely been implicated. We report here the case of a patient with chronic urticaria secondary to autoimmune thyroiditis, in whom SSRI exposure acted as a triggering factor. The objective of this case report is to emphasize the role of drug exposure as a potential precipitating factor in autoimmune urticaria, and to highlight the diagnostic and therapeutic challenges at the intersection of dermatology, psychiatry, and endocrinology.

Case report:

A 60-year-old woman with no prior medical history, was hospitalized for a major depressive episode. Three days after initiating fluoxetine, lamotrigine, and diazepam, she developed erythematous, pruritic, and evanescent papules affecting the face, trunk, and limbs, without mucosal or systemic involvement. Drug-induced urticaria or early DRESS was suspected, leading to discontinuation of the medications and reporting to pharmacovigilance. The eruption improved, but reappeared with subsequent introduction of sertraline and later venlafaxine. The National Pharmacovigilance Center concluded a probable hypersensitivity to SSRIs, ruling out lamotrigine.

Despite SSRI withdrawal, urticarial lesions persisted, prompting evaluation for chronic urticaria. Laboratory work revealed elevated anti-TPO and anti-TG antibodies, and thyroid ultrasound confirmed autoimmune thyroiditis. A diagnosis of chronic urticaria secondary to autoimmune thyroiditis was established, with SSRIs likely acting as a triggering factor.

Treatment of the thyroid disorder with levothyroxine resulted in progressive resolution of urticaria as well as significant improvement in depressive symptoms, highlighting the importance of recognizing autoimmune comorbidities in dermatological and psychiatric settings.

Discussion:

Chronic spontaneous urticaria (CSU) has been increasingly associated with autoimmune thyroiditis (AIT). Studies report elevated anti-thyroid peroxidase (anti-TPO) and anti-thyroglobulin (anti-Tg) antibodies in a significant proportion of CSU patients, suggesting an autoimmune mechanism [1,2]. Thyroid structural abnormalities, detected via ultrasound, are also more frequent in CSU patients, supporting this link [1].

Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), widely used for depression and anxiety, may trigger or exacerbate urticaria in predisposed individuals. The proposed mechanism involves modulation of immune responses, including mast cell activation and histamine release [4]. These drugs can therefore act as external triggers in patients with latent autoimmune conditions, such as AIT.

Levothyroxine therapy has demonstrated efficacy in improving CSU symptoms in patients with underlying AIT. Normalization of thyroid hormone levels may modulate immune activity and reduce mast cell-mediated reactions [3,5]. While some studies report variable outcomes, the overall evidence suggests that treating the autoimmune substrate can lead to significant clinical improvement in both cutaneous and systemic manifestations [3,5].

Conclusion:

This case underscores that SSRIs may serve as unexpected triggers of chronic urticaria in patients with latent autoimmune thyroiditis. Prompt recognition and appropriate management of the underlying thyroid disorder with levothyroxine not only resolve cutaneous manifestations but may also enhance systemic and psychiatric outcomes. These findings highlight the critical importance of screening for thyroid autoimmunity in cases of persistent or drug-induced urticaria and emphasize the value of a multidisciplinary approach for optimal patient care.

ENDOCRINOPATHIES

Et si la peau disait plus sur la thyroïde: Reidel ; une thyroïdite à expression cutanée

M. El Maati[1] ; K. Kenza [1] ; A. Mustapha [2]; L.BENZEKRI [1], S. HAMADA[1]
1 Service de Dermatologie - CHU Ibn Sina, Université Mohammed V de Rabat (Présidence Site Irfane), Rabat, Maroc;
[2] Endocrinologie, CHU ibn Sina, Université Mohammed V, Rabat, Maroc

Observation :

La thyroïdite de Riedel (TR) est une affection fibroscléreuse rare qui touche la glande thyroïde. Elle se caractérise par le remplacement du parenchyme thyroïdien par du tissu fibreux touchant non seulement la glande mais aussi les structures environnantes. Son étiologie précise n'est pas encore claire. Une association avec des processus fibrotiques systémiques, des maladies auto-immunes et, plus récemment, avec des maladies du spectre des d'immunoglobuline G de type 4 a été décrite. Nous rapportons le cas d'une femme de 73 ans qui présentait une thyroïdite de Riedel avec des signes de compressions locales.

Observations :

Il s'agit d'une patiente âgée de 73 ans traitée pour un carcinome mammaire en 2018 par chirurgie suivie d'une radiochimiothérapie, se présente pour un épaississement scléreux de la peau et des tissus sous cutanés au niveau latérocervical. La symptomatologie a débuté par une raideur de la nuque trois mois auparavant mimant un torticolis pour lequel un traitement par antiinflammatoires non stéroïdiens et des myorelaxants a été instauré sans réelle amélioration. L'évolution des lésions a conduit à une compression des structures cervicales avec comme conséquence une modification de la voix ainsi qu'une dysphagie aux solides.

L'échographie cervicale a objectivé un aspect hypoéchogène hypovasculaire de la thyroïde faisant évoquer un processus fibrosant avec un encaissement des artères carotides. Le bilan a révélé une hypothyroïdie profonde qui a été subsitutée et un traitement par corticothérapie par voie systémique a été instauré sans grande
efficacité. La biopsie cutanée a objectivé un infiltrat inflammatoire polymorphe contenant des lymphocytes des éosinophiles et neutrophiles sans granulomes ou atypies cellulaire associées. Un diagnostic de TR a été posé et un traitement à base de Tamoxifène 20mg par jour s'est montré efficace avec une amélioration des symptômes au bout de 6mois de traitement.

Discussion :

Survenant surtout chez les femmes, la TR est une thyroïdite chronique sclérosante qui évolue vers la destruction complète de la glande et des tissus avoisinants.

Histologiquement, le tissu normal est remplacé par des cellules inflammatoires, principalement des lymphocytes, des plasmocytes, des éosinophiles dans une matrice dense conjonctive hyalinisée. Une atteinte inflammatoire des veines peut y être associée. L'absence de granulomes et de malignité est essentielle afin d'éliminer un cancer papillaire de la thyroïde une maladie de Hodgkin. Qualifiée d'une variante de la maladie de Hashimoto, de stade tardive de la thyroïdite de Quervain, elle a récemment été incluse dans le spectre des maladies systémiques liées aux IgG4. Bien qu'il n'existe pas de traitement spécifique pour la thyroïdite de Riedel, plusieurs stratégies de prise en charge sont disponibles. Les traitements médicamenteux comprennent les anti-inflammatoires, le tamoxifène, l'azathioprine, le mycophénolate mofétil et le rituximab. La chirurgie peut être proposée afin de décomprimer les tissus mais est non dénuée de risques.

Conclusion :

La TR est une forme de destruction fibreuse du parenchyme thyroïdien, qui entraîne un dysfonctionnement de la thyroïde et une obstruction progressive des voies respiratoires et digestives. Les glucocorticoïdes restent le pilier de la thérapie. La nécessité de lignes directrices consensuelles pour mieux gérer cette maladie rare devient obligatoire pour prévenir les complications associées.

Scleromyxoedema and Thyroid Disease: A Case Report

Hajar El Hassani Taib, Syrine Hamada, Meryem El Moustaoui, Najoua Ammar, Nadia Ismaili, Laila Benzekri, Mariame Meziane

Introduction :

Scleromyxedema (SM) is a rare cutaneous mucinosis characterized by waxy papules, diffuse skin induration, and possible systemic involvement, including gastrointestinal, cardiopulmonary, and neurological complications. It is strongly associated with monoclonal gammopathy. While thyroid dysfunction has traditionally been considered an exclusion criterion for SM, emerging evidence suggests that these entities may coexist in some patients.

Case report:

We describe the case of a 70-year-old woman with a history of hypothyroidism treated with levothyroxine for three months, who presented with progressive cutaneous sclerosis involving the face, trunk, and limbs, associated with dysphagia for solid foods. Clinical examination revealed generalized skin induration and restricted mouth opening. Skin biopsy confirmed the diagnosis of SM, showing fibroblast proliferation and mucin deposition. Laboratory investigations revealed an IgG kappa monoclonal gammopathy, elevated free kappa light chains, and persistent hypothyroidism with high anti-thyroid peroxidase antibody titers, confirming Hashimoto's thyroiditis. Liver function abnormalities and biopsy were consistent with primary biliary cholangitis. The patient was treated with systemic corticosteroids and 4 cycles of intravenous immunoglobulin (IVIG), without clinical improvement. Disease progression continued, and the patient died five months after the last IVIG cycle.

Discussion:

Scleromyxedema (SM) is the generalized form of lichen myxedematosus described by Rongioletti and Rebora, classically associated with monoclonal gammopathy and systemic involvement. Clinically, SM is characterized by dense, waxy, non-pruritic papules (2–3 mm), often arranged linearly on the hands, arms, trunk, face, or axillae, with sparing of the palms, scalp, and mucous membranes. These papules may be preceded or accompanied by diffuse sclerodermoid induration, as in our patient. Typical features include leonine facies and the "doughnut sign," although these were absent here. Complications may include joint contractures, limited mouth opening, and systemic manifestations such as gastrointestinal, pulmonary, cardiac, renal, neurological, or ocular involvement.

The main differential diagnoses are hypothyroid myxedema, which shows diffuse mucin deposition without fibroblast proliferation, and systemic sclerosis, which lacks papular lesions but may present telangiectasias, calcinosis, and Raynaud's phenomenon.

According to current criteria, SM diagnosis requires a generalized papular and sclerodermoid eruption, histology showing mucin with fibroblast proliferation, monoclonal gammopathy, and absence of thyroid disease. However, our case challenges this exclusion criterion, as SM coexisted with Hashimoto's thyroiditis and primary biliary cholangitis—an association not previously reported.

Therapeutically, intravenous immunoglobulin (IVIG) is considered first-line treatment, with good response rates in many cases. Other reported options include corticosteroids, immunosuppressants, thalidomide, bortezomib, and autologous stem cell transplantation. In our patient, systemic corticosteroids combined with IVIG failed, and the disease progressed with a fatal outcome. A literature review found only eight cases of SM associated with hypothyroidism: those without gammopathy improved on thyroxine alone, while patients with gammopathy responded mainly to IVIG. This underlines the heterogeneity of SM and the need for individualized therapeutic strategies, particularly when overlapping autoimmune conditions are present.

Conclusion:

Scleromyxedema may rarely coexist with autoimmune thyroid disease such as Hashimoto's thyroiditis. This association should not systematically rule out the diagnosis of SM. Early recognition, careful differential diagnosis, and individualized therapeutic strategies are essential, as prognosis remains poor in refractory cases despite standard therapies such as IVIG.

EPIDEMIOLOGIE ET SANTE PUBLIQUE

« Le bain maure entre tradition et dermatologie : bienfaits perçus et risques cutanés »

O. Hormi1 ; L. El yamani1 ; N. Haddar1; N. Zerrouki 1,2 ; N. Zizi1,2

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 bain maure, ou hammam, représente une pratique culturelle ancestrale profondément enracinée dans le quotidien des populations du Maghreb. Au-delà de sa dimension hygiénique et spirituelle, il est largement perçu comme bénéfique pour la peau. Toutefois, certaines pratiques traditionnelles qui y sont associées peuvent entraîner des effets indésirables, notamment dermatologiques. L'objectif de cette étude est d'explorer les soins cutanés réalisés dans les bains maures, les perceptions des usagers ainsi que les complications rapportées.

Matériels et méthodes: Il s'agit d'une étude descriptive menée auprès de 150 usagers fréquentant régulièrement les bains maures. Les participants ont été interrogés à l'aide d'un questionnaire standardisé.

Résultats : Parmi les 150 participants, les pratiques les plus fréquemment rapportées dans les bains maures étaient le gommage vigoureux à l'aide du gant (92%), l'application de savon noir traditionnel (87%), le recours au henné embellisseurs (46%) ainsi que l'utilisation de décoctions ou cataplasmes de plantes locales comme le romarin, la lavande ou l'eucalyptus (22%). Certains usagers rapportaient également la pratique de ventouses ou de frictions avec des objets chauffés (11%). Les principales motivations évoquées pour ces soins étaient l'hygiène corporelle approfondie (78%), l'amélioration esthétique de la peau (54 %) – notamment pour unifier le teint et éliminer les peaux mortes – ainsi qu'une recherche de bien-être physique et spirituel (31%). En ce qui concerne les effets cutanés perçus, une majorité des répondants rapportait une sensation de peau plus douce et plus lisse après les soins (82%). Près d'un quart des participants (26%) déclaraient une amélioration de certaines affections cutanées comme l'acné légère, les taches pigmentaires ou les rugosités. Des effets indésirables ont été rapportés : 16% ont signalé des épisodes d'eczéma de contact ou d'irritations, principalement liés à l'utilisation de henné artisanal ou de décoctions de plantes. Par ailleurs, 9% ont souffert de brûlures légères dues à une vapeur trop chaude ou à des frottements excessifs. Des cas de surinfection cutanée (6%) et de troubles pigmentaires post-inflammatoires (4%) ont aussi été observés. Ces complications touchent plus particulièrement les personnes à peau atopique, sensible ou atteintes de dermatoses chroniques.

Discussion : Les bains maures occupent une place centrale dans les pratiques traditionnelles de soins corporels et de bien-être. Les résultats de cette étude confirment leur intérêt perçu, notamment sur le plan esthétique et psychocorporel. Toutefois, ils mettent également en lumière des risques non négligeables liés à certaines pratiques, en particulier l'usage de produits artisanaux non contrôlés et le recours à des techniques potentiellement irritantes. Ces complications soulignent la nécessité d'une sensibilisation accrue des usagers et d'une meilleure intégration de ces pratiques dans une approche dermatologique moderne, respectueuse des traditions mais sécurisée.

Conclusion : Cette étude souligne à la fois les avantages et les risques des soins dermatologiques traditionnels dans les bains maures, insistant sur l'importance d'une prévention et d'une intégration sécurisée de ces pratiques dans une dermatologie respectueuse des traditions.

«Étude transversale sur l'utilisation de ChatGPT par les patients en dermatologie : une analyse de l'usage et de l'impact clinique »

Ouissal Hormi1 ; Lamis El yamani1 ;; Salma Moujahid1 ; K hadija Imam 1; Nassiba Zerrouki1,2 ; Nada Zizi1,2

1- Service de dermatologie, vénérologie et allergologie, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI, Oujda 2-Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique
Faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction : L'utilisation de l'intelligence artificielle (IA) dans le domaine médical connaît une expansion rapide. ChatGPT, un modèle de langage développé par OpenAI, est de plus en plus sollicité pour fournir des informations sur des pathologies cutanées. Cependant, son impact sur la gestion des soins en dermatologie n'a pas encore été pleinement exploré. Cette étude vise à évaluer l'utilisation de ChatGPT par les patients dermatologiques, ses bénéfices perçus et les éventuels risques associés.

Matériels et méthodes: Une étude transversale a été réalisée sur une période de six mois, impliquant 80 patients suivis dans un service de dermatologie. Un questionnaire détaillé a été administré pour recueillir des informations sur l'utilisation de ChatGPT .

Résultats : Sur les 80 patients inclus dans l'étude, 45 étaient des femmes (56,25 %) et 35 des hommes (43,75 %). L'âge moyen des participants était de 34,7 ± 10,2 ans, avec des extrêmes allant de 18 à 65 ans. Parmi ces patients, 56 % (45 patients) ont rapporté avoir utilisé ChatGPT pour rechercher des informations relatives à des affections dermatologiques. La fréquence d'utilisation était relativement élevée : 35 % des utilisateurs ont déclaré utiliser ChatGPT plusieurs fois par mois, tandis que 21 % l'ont utilisé une fois par semaine. Les principaux types de questions posées étaient les suivants : 35 % des patients ont cherché des informations concernant les traitements et les causes possibles de l'acné, notamment les facteurs hormonaux, alimentaires et les médicaments. 22 % des patients ont recherché des explications sur les symptômes et les causes de diverses éruptions cutanées, souvent en lien avec des allergies ou des infections virales. 15 % des patients ont posé des questions sur la gestion du psoriasis, notamment en ce qui concerne les traitements topiques et les thérapies biologiques. Enfin, 28 % des patients ont posé des questions sur diverses affections cutanées moins courantes, telles que l'eczéma atopique, les infections fongiques, ou des préoccupations concernant le cancer de la peau.
Les réponses de ChatGPT ont été évaluées par les patients sur une échelle de satisfaction de 1 à 5 (1 étant très insatisfait et 5 étant très satisfait). Sur l'ensemble des patients ayant utilisé ChatGPT, 68 % ont attribué une note de 4 ou 5, indiquant un haut niveau de satisfaction concernant la clarté et la compréhension des informations reçues. Cependant, 24 % des patients ont exprimé des doutes quant à la précision des réponses, notant que certaines informations semblaient trop générales ou contradictoires. En particulier, 18 % des patients ont mentionné qu'ils auraient souhaité obtenir des recommandations plus spécifiques. Les effets de l'utilisation de ChatGPT sur la décision de consulter un dermatologue ont été notables : 32 % des patients ayant utilisé ChatGPT ont reporté leur consultation initiale, se sentant rassurés par les informations obtenues, tandis que 12 % ont même décidé de ne pas consulter du tout, pensant que leur problème était mineur ou auto-limitant. À l'inverse, 56 % des patients ont rapporté que, bien que ChatGPT leur ait fourni des informations utiles, ils ont décidé de consulter un dermatologue pour une évaluation plus approfondie et un traitement adapté. En ce qui concerne les impacts sur la prise en charge clinique, 15 % des patients ont mentionné que les informations obtenues via ChatGPT les avaient incités à poser des questions plus précises lors de leur consultation médicale, et 7 % ont ajusté leur traitement en fonction des informations obtenues en ligne, bien qu'aucune modification substantielle n'ait été observée dans les protocoles thérapeutiques des dermatologues après la consultation.

Enfin, une analyse statistique a montré qu'il n'y avait pas de différence significative entre les groupes d'âge ou les sexes quant à l'utilisation de ChatGPT. Cependant, les patients plus jeunes (moins de 40 ans) étaient plus enclins à utiliser ChatGPT régulièrement par rapport aux patients plus âgés ($p < 0,05$). De plus, une corrélation positive a été trouvée entre l'utilisation de ChatGPT et une plus grande propension à consulter des sources en ligne pour des informations médicales ($r = 0,62$, $p < 0,01$).

Discussion : Cette étude révèle un usage croissant de ChatGPT dans le domaine dermatologique, avec des effets variés sur la prise en charge des patients. Bien que l'IA puisse fournir une première ligne d'information rapide et accessible, son rôle ne doit pas se substituer à l'avis médical professionnel, surtout dans le cas des pathologies cutanées complexes. Les préoccupations concernant la précision et la fiabilité des informations restent un point essentiel à aborder dans la formation des patients à l'utilisation de ces outils.

Conclusion : L'usage de ChatGPT par les patients en dermatologie peut améliorer l'accès à l'information, mais doit être encadré pour prévenir les erreurs et les retards de soins, en intégrant des stratégies de sensibilisation et d'accompagnement clinique.

« Dépigmentation volontaire : motivations, pratiques, effets indésirables et perception des risques »

Ouissal Hormi 1 ;Khadija Imam 1; Imane Baghida 1 ; 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 : La dépigmentation volontaire, également appelée éclaircissement ou dépigmentation cosmétique, constitue un phénomène préoccupant de santé publique, particulièrement en dermatologie. Reposant sur l'utilisation de produits topiques détournés de leur usage médical (dermocorticoïdes, hydroquinone, préparations artisanales), cette pratique est associée à des complications cutanées et systémiques graves. Les motivations socioculturelles et esthétiques jouent un rôle central, mais la perception des risques demeure limitée.

Matériels et méthodes: Une étude transversale a été menée auprès de 120 femmes adultes recrutées en consultation dermatologique. Un questionnaire structuré a permis de recueillir les données sociodémographiques, les motivations de la dépigmentation volontaire, les types de produits utilisés, les effets secondaires rapportés et la perception des risques.

Résultats : Parmi les 120 participantes, 60,9 % déclaraient avoir recours ou avoir eu recours à des produits dépigmentants. L'âge moyen des utilisatrices était de 28,3 ± 6,7 ans, avec une majorité résidant en milieu urbain (81,9 %). Concernant les motivations, la recherche d'un teint plus clair jugé esthétique concernait 72,7 % des utilisatrices, suivie par la pression sociale (33,6 %) et l'influence des réseaux sociaux ou de figures publiques (21,1 %). Les motivations multiples étaient fréquentes, 41,7 % des participantes citant deux facteurs ou plus. Les produits utilisés étaient principalement des dermocorticoïdes (62,5 %), de l'hydroquinone (41,4 %), et des préparations artisanales ou non identifiées achetées sur le marché informel (29,7 %). La durée d'utilisation variait de quelques semaines à plus de 2 ans, avec un usage quotidien dans 68,1 % des cas. La majorité des utilisatrices (78,1 %) n'avaient pas consulté un professionnel de santé avant de commencer cette pratique, et 65,3 % n'étaient pas informées des effets indésirables potentiels des produits.Les effets secondaires étaient fréquents et multiples : 84,4 % des utilisatrices rapportaient au moins un effet indésirable. Les plus fréquents étaient les vergetures (56,2 %), l'hypertrichose faciale
(31,2 %), l'acné cortisonée (28,1 %), les troubles pigmentaires paradoxaux (18,7 %) et l'atrophie cutanée (14,1 %). Certaines participantes signalaient des symptômes systémiques transitoires, tels que céphalées ou fatigue (5,5 %). Malgré ces complications, seulement 39,8 % percevaient la dépigmentation volontaire comme une pratique à risque et 22,2 % envisageaient d'y renoncer.

Discussion : Cette étude met en évidence une prévalence élevée de la dépigmentation volontaire, comparable à celles observées dans d'autres pays africains, avec des variations liées aux contextes culturels et socio-économiques. Les motivations principales retrouvées sont la recherche d'un teint plus clair, la pression sociale et l'influence des réseaux sociaux, en continuité avec les données de la littérature qui soulignent l'association persistante entre carnation claire, beauté, prestige et réussite sociale.
Les produits les plus utilisés sont les dermocorticoïdes et l'hydroquinone, cette dernière étant pourtant restreinte ou interdite dans plusieurs pays en raison de ses effets secondaires sévères. À côté de ces produits, les préparations artisanales et celles issues du marché informel occupent une place non négligeable, exposant à des risques supplémentaires, notamment liés à la présence de mercure ou de corticoïdes dissimulés.

Les complications sont très fréquentes, touchant principalement la peau (vergetures, acné cortisonée, hypertrichose), mais peuvent aussi être systémiques et graves, comme l'hypertension, le diabète, l'insuffisance rénale ou le syndrome de Cushing iatrogène, en particulier lors d'un usage prolongé de corticoïdes puissants. Un constat préoccupant demeure le faible niveau de perception des risques malgré la survenue fréquente d'effets indésirables, ce qui reflète la banalisation sociale de la pratique et le poids des bénéfices esthétiques et sociaux perçus.

Conclusion : Ces données mettent en évidence l'urgence d'une stratégie intégrée combinant sensibilisation, implication des acteurs de santé et des médias, et renforcement réglementaire pour réduire l'usage de produits dépigmentants à risque.

References :

1. Mahé A, Ly F, Aymard G, Dangou JM. Skin diseases associated with the cosmetic use of bleaching products in women from Dakar, Senegal. Br J Dermatol. 2003;148(3):493-500.
2. Dlova NC, Hamed SH, Tsoka-Gwegweni J, Grobler A. Skin lightening practices: An epidemiological study of South African women of African and Indian ancestries. Br J Dermatol. 2015;173 Suppl 2:2-9.
3. Charles CA. Skin bleaching, self-hate, and Black identity in Jamaica. J Black Stud. 2003;33(6):711-28.
4. Ajose FOA. Consequences of skin bleaching in Nigerian men and women. Int J Dermatol. 2005;44 Suppl 1:41-3.
5. Lewis KM, Robkin N, Gaska K, Njoki LC. Investigating motivations for women's skin bleaching in Tanzania. Psychol Women Q. 2011;35(1):29-37.
6. Ly F, Soko AS, Dione DA, Niang SO, Kane A, Bocoum TI. Complications dermatologiques de la dépigmentation artificielle à Dakar (Sénégal). Int J Dermatol. 2007;46 Suppl 1:35-8.

Évaluation des connaissances sur les cosmétiques tératogènes pendant la grossesse chez les patientes enceintes et les professionnels de santé : étude transversale

BABA Rime, BARAZ Salma, ALAMI Laila, KERROUCH Hasna, ANOUAR Ilyass, EL AMRAOUI Mohamed, ZEMMEZ Youssef, FRIKH Rachid, HJIRA Naoufal Dermatology Department - Mohammed V Military Hospital - Rabat - Morocco

Introduction :

L'utilisation de cosmétiques est courante durant la grossesse, bien que certains ingrédients puissent présenter des effets tératogènes fœtotoxiques ou endocriniens. Face à l'augmentation de la consommation de produits de beauté, une évaluation des connaissances des femmes enceintes et des professionnels de santé s'avère indispensable afin de limiter les expositions à risque pendant cette période critique du développement fœtal.

Matériel et méthodes :

Une étude transversale a été menée auprès de 100 femmes enceintes et 50 professionnels de santé (obstétriciens et sages-femmes). Deux questionnaires ont permis de recueillir des données sociodémographiques, les habitudes d'utilisation cosmétique et d'évaluer les connaissances sur les substances à risque à l'aide d'un score sur 6. Les résultats ont été analysés de manière descriptive, avec une comparaison selon le genre chez les professionnels.

Résultats :

Chez les patientes, 78 % déclarent utiliser des cosmétiques pendant la grossesse, mais seules 52 % avaient conscience des risques potentiels. Le score moyen de connaissances était faible (2,4/6), et 50 % des patientes obtenaient un score < 3. Les principales sources d'information étaient Internet (45 %) et l'entourage (30 %), tandis que les conseils de professionnels de santé ne représentaient que 15 %.

Chez les professionnels, le score moyen atteignait 4,1/6. Les obstétriciens avaient de meilleurs résultats (4,5) que les sages-femmes (3,8), avec une différence notable entre obstétriciens femmes (score moyen 4,8) et hommes (3,9), probablement en lien avec une familiarité personnelle accrue avec les produits cosmétiques. Néanmoins, seuls 36 % des professionnels déclaraient prodiguer systématiquement des conseils.

Discussion : Cette étude met en évidence une méconnaissance significative des risques liés à l'usage de certains cosmétiques pendant la grossesse, aussi bien chez les patientes que chez les professionnels. Plusieurs substances doivent être évitées : Rétinoïdes (vitamine A topique) : tératogènes avérés, responsables de malformations. Acide salicylique à haute concentration : fœtotoxique possible. Hydroquinone : suspectée de mutagénicité. Phtalates et parabènes : perturbateurs endocriniens. Filtres UV chimiques (ex. : octocrylène, avobenzone) : impliqués dans des déséquilibres hormonaux chez l'animal. Peu de parturientes savent qu'il est recommandé de remplacer les écrans solaires chimiques par des filtres minéraux (oxyde de zinc, dioxyde de titane), en raison d'une pénétration cutanée moindre et d'une sécurité supérieure pour le fœtus. Les données de la littérature confirment ces observations : dans une étude récente, moins de 5 % des femmes enceintes ont réduit leur usage de cosmétiques, malgré une prise de conscience modérée de leurs effets possibles. Par ailleurs, les recommandations professionnelles manquent de standardisation, ce qui justifie le développement de protocoles d'information clairs et ciblés, notamment pour les sages-femmes, en première ligne du suivi périnatal.

Conclusion :

Cette étude souligne des lacunes substantielles dans les connaissances concernant les cosmétiques tératogènes ou déconseillés pendant la grossesse. Un effort de sensibilisation est indispensable, tant pour les patientes que pour les professionnels de santé, afin d'assurer une utilisation cosmétique sûre, incluant la substitution des écrans solaires chimiques par des filtres minéraux, et l'éviction systématique des substances à risque.

« Perceptions et pratiques des femmes enceintes vis-à-vis des produits cosmétiques »

Ouissal Hormi 1 ; 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 : La grossesse représente une période particulière de la vie d'une femme, caractérisée par d'importants bouleversements physiologiques, hormonaux et psychologiques, durant laquelle l'usage des produits cosmétiques conserve une place centrale, tant pour l'hygiène quotidienne que pour le bien-être et l'estime de soi. Toutefois, certaines substances présentes dans ces produits ont été suspectées d'exercer des effets indésirables sur la santé maternelle et fœtale, soulevant la nécessité d'une meilleure compréhension des comportements et croyances associés à leur utilisation. Dans ce contexte, notre étude se propose de décrire les habitudes cosmétiques des femmes enceintes, d'analyser leurs perceptions quant à la sécurité de ces produits et d'identifier les sources d'information orientant leurs pratiques.

Matériels et méthodes: Nous avons mené une étude transversale descriptive sur une période de 15 mois, incluant 120 femmes enceintes recrutées en consultations au Centre hospitalier universitaire Mohamed 6 d'oujda. Un questionnaire structuré a été administré en présentiel.

Résultats : L'âge moyen des participantes était de 29,8 ans (extrêmes 18-42 ans) et près de 92% déclaraient utiliser au moins un produit cosmétique durant leur grossesse. Les crèmes hydratantes étaient les plus fréquemment employées (76%), suivies des produits capillaires tels que teintures et lissages (54%), du maquillage (48%) et des parfums (37%). Concernant leurs perceptions, 61% considéraient les cosmétiques comme globalement inoffensifs pendant la grossesse, tandis que 39% exprimaient des inquiétudes, principalement à propos des colorations capillaires, des parfums et des produits de blanchiment de la peau. Sur le plan des connaissances, seules 22% connaissaient l'existence d'ingrédients potentiellement nocifs et 18% déclaraient lire systématiquement les étiquettes. L'entourage représentait la première source d'information (41%), suivi d'Internet et des réseaux sociaux (37%), alors que seuls 12% citaient les professionnels de santé. Enfin, 34% des femmes rapportaient avoir modifié leurs habitudes cosmétiques depuis le début de la grossesse, essentiellement par une réduction de l'utilisation du maquillage et des teintures capillaires.

Discussion : Les cosmétiques occupent une place importante dans le quotidien des femmes enceintes, la grande majorité d'entre elles en utilisant régulièrement. Toutefois, leur innocuité est perçue de façon contrastée : certaines expriment des inquiétudes, en particulier vis-à-vis des teintures capillaires et des parfums, connus pour contenir des substances potentiellement nocives. Le niveau d'information reste limité, car peu de femmes lisent les étiquettes et rares sont celles qui reçoivent des conseils directs de leur médecin, s'appuyant davantage sur leur entourage ou Internet. Pourtant, plusieurs travaux ont montré que l'exposition prénatale à des perturbateurs endocriniens ou à des métaux lourds pouvait avoir des effets délétères sur la croissance et le développement neurologique de l'enfant. La grossesse apparaît ainsi comme une période privilégiée pour promouvoir un usage raisonné des cosmétiques et renforcer l'implication des professionnels de santé dans la sensibilisation des futures mères.

Conclusion : Il apparaît indispensable d'intégrer des conseils spécifiques sur l'utilisation des cosmétiques dans le suivi prénatal, afin de garantir une approche plus sûre et adaptée à cette population vulnérable.

References :

7. Hall B, Tozer S, Safford B, Coroama M, Steiling W, Leneveu-Duchemin MC, et al. European consumer exposure to cosmetic products, a framework for conducting population exposure assessments. Food Chem Toxicol. 2007 Feb;45(2):209-24.
8. Sannerstedt R, Lundborg P, Danielsson BR, Kihlström I, Alván G. Drugs during pregnancy: an issue of risk classification and information to prescribers. Drug Saf. 1996 Jan;14(2):69-77.
9. Philippat C, Botton J, Calafat AM, Ye X, Charles M-A, Slama R, et al. Prenatal exposure to phenols and growth in boys. Epidemiology. 2014 May;25(3):625-35.
10. Chauhan AS, Bhardwaj P, Sharma S, Kumar P, Singh R. Use of cosmetics during pregnancy and possible associated risks. J Clin Diagn Res. 2016 Jan;10(1):QE01-4.
11. Pan S, Choi J, Park J, Yun J, Kim K, Park C, et al. Prenatal exposure to phthalates and infant development at 6 months: prospective Mothers and Children's Environmental Health (MOCEH) study. Environ Health Perspect. 2014 Mar;122(3):312-7.
12. McIntyre E, Astell-Burt T, Johnston R, Ludlow T, Webster V, Smith W. Maternal health behaviours during pregnancy in an Australian population-based sample: women's perceptions and sources of information. BMC Pregnancy Childbirth. 2012 Jun;12:93.
13. Bocca B, Pino A, Alimonti A, Forte G. Toxic metals contained in cosmetics: a status report. Regul Toxicol Pharmacol. 2014 Oct;68(3):447-67.

Mortalité en dermatologie dans un centre hospitalier universitaire : étude rétrospective sur 11 ans

Ouissal Hormi 1 ; Nassiba Zerrouki 1,2 ; Nada Zizi 1,21-

Service de dermatologie, vénérologie et allergologie, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI, Oujda 2-Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique
Faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction : La dermatologie est souvent perçue comme une spécialité à faible risque de mortalité ; cependant, certaines situations cliniques peuvent engager le pronostic vital. Certaines dermatoses sévères peuvent entraîner des complications systémiques graves, aggravées par la présence de comorbidités. Peu d'études se sont intéressées à la mortalité hospitalière dans les services de dermatologie. L'objectif de cette étude est d'évaluer le taux de mortalité hospitalière, d'en identifier les principales causes et d'analyser les facteurs de risque associés dans notre service de dermatologie.

Matériels et méthodes: Nous avons mené une étude rétrospective descriptive de juin 2014 à Juin 2025 au service de dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI d'Oujda. Tous les patients décédés au cours de leur hospitalisation durant cette période ont été inclus, sur la base de l'analyse de leurs dossiers médicaux. Les variables étudiées comprenaient les données démographiques, les données cliniques, le diagnostic au moment du décès, les comorbidités associées et la durée d'hospitalisation.

Résultats : Parmi 2 990 patients hospitalisés, 39 décès ont été enregistrés, soit un taux de mortalité hospitalière (MH) de 1,3 %. L'âge moyen des patients décédés était de 65,2 ± 14,8 ans (extrêmes : 39-88 ans). On notait une légère prédominance féminine, avec un sex-ratio F/H de 1,3. La durée moyenne d'hospitalisation avant le décès était de 12 jours (extrêmes : 2-47 jours). Au moins une comorbidité était présente chez 35 patients (89,7 %). Les plus fréquentes étaient le diabète (71 %), l'hypertension artérielle (65 %), l'insuffisance rénale chronique (45 %), l'insuffisance cardiaque (31,4 %) et l'immunodépression (15,3
%). Les principales dermatoses associées au décès étaient le pemphigus vulgaire (38,4 %), les toxidermies sévères (36,2 %), l'érythrodermie (12,8 %), les lymphomes cutanés (5 %), le syndrome de Kaposi-Juliusberg (5 %) et la dermatomyosite (2,5 %). Les causes immédiates de décès étaient le choc septique (64,1 %), avec un point d'entrée cutané dans 80 % des cas, la décompensation de comorbidités chroniques (20,8 %), l'embolie pulmonaire (7,6 %), l'agranulocytose post-Rituximab (2,5 %), un accident vasculaire cérébral étendu (2,5 %) et une encéphalite limbique dans un cas (2,5 %). Près de 46 % des patients ont nécessité un transfert en réanimation, avec un décès survenu dans les 48 heures suivant le transfert.

Discussion : Peu d'études se sont penchées sur la mortalité hospitalière (MH) en dermatologie, alors que certaines dermatoses sévères peuvent lourdement impacter le pronostic. Dans notre étude couvrant 11 ans, nous rapportons un taux de MH de 1,3 %, comparable à celui retrouvé par Saber et al. en Iran (1,5 %) (1), mais légèrement supérieur à celui rapporté en Tunisie (0,4 %) (2) et en Inde (0,98 %) (3). Ces différences pourraient être liées aux contextes épidémiologiques et aux profils des patients. L'âge moyen des patients décédés (65,2 ans) est proche de celui retrouvé par Saber et al. (1), soulignant le poids des dermatoses graves chez des sujets âgés, souvent porteurs de comorbidités. Près de 90 % de nos patients présentaient au moins une comorbidité, principalement le diabète et l'hypertension, qui favorisent les infections et les complications systémiques. Les principales dermatoses responsables de décès étaient le pemphigus vulgaire et les toxidermies sévères, rejoignant les résultats de Manaa et al. (2), alors que

Chowdhury et al. rapportaient l'érythrodermie comme cause principale (3). Le choc septique, souvent d'origine cutanée, était la première cause de décès, en accord avec la littérature (1,2,3). Près de la moitié des patients ont nécessité une prise en charge en réanimation, avec une mortalité rapide, soulignant la nécessité d'une reconnaissance précoce de l'insuffisance viscérale. Enfin, les lymphomes cutanés et la dermatomyosite étaient moins représentés dans notre cohorte par rapport aux études asiatiques, traduisant probablement des différences régionales dans l'épidémiologie des dermatoses sévères (5).

Conclusion : L'amélioration du diagnostic précoce, l'optimisation des conditions de prise en charge hospitalière et une meilleure coordination multidisciplinaire sont des leviers essentiels pour réduire la mortalité dans les services de dermatologie des centres hospitaliers universitaires.

References :

14. Du-Harpur X, Watt FM, Luscombe NM, Lynch MD. What is AI? Applications of artificial intelligence to dermatology. Br J Dermatol. Saber, M., Faghihi, G., Seyedghafouri, S. A., & Hosseini, S. M. (2023). Mortality and cause of death in patients with dermatologic diseases: an 11-year record-based observational study. Dermatologica Sinica, 41(1), 18-24.
15. Manaa, L., Amouri, M., Sellami, K., Frikha, F., Mseddi, M., Boudaya, S., & Turki, H. (2020, December). La mortalité dans un service de dermatologie: 24 cas. In Annales de Dermatologie et de Vénéréologie (Vol. 147, No. 12, pp. A254-A255). Elsevier Masson.
16. Chowdhury, S., Podder, I., Saha, A., & Bandyopadhyay, D. (2017). Inpatient mortality resulting from dermatological disorders at a tertiary care center in Eastern India: A record-based observational study. Indian Journal of Dermatology, 62(6), 626-629.
17. Gupta, P., & Dawn, G. (2015, May). Deaths and dermatology. In Journal of the American Academy of Dermatology (Vol. 72, No. 5, pp. AB96-AB96). 360 PARK AVENUE SOUTH, NEW YORK, NY 10010-1710 USA: MOSBY-ELSEVIER.
18. PradeepS, N., & PrasannaK, M. (2005). Study-A study of mortality in dermatology. Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology, 71(1), 23-25.

« Avantages, inconvénients et défis de l'utilisation des médias sociaux en dermatologie »

O. Hormi1 ; N. Zerrouki 1,2 ; N. Zizi1,2

1- Service de dermatologie, vénérologie et allergologie, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI, Oujda 2-Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique
Faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction : L'utilisation des médias sociaux est en constante augmentation dans le domaine de la santé, y compris en dermatologie. Ces plateformes permettent aux professionnels de partager des connaissances, d'établir des connexions et de sensibiliser le public. Cependant, elles présentent également des défis tels que la diffusion de désinformation et la protection de la confidentialité des patients. L'objectif de cette étude est d'examiner les avantages, les inconvénients et les défis de l'utilisation des médias sociaux par les dermatologues, à travers un questionnaire.

Matériels et méthodes: Un questionnaire en ligne a été distribué auprès des dermatologues pratiquant. Ce questionnaire a évalué leur utilisation des médias sociaux dans un contexte professionnel, y compris la fréquence d'utilisation, les plateformes privilégiées, les types de contenus partagés, ainsi que les bénéfices perçus et les obstacles rencontrés. Les données ont été analysées quantitativement et qualitativement pour dégager les tendances générales et les points de divergence entre les participants.

Résultats : Parmi les 120 dermatologues ayant répondu au questionnaire, 75 % ont indiqué utiliser régulièrement les médias sociaux à des fins professionnelles, principalement pour la diffusion d'informations médicales, l'éducation des patients, et la collaboration avec des collègues. Les plateformes les plus fréquemment utilisées sont Instagram, cité par 45 % des participants, suivi de Twitter à 35 %. Moins de 20 % des répondants utilisent LinkedIn, tandis que d'autres plateformes telles que Facebook et TikTok sont mentionnées de manière moins significative. Les principaux avantages rapportés par les dermatologues incluent un accès rapide à l'information (70 %), avec la possibilité de consulter des recherches récentes, des cas cliniques partagés par d'autres professionnels et des informations sur les nouvelles pratiques et traitements. Cette réactivité est particulièrement précieuse dans un domaine en constante évolution comme la dermatologie. En outre, 60 % des répondants ont souligné l'importance des échanges avec leurs pairs, utilisant les médias sociaux comme une plateforme pour discuter de cas complexes, partager des expériences et poser des questions. Cette interaction est perçue comme un moyen d'améliorer la pratique professionnelle et de renforcer les liens au sein de la communauté dermatologique. Enfin, 50 % des dermatologues ont utilisé les médias sociaux pour sensibiliser le public aux maladies cutanées, promouvoir la prévention et fournir des conseils pratiques, permettant ainsi d'atteindre un large public, ce qui serait difficile avec des moyens traditionnels.
Cependant, plusieurs inconvénients et défis ont également été soulevés. Parmi ceux-ci, 40 % des dermatologues ont exprimé des préoccupations concernant la confidentialité des données, notamment en ce qui concerne la sécurité des informations personnelles des patients et les implications légales liées à leur partage sur les médias sociaux. De plus, 30 % des répondants ont signalé la propagation de contenus erronés comme un problème majeur, notamment la diffusion de traitements non validés, de conseils nuisibles ou de fausses informations sur les conditions dermatologiques, ce qui pourrait induire le public en erreur et nuire à la santé des patients. Enfin, 65 % des participants ont exprimé des préoccupations éthiques concernant l'utilisation des médias sociaux dans un cadre médical, soulignant des risques pour l'intégrité de la pratique dermatologique, le respect des lignes directrices professionnelles et la gestion de l'image professionnelle en ligne. Certains ont également mentionné les risques de conflits d'intérêts, en particulier en lien avec des partenariats commerciaux ou la promotion de produits dermatologiques

Discussion : L'utilisation des médias sociaux en dermatologie présente des avantages indéniables, tels que l'amélioration de la communication entre professionnels et l'éducation des patients. Toutefois, il subsiste des défis notables, principalement la gestion des informations erronées et les problèmes de confidentialité. Les dermatologues sont partagés entre les bénéfices de la connectivité et les préoccupations liées aux risques de mauvaise information ou de violation éthique.

Conclusion : L'utilisation des médias sociaux en dermatologie présente des avantages indéniables, tels que l'amélioration de la communication entre professionnels et l'éducation des patients. Toutefois, il subsiste des défis notables, principalement la gestion des informations erronées et les problèmes de confidentialité. Les dermatologues sont partagés entre les bénéfices de la connectivité et les préoccupations liées aux risques de mauvaise information ou de violation éthique.

«Soins cutanés : entre héritage culturel et influence digitale»

Ouissal Hormi1 ; Lamis El yamani1 ; Khadija kaddar 1; Salma Moujahid1 ; Nassiba Zerrouki1,2 ; Nada Zizi1,2

1- Service de dermatologie, vénérologie et allergologie, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI, Oujda 2-Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique
Faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction : Les comportements liés aux soins de la peau sont largement influencés par des facteurs culturels, sociaux et médiatiques. Dans certaines régions, la coexistence de pratiques traditionnelles, de recommandations familiales, de l'influence des réseaux sociaux et de l'offre cosmétique moderne façonne les habitudes de soin, souvent en dehors d'un cadre médicalisé. Comprendre ces influences est essentiel pour adapter les interventions de santé publique et optimiser l'éducation dermatologique. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact de ces facteurs sur le choix des produits de soins cutanés chez les adultes.

Matériels et méthodes: Une étude transversale menée en Avril 2025 auprès de 200 adultes consultant en dermatologie ou en pharmacie a utilisé un questionnaire structuré pour recueillir des données sur les types de produits utilisés (cosmétiques, dermatologiques, traditionnels), leurs sources de recommandation et motivations d'achat, analysées de manière descriptive et comparative selon l'âge, le sexe et le niveau d'instruction.

Résultats : Parmi les 200 participants inclus dans l'étude, l'âge moyen était de 31,4 ans, avec une nette prédominance féminine (76 %).
L'usage régulier de produits cosmétiques ou dermatologiques hors prescription concernait 84 % des participants. Les principales motivations évoquées pour l'utilisation de ces produits étaient l'amélioration de l'éclat ou du teint (65 %), l'hydratation de la peau (54 %) et la lutte contre l'acné (37 %).
Les sources d'influence sur le choix des produits étaient variées. Les réseaux sociaux apparaissaient comme le principal vecteur (42 %), suivis des conseils de proches (39 %) et des publicités télévisées ou en ligne (28 %). Les recommandations de professionnels de santé étaient mentionnées par seulement 22 % des participants, soulignant un recours majoritaire à des conseils hors cadre médical.
L'usage de produits traditionnels, tels que les huiles végétales, le henné ou le savon artisanal, était rapporté par 63 % des répondants, souvent en association avec des produits de parapharmacie ou disponibles dans les grandes surfaces. Par ailleurs, une forte préférence pour les produits dits « naturels » était exprimée par 72 % des utilisateurs, fréquemment sans vérification des composants.
Certaines pratiques à risque ont également été relevées. Douze pour cent des participants appliquaient des mélanges non identifiés, et 8 % utilisaient de manière détournée des crèmes dépigmentantes, ce qui souligne le besoin d'éducation et de régulation en matière de soins cutanés.

Discussion : Les résultats montrent que les choix de produits de soins cutanés sont majoritairement influencés par des canaux non médicaux, en particulier les réseaux sociaux et les traditions familiales. Le recours fréquent à des produits traditionnels ou non réglementés souligne un déficit d'encadrement et de sensibilisation. L'adhésion à des normes esthétiques véhiculées par les médias et la pression sociale joue un rôle significatif, surtout chez les jeunes femmes. Ces données rejoignent d'autres études soulignant l'importance des facteurs socioculturels dans la prise de décision concernant les soins cutanés.
L'éducation dermatologique adaptée et la régulation de la communication autour des produits de soin sont donc essentielles pour réduire les pratiques à risque.

Conclusion : Les comportements en matière de soins cutanés sont fortement influencés par des facteurs sociaux, culturels et médiatiques. L'usage fréquent de produits traditionnels ou non réglementés met en évidence la nécessité d'interventions éducatives ciblées et d'une régulation stricte des messages promotionnels pour promouvoir des pratiques de soins sûres et scientifiquement validées.

References :

19. Alamer, E., et al. (2023).*Impact of Social Media on Choosing Skin Care and Cosmetic Products in Saudi Arabia*.*Journal of Cosmetic Dermatology*.
20. Almudimeegh, A., et al. (2024).*The Influence of Social Media on Public Attitudes and Behaviors Towards Cosmetic Dermatologic Procedures and Skin Care Practices: A Study in Saudi Arabia*.*Journal of Cosmetic Dermatology*.
21. Alkhani, R., et al. (2024).*Influence of Social Media on Cosmetic Facial Surgeries Among Kuwaiti Youth*.*Journal of Cosmetic Dermatology*.

Affections dermatologiques en milieu carcéral : Expérience du nord du Maroc

Hajar Dahmani[1] , Ouiame El Jouari[1] , Salim Gallouj[1]

Introduction

Les prisonniers représentent une population défavorisée et vulnérable, avec un accès limité aux soins de santé. Les affections dermatologiques restent mal étudiées, en particulier dans les pays en développement. Aucune description des affections dermatologiques en milieu carcéral n'était disponible dans le nord du Maroc. L'objectif de cette étude est de décrire le profil épidémiologique, clinique et dermatologique des affections observées chez les détenus de la prison locale de Tanger, au nord du Maroc.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective menée dans le cadre d'une caravane médicale multidisciplinaire, incluant la dermatologie. Cette caravane s'est tenue à la prison locale de Tanger, organisée par la Fondation Mohammed VI pour la réinsertion des détenus, en collaboration avec l'équipe de médecins résidents du CHU Mohammed VI de Tanger. L'étude a porté sur toutes les consultations dermatologiques. Pour chaque patient, un examen clinique complet a été réalisé, incluant la dermoscopie. Les soins prodigués étaient de nature « santé publique », visant un traitement de masse, avec des examens complémentaires limités. Une prescription a été remise à chaque patient, et les cas nécessitant un suivi ou des soins plus spécialisés ont été orientés vers le CHU.

Résultats :

Parmi les 336 détenus, 81 ont consulté en dermatologie, faisant de la dermatologie le premier motif de consultation, tous les patients étant des hommes. L'âge variait de 21 à 66 ans, avec une moyenne de 36 ans. Neuf détenus avaient des antécédents d'atopie, six de diabète, un de dyslipidémie et un d'hypertension. Tous avaient développé des dermatoses au cours de l'incarcération. Une mauvaise hygiène a été notée chez 31 % d'entre eux. Les dermatoses infectieuses étaient les plus fréquentes (49 cas, soit 60,5 % des patients), dominées par la gale (28 cas). Les autres dermatoses infectieuses incluaient la dermatophytose, le pityriasis versicolor, les verrues, la candidose génitale et les poux pubiens.Les dermatoses inflammatoires venaient ensuite, avec l'eczéma (10 % des cas) et le psoriasis (8 %). L'acné a été observée chez trois patients.

Les troubles pilaires comprenaient quatre cas d'alopécie areata et d'alopécie androgénétique. Les affections tumorales incluaient cinq kystes trichilemmaux, deux kératoses séborrhéiques, un carcinome basocellulaire, un carcinome verruqueux du pied et un ongle incarné.

Cinq patients ont été adressés au CHU Mohammed VI pour des biopsies cutanées et exérèses de lésions tumorales.

Conclusion :

Les prisons peuvent devenir des foyers majeurs d'infections, nécessitant un dépistage précoce grâce à un accès facilité aux soins et à une disponibilité régulière de médicaments.

Les caravanes médicales ou la télédématologie sont des outils utiles pour améliorer le diagnostic et le suivi des détenus, et pour développer des stratégies de prévention et de traitement adaptées.

Changement du profil des hospitalisations en dermatologie avant et après la pandémie covid 19

W. Boudi; M. El Amraoui; Y. Farai; S. El Melouki; L. Alami; Z. Youssef; T. Hanafi; I. Anouar; M. Khalidi; J. El Azhari; R. Frikh
Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction : L'hospitalisation en dermatologie permet la prise en charge optimale des affections cutanées sévères. La pandémie de COVID-19 a profondément perturbé l'organisation hospitalière, entraînant le report de nombreuses hospitalisations non urgentes. Cette étude vise à évaluer l'impact de la pandémie sur le profil des hospitalisations dermatologiques.

Matériel (ou, patients) et méthode : Les dossiers d'hospitalisation dermatologique de deux périodes (pré-pandémie : 2015-2019 ; post-pandémie : 2022-2024) issus de nos archives hospitalières ont été analysés. Les critères étudiés incluaient le nombre total d'hospitalisations, la répartition étiologique et la durée moyenne des séjours. L'analyse a été réalisée par statistiques descriptives.

Résultats : Le nombre d'hospitalisations a significativement diminué après la pandémie. La répartition étiologique a été modifiée : les dermatoses inflammatoires sont passées de 29 % à 40–45 %, et les dermatoses bulleuses auto-immunes de 4 % à 13 %. À l'inverse, les dermatoses infectieuses ont reculé de 28 % à 15–20 %, et les dermatoses tumorales sont restées stables (4-5 %). La durée moyenne des séjours a globalement diminué (séjours < 2 semaines plus fréquents).

Discussion : La diminution des hospitalisations s'explique par la priorisation des patients COVID 19, la réorganisation des services et la réticence des patients à consulter. L'augmentation des pathologies inflammatoires et auto-immunes serait liée au stress pandémique, à la perturbation des suivis chroniques et aux effets secondaires de la vaccination. Les mesures barrières ont réduit les infections cutanées mais certaines infections virales se sont exacerbées après infection ou vaccination COVID-19. La réduction de la durée des séjours reflète une adaptation organisationnelle et une gestion accélérée des patients.

Conclusion : La pandémie a profondément modifié le paysage des hospitalisations dermatologiques, avec un nombre réduit de séjours, des profils étiologiques bouleversés et des durées d'hospitalisation raccourcies. Ces évolutions exigent une réorganisation durable des parcours de soins dermatologiques.

Choix et préférences des étudiants en médecine concernant les méthodes d'apprentissage en dermatologie

W. Boudi; M. El Amraoui; Y. Farai; L. Alami; S. El Melouki; T. Hanafi; Z. Youssef; R. Frikh; N. Hjira
Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction : La dermatologie, bien qu'essentielle le dans la formation médicale, reste une spécialité souvent jugée difficile à maîtriser par les étudiants. L'objectif de ce travail est d'explorer comment les étudiants perçoivent les méthodes d'enseignement actuelles les en dermatologie, et surtout, de savoir ce qu'ils attendent pour apprendre mieux et plus efficacement.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et analytique, menée au sein de notre formation sur une période de six mois (janvier à juin 2025). Un questionnaire anonyme a été diffusé auprès des étudiants en médecine, portant sur leurs caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, année d'étude, secteur), leur perception des méthodes d'enseignement actuelles, leurs supports préférés, leurs motivations à étudier la dermatologie, les compétences qu'ils souhaitent développer et leur niveau de confiance dans la discipline. L'analyse statistique des données a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS version 20.0.

Résultats : Au total, 88 réponses ont été recueillies. Parmi les participants, 73 % étaient de sexe féminin. La majorité des étudiants étaient inscrits en 3ème, 4ème et 5ème année (50 %), suivis des 6ème et 7ème années (44 %). L'âge moyen était de 23 ans et 93 % étudiaient dans une faculté publique. Parmi eux, 72 % estiment que les méthodes actuelles ne répondent pas à leurs besoins. Les supports les plus plébiscités sont les vidéos (46 %), suivies des diaporamas (34 %) et des manuels (20 %). Les formats jugés les plus efficaces sont les cas cliniques, les stages, les visites au lit du malade et les simulations. Les cours magistraux et les exposés étudiants sont considérés moins inclusifs. Les motivations principales à étudier la dermatologie sont l'intérêt personnel (40 %) et les perspectives de carrière (41 %). Le diagnostic clinique est la compétence la plus recherchée (69 %). Malgré cela, 81 % des étudiants déclarent se sentir peu ou pas confiants dans leurs connaissances dermatologiques.

Discussion : Les étudiants expriment une forte attente d'un enseignement plus interactif, visuel et ancré dans la pratique clinique. Ce ressenti est plus marqué chez les étudiantes (77 %) que chez les étudiants (50 %), et plus fréquent dans le public (73 %) que dans le privé (50 %). Ces écarts suggèrent que le contexte d'apprentissage et le profil des étudiants influencent fortement leur perception de l'enseignement reçu. Les étudiants plus avancés dans le cursus semblent également plus critiques. Les méthodes les plus valorisées sont ce les qui placent l'étudiant en situation : les cas cliniques, les visites encadrées et les simulations permettent de mieux relier la théorie à la pratique et semblent favoriser une plus grande confiance. À l'inverse, les formats plus passifs comme les cours magistraux sont jugés insuffisamment engageants. Ces résultats confortent l'idée qu'une pédagogie active et adaptée au niveau de l'étudiant favoriserait non seulement la compréhension, mais aussi la confiance et la motivation dans cette discipline.

Conclusion : Intégrer des approches plus actives, visuelles et proches du terrain clinique pourrait mieux répondre à la diversité des profils étudiants, tout en renforçant leur engagement et leur assurance. Adapter l'enseignement aux attentes des nouvelles générations serait souhaitable pour maintenir l'intérêt et l'efficacité de la formation en dermatologie.

Enquête à propos des dermatoses des conducteurs routiers

K.Bennani, O.El Jouari, M.El Bakkali, S.Gallouj
Service de dermatologie, Centre hospitalo-universitaire Mohammed VI de Tanger
Université Abdelmalek Essaadi de Tanger – Maroc

Introduction

Les conducteurs routiers représentent une population professionnelle exposée à de multiples facteurs de risque cutané, notamment une exposition chronique au rayonnement ultraviolet (UV) à travers les vitres du véhicule, la chaleur, la transpiration prolongée, ainsi qu'à divers irritants mécaniques et chimiques présents dans l'environnement de travail. Ces expositions peuvent induire des dermatoses variées allant de simples affections bénignes comme la sécheresse cutanée ou l'eczéma, à des pathologies plus sévères comme les cancers cutané. Malgré ces risques, cette catégorie professionnelle reste peu explorée dans la littérature dermatologique. L'objectif principal de ce travail est d'évaluer la prévalence et les caractéristiques des dermatoses chez les conducteurs routiers, ainsi que d'identifier les facteurs professionnels associés à leur apparition.

Matériel et méthode :

Une étude transversale s'étalant de Décembre 2023 a Mai 2025 a été menée auprès de 120 conducteurs routiers tout véhicule confondus (petit taxi / grand taxi / transporteurs / camion gros calibre) et passant au moins 8 heures au volant par jour . Tous les participants ont consentis a répondre a quelques questions et a bénéficier a un examen dermatologique . (voir questionnaire dans les annexes)

Résultats :

L'échantillon était composé de 115 hommes (95,8 %) et 5 femmes (4,2 %), avec un âge moyen de 38 ans, les extrêmes allant de 19 à 82 ans. Le phototype III était le plus représenté, retrouvé chez 75 % des participants. En ce qui concerne l'ancienneté dans la profession, 75 % des conducteurs exerçaient depuis plus de 10 ans, et 25 % depuis 5 à 10 ans. Tous les conducteurs déclaraient passer plus de 8 heures par jour au volant, la majorité travaillant principalement le matin. Sur le plan dermatologique, 100 % des chauffeurs rapportaient une sécheresse cutanée. Un eczéma localisé aux mains et aux pieds était retrouvé chez 65 % des participants, tandis que 76 % présentaient un intertrigo interorteil, reflet probable d'une macération chronique. L'examen du visage révélait un vieillissement cutané précoce chez l'ensemble des conducteurs, avec apparition de rides et ridules, probablement en lien avec l'exposition solaire prolongée et non protégée. De plus, 10 % des participants présentaient une acné persistante à l'âge adulte, 4 % avaient développé un cancer cutané localisé au visage, tandis que des dermatoses pigmentaires telles que le vitiligo étaient retrouvées chez 5 personnes (4,2 %). Deux cas de pelade (1,7 %) ont été recensés, ainsi que trois cas de rougeole (2,5 %), bien que cette dernière pathologie soit plus infectieuse que professionnelle. Au niveau unguéal, plusieurs anomalies ont été observées : des cas de trachyonychie (aspect strié et fragile des ongles), d'hématomes sous-unguéaux, souvent liés à des microtraumatismes, ainsi que des bandes mélanonychiques, pouvant soulever des inquiétudes d'ordre mélanocytaire.

Conclusion

Les conducteurs routiers sont particulièrement exposés à divers facteurs favorisant l'apparition de dermatoses professionnelles, en particulier la sécheresse cutanée, l'eczéma, les intertrigos et les signes de photovieillissement. L'absence quasi-totale de mesures de photoprotection, la durée prolongée au volant, et le manque de suivi dermatologique régulier expliquent la fréquence élevée de ces affections. Une meilleure sensibilisation à l'hygiène cutanée, à la protection solaire (vêtements, crèmes, filtres UV sur les vitres), et une évaluation dermatologique périodique sont essentielles pour prévenir ces troubles et améliorer la qualité de vie de cette population souvent négligée dans les politiques de santé au travail.

L'Intelligence Artificielle en Dermatologie : Outil, Allié ou Menace ?

Enquête auprès du personnel médical au sein du service de dermatologie du CHU Ibn Sina Rabat

B.Idrissi Rhenimi, L.Mouline, F.Hammoud, N.Ammar, S.Hamada, M.Meziane, N.Ismaili, L.Benzekri
Service de dermatologie, CHU Ibn Sina, Rabat, Morocco

Introduction

L'intelligence artificielle (IA) connaît un essor rapide en dermatologie grâce à ses capacités à améliorer le diagnostic et à soutenir la décision clinique. Cependant, son intégration en pratique médicale suscite des interrogations liées à la fiabilité des outils, à leur impact sur les rôles des médecins et aux implications éthiques. L'objectif de cette étude était d'évaluer la perception, les attentes et les craintes du personnel médical vis-à-vis de l'IA en dermatologie, et d'identifier les leviers et obstacles à son adoption.

Matériels et Méthodes

Une étude transversale a été réalisée auprès de 65 participants du service de dermatologie du CHU Ibn Sina et de l'Hôpital Militaire Mohammed V à Rabat. La majorité des répondants étaient des femmes (91,2 %), avec un âge moyen de 29,2 ans, et des médecins (82,5 %). Un questionnaire structuré a évalué la connaissance de l'IA, son utilisation en pratique, la confiance accordée à ses outils, et l'intérêt pour une formation.

Résultats

La grande majorité des participants (98,2 %) connaissait l'IA et 75,4 % l'avaient déjà utilisée. Toutefois, seulement 61,4 % pensaient qu'elle pouvait aider au diagnostic et 87,7 % la jugeaient utile en recherche clinique. La confiance restait limitée dans des situations critiques : 21,1 % pour le triage en urgence et 29,8 % pour le suivi des patients chroniques. Près de la moitié (50,9 %) estimaient que l'IA pouvait partiellement remplacer les dermatologues, mais le remplacement total était rejeté (45,6 %). Malgré cela, 73,7 % étaient favorables à son usage en pratique, et 91,2 % manifestaient un vif intérêt pour une formation spécifique.

Discussion

Ces résultats traduisent une attitude globalement positive mais prudente vis-à-vis de l'IA. Si elle est perçue comme un outil prometteur dans la recherche et certaines tâches cliniques, elle n'est pas considérée comme un substitut à l'expertise médicale. Les craintes concernent principalement la fiabilité des systèmes, les biais algorithmiques et les implications éthiques. Le fort intérêt exprimé pour une formation reflète une volonté d'adopter ces nouvelles technologies, sous réserve d'un encadrement pédagogique et éthique adapté.

Conclusion

L'IA est perçue davantage comme un allié que comme une menace par les dermatologues. Son intégration réussie en pratique dépendra de programmes de formation ciblés et de recommandations éthiques claires, afin de garantir une utilisation sûre, efficace et complémentaire à l'expertise humaine.

Impact des affections cutanées sur le sommeil : une étude transversale basée sur un questionnaire auprès de 300 patients

S.BARAZ, R.BABA, M.AMRAOUI, Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA
Service de dermatologie vénérologie, Hopital militaire d'instruction Mohammed V RABAT

Introduction

Les troubles du sommeil, en particulier l'insomnie, sont fréquents chez les patients atteints de maladies cutanées chroniques et altèrent significativement leur qualité de vie. Le prurit, la douleur et l'anxiété liée à l'image corporelle sont des facteurs majeurs de perturbation du sommeil. Si des données existent en Europe et aux États-Unis, les études sur ce sujet restent limitées au Maghreb, notamment au Maroc. Cette étude visait à évaluer la prévalence, les causes et les répercussions des troubles du sommeil chez les patients dermatologiques marocains, ainsi que les stratégies utilisées pour les améliorer.

Méthodes

Une étude transversale a été menée de juin à décembre 2024 au service de dermatologie de l'Hôpital Militaire Mohammed V de Rabat. Trois cents patients adultes ont été inclus selon des critères stricts d'éligibilité. Les participants ont complété un questionnaire comprenant : habitudes de sommeil, intensité du prurit et de la douleur, Dermatology Life Quality Index (DLQI), échelle de Regensburg pour l'insomnie (RIS), et stratégies d'amélioration du sommeil. L'analyse statistique a été effectuée sous SPSS 26.0 avec des tests de Chi^2, ANOVA et régression logistique.

Résultats

La prévalence des troubles du sommeil était de 36,7 % (110/300), dont 70,9 % attribués à des symptômes dermatologiques. Le prurit (68,2 %), la douleur cutanée (55,4 %) et l'anxiété liée à l'apparence (51,8 %) constituaient les principales causes. Les patients atteints de psoriasis et de dermatite atopique présentaient un risque accru d'insomnie ($p < 0,01$). Les conséquences incluent fatigue diurne (72,7 %), irritabilité (60,9 %) et perturbation du sommeil des proches (27,3 %). Concernant les stratégies adoptées, 55,4 % des patients utilisaient des traitements médicamenteux (antihistaminiques, anxiolytiques, hypnotiques), 20,6 % recourent à la relaxation, 15,4 % modifiaient leur environnement de sommeil et 10,9 % employaient des remèdes naturels.

Discussion

La prévalence observée est comparable à celle rapportée dans la littérature internationale. Les troubles du sommeil étaient essentiellement liés aux symptômes cutanés, confirmant le rôle clé du prurit nocturne et de la douleur. L'impact sur la qualité de vie est majeur, touchant aussi bien la santé psychologique que le fonctionnement socio-professionnel. Les stratégies utilisées demeurent centrées sur les traitements pharmacologiques, alors que des approches non médicamenteuses comme la thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie (TCC-I) pourraient offrir un bénéfice durable.

Conclusion

Les troubles du sommeil sont fréquents chez les patients dermatologiques marocains, avec des répercussions significatives sur leur bien-être et leur entourage. Une prise en charge intégrée, associant traitement optimal de la dermatose, accompagnement psychologique et promotion de stratégies non médicamenteuses, apparaît essentielle pour améliorer leur qualité de vie.

Affections dermatologiques en haute altitude : étude transversale de 1192 consultations dans une région montagneuse

F. EL GUENNOUNI, M.EL AMRAOUI, R. FRIKH, N. HJIRA

Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat

Introduction
Les conditions climatiques spécifiques des zones de haute altitude – froid, sécheresse, rayonnement ultraviolet intense – influencent directement l'expression des dermatoses. Cette étude vise à décrire les affections dermatologiques rencontrées dans un environnement montagnard rural situé en haute altitude.
Matériels et méthodes
Il s'agit d'une étude transversale rétrospective portant sur 1192 patients vus en consultations dermatologiques dans le cadre d'une mission médicale spécialisée sur 44 jours consécutifs. L'hôpital de campagne implanté sur le site a permis la prise en charge de pathologies dermatologiques chez des patients de tous âges, sans critère d'exclusion. Les variables analysées incluaient l'âge, le sexe et le diagnostic clinique établi en consultation.
Résultats
L'âge moyen des patients était de 45 ± 8,5 ans, avec une prédominance masculine (59,8 %). La xérose cutanée représentait 53,8 % des diagnostics, suivie des dermatoses atopiques (21,7 %), des infections cutanées (7,0 %) et des tumeurs bénignes ou précancéreuses (0,8 %). Des cas de génodermatoses ont également été notés (0,5 %), incluant des affections héréditaires telles que l'ichtyose congénitale ou l'épidermolyse bulleuse.
Discussion
La fréquence élevée de la xérose et des affections atopiques s'explique par la rigueur du climat et les expositions professionnelles locales. L'incidence des infections cutanées reste modérée mais non négligeable. Le regroupement familial et les mariages consanguins pourraient justifier la survenue de génodermatoses rares dans cette population. Ces résultats sont comparables à ceux décrits dans d'autres régions d'altitude dans la littérature internationale.
Conclusion
La haute altitude constitue un environnement dermatologiquement hostile. La xérose, les eczémas et les lésions précancéreuses y sont particulièrement fréquents. Une prévention adaptée, incluant l'éducation à l'usage d'émollients et de photoprotection, est essentielle pour améliorer la santé cutanée en milieu montagnard.

Intertrigo interorteil chez les pratiquants musulmans : étude cas-témoins sur 400 sujets adultes

F. EL GUENNOUNI, M.EL AMRAOUI, R. FRIKH, N. HJIRA

Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat

Introduction
L'intertrigo est une pathologie fréquente des plis cutanés, favorisée par l'humidité, les frottements et la macération. Chez les pratiquants musulmans, la pratique quotidienne des ablutions pourrait constituer un facteur favorisant les intertrigos interorteils. Cette étude a pour objectif d'identifier les facteurs de risque associés à cette affection dans cette population.

Matériels et méthodes
Une étude cas-témoins a été menée sur 400 adultes répartis en deux groupes : 200 cas d'intertrigo infectieux interorteil et 200 témoins sans lésion, appariés selon l'âge. Les données ont été recueillies par entretien structuré et examen clinique. Les variables analysées incluaient le nombre quotidien d'ablutions, les méthodes de séchage, la présence de comorbidités (diabète, insuffisance veineuse). Des analyses statistiques univariées et multivariées ont été réalisées (Khi², test exact de Fisher, régressions logistiques).

Résultats
La fréquence de l'intertrigo augmentait significativement avec le nombre d'ablutions quotidiennes ($p < 0,001$). L'utilisation de serviettes réutilisables pour le séchage augmentait fortement le risque d'intertrigo (OR = 52,55 ; $p < 0,001$) par rapport aux méthodes jetables. Les comorbidités telles que le diabète (OR = 55,08 ; $p < 0,001$) et l'insuffisance veineuse chronique (OR = 36,18 ; $p = 0,005$) étaient des facteurs de risque significatifs. L'analyse multivariée a confirmé la contribution indépendante de ces variables.

Discussion
Cette étude souligne l'influence des pratiques religieuses quotidiennes sur la survenue d'intertrigo, en particulier le rôle de la fréquence des ablutions et des techniques de séchage. Les résultats appellent à des mesures de prévention ciblées, notamment l'éducation sur le séchage adéquat des pieds, en particulier chez les patients diabétiques ou souffrant d'insuffisance veineuse.

Conclusion
Les pratiques d'hygiène rituelle peuvent représenter un facteur de risque sous-estimé d'intertrigo. La promotion de méthodes de séchage adaptées et l'éducation sanitaire constituent des axes prioritaires de prévention au sein de cette population.

Connaissances, attitudes et pratiques des médecins non dermatologues en matière de prescription des dermocorticoïdes

Y. Farai1; M. El Amraoui1; W. Boudi1; Z. Youssef1; I. Anouar1; R. Frikh 1; H. N.1 1Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction : Les dermocorticoïdes (DC) constituent un pilier thérapeutique majeur en dermatologie. Cependant, leur prescription inappropriée est fréquente et peut entraîner des complications, ainsi qu'une corticophobie limitant leur usage. L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des professionnels de santé concernant l'utilisation des dermocorticoïdes, afin d'identifier les lacunes et besoins en formation. **Matériel (ou, patients) et méthode** : Il s'agit d'une étude descriptive et analytique menée auprès d'un échantillon de 95 participants comprenant des étudiants en médecine, internes, résidents et spécialistes toutes spécialités confondues. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire structuré administré en ligne par Google Forms. Ce questionnaire portait sur les connaissances, attitudes et pratiques concernant l'utilisation des dermocorticoïdes. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS.

Résultats : Le score moyen au questionnaire était de 14,11 points sur 60, avec une médiane à 10, témoignant d'un niveau de connaissances faible à modéré. Parmi les 95 participants, 27 (28,4 %) n'ont obtenu aucun point, illustrant des lacunes majeures. Seulement 31,6 % des répondants connaissaient la durée recommandée d'application d'un dermocorticoïde dans un eczéma aigu, et 47,4 % savaient qu'il existe quatre classes selon la classification française. Les critères de choix adaptés (âge, localisation, puissance) étaient bien identifiés par environ 50 à 85 % des participants, mais les contre-indications étaient moins bien connues (14 à 38 % de bonnes réponses selon les pathologies). L'analyse croisée a montré que les médecins généralistes et les pédiatres obtenaient des résultats nettement meilleurs que les internes, étudiants en médecine et spécialistes d'autres disciplines. Par ailleurs, 56 % des participants ayant effectué un stage en dermatologie durant leur cursus affichaient des scores plus élevés, tandis que l'ancienneté clinique, qu'elle soit inférieure ou supérieure à 10 ans, n'influençait pas significativement les résultats.

Discussion : Les résultats montrent un niveau globalement faible de connaissances sur les dermocorticoïdes, avec des lacunes importantes notamment sur la classification, les indications et les contre-indications. Les médecins généralistes et pédiatres obtiennent de meilleurs scores, tandis que les internes, étudiants et autres spécialistes présentent des connaissances fragmentaires. Le passage en service de dermatologie améliore significativement les performances, contrairement à l'ancienneté qui n'a pas d'impact notable. Ces données soulignent un besoin urgent de renforcer la formation dermatologique pour améliorer la prescription et limiter la corticophobie.

Conclusion : Cette étude met en évidence des insuffisances significatives des connaissances sur les dermocorticoïdes chez les professionnels de santé, susceptibles d'engendrer des erreurs thérapeutiques et des complications iatrogènes importantes. Il apparaît donc indispensable de renforcer la formation dermatologique afin d'améliorer les pratiques cliniques et d'optimiser la sécurité des patients.

Évaluation des connaissances et des craintes des patients acnéiques concernant l'isotrétinoïne par voie orale

Y. Farai; M. El Amraoui; Z. Youssef; T. Hanafi; I. Anouar; R. Frikh ; N. Hjira
Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction : L'isotrétinoïne orale est un traitement de référence pour l'acné sévère, mais les préoccupations concernant ses effets secondaires peuvent limiter son utilisation. Cette étude a pour objectif d'évaluer les connaissances des patients acnéiques sur ce traitement, d'analyser leurs craintes et d'identifier les lacunes dans leur éducation afin d'améliorer l'adhésion au traitement.
Matériel (ou, patients) et méthode : Il s'agit d'une étude transversale descriptive menée sur six mois (décembre 2024 - mai 2025) visant à évaluer les connaissances des patients acnéiques ayant déjà entendu parler de l'isotrétinoïne. Les données ont été recueillies via un questionnaire standardisé, administré oralement lors des consultations. Parmi 126 patients recrutés, 20 ont été exclus pour absence de connaissance préalable du traitement, constituant un échantillon final de 106 patients. L'analyse descriptive a été réalisée avec Microsoft Excel.
Résultats : Parmi les 106 patients acnéiques inclus, majoritairement jeunes (âge moyen 24,8 ans) et de sexe féminin (69,8 %), une majorité avait une perception mitigée de l'isotrétinoïne, avec seulement 28,3 % ayant une opinion globalement positive. Malgré cela, 45,3 % préféraient ce traitement pour leur acné. Les connaissances sur le traitement étaient incomplètes : 41,5 % ignoraient son effet sur la cicatrisation, 57 % méconnaissaient la contre-indication à l'exercice physique intense, et près d'un tiers ne savaient pas qu'un suivi biologique mensuel est nécessaire. Les craintes principales portaient sur les effets secondaires, notamment l'atteinte hépatique (81,1 %) et la dépression (64,2 %), reflet d'une inquiétude légitime mais parfois amplifiée par des sources d'information non médicales, comme les réseaux sociaux (34 %). La relation avec le médecin apparaît cruciale, car malgré les inquiétudes, 43,4 % des patients recommanderaient l'isotrétinoïne à un proche, suggérant une confiance dans l'efficacité du traitement et dans l'accompagnement médical.
Discussion : Bien que l'isotrétinoïne soit perçue comme dangereuse par de nombreux patients, beaucoup préfèrent ce traitement pour son efficacité contre l'acné. Les préoccupations concernant les effets secondaires, tels que les atteintes hépatiques et le risque de dépression, influencent fortement leurs choix. En outre, la désinformation sur des aspects essentiels du traitement, comme les contre indications à l'exercice physique intense ou la durée du traitement, souligne la nécessité d'une meilleure éducation des patients. Les patients bénéficiant d'un suivi dermatologique régulier présentent une meilleure compréhension du traitement et moins de préoccupations.
Conclusion : Notre étude met en évidence la nécessité d'éduquer les patients acnéiques sur les précautions essentielles à prendre lors d'un traitement par isotrétinoïne, tout en corrigeant les idées reçues et en réduisant les peurs infondées grâce à un accompagnement dermatologique adéquat, afin de renforcer l'observance et d'optimiser la prise en charge globale des patients traités par isotrétinoïne

Mythes et croyances dans la prise en charge des plaies et brûlures au Maroc : quand la culture interfère avec la littérature

Résumé

La cicatrisation cutanée est un processus dynamique pouvant être retardé par des conduites inadaptées et des croyances ancrées. Au Maroc, des pratiques de premier recours comme l'application de miel de cuisine, d'huiles domestiques, de citron, de dentifrice ou d'huile de cuisson déjà utilisée, mais aussi le recours à la hijama et à la cautérisation, demeurent fréquentes, alors que les données probantes privilégient l'irrigation précoce à l'eau courante, la cicatrisation en milieu humide, l'usage raisonné des antiseptiques et la photoprotection prolongée des cicatrices [1–4,17–18]. L'objectif de cette étude était d'évaluer, chez des patients marocains, les connaissances, croyances et pratiques relatives aux plaies, brûlures et cicatrices, puis de comparer ces résultats à la littérature issue d'autres pays arabes et d'Asie du Sud. Une étude transversale a été menée au CHU Mohammed VI de Tanger entre janvier et juin 2025, auprès de patients hospitalisés et de patients vus en consultation. Trois cent soixante-treize personnes ont participé ; l'âge médian était de 47 ans, avec une prédominance féminine. Les patients rapportaient un recours important aux remèdes domestiques, une sous-utilisation du lavage et de l'irrigation, la croyance qu'il faut « laisser respirer » les plaies, une photoprotection très insuffisante des cicatrices et, dans une proportion non négligeable, une automédication par ibuprofène. Un volet spécifique du questionnaire explorait le rythme de changement des pansements : une part notable déclarait des changements trop espacés (jusqu'à une fois par semaine), ce qui s'associait à davantage de suintements, d'odeurs et d'inconfort. Dans la discussion, ces constats ont été rapprochés des données publiées en Arabie saoudite, au Liban, en Jordanie, en Iran et au Pakistan, qui décrivent des mythes comparables, en particulier le refus du lavage et la croyance dans les remèdes ménagers [3–8,17–20]. Ces résultats soutiennent la mise en place de campagnes éducatives contextualisées et pluridisciplinaires.

Introduction

La cicatrisation suit des étapes finement coordonnées—phase inflammatoire, phase proliférative, puis remodelage—dont l'issue peut être améliorée par des gestes simples et fondés sur les preuves : irrigation précoce à l'eau du robinet, maintien d'un environnement humide propre, sélection raisonnée des antiseptiques et photoprotection des cicatrices sur plusieurs mois [1–4,17–18]. Les travaux historiques de Winter ont établi qu'un milieu humide accélère l'épithélialisation, contredisant la croyance répandue selon laquelle l'exposition « à l'air » favorise la guérison [2]. Malgré cela, dans de nombreuses sociétés, la prise en charge des plaies reste façonnée par des mythes tenaces—ne pas laver, laisser à l'air libre, exposer au soleil—et par des remèdes ménagers ou traditionnels dont l'innocuité et l'efficacité ne sont pas garanties. Dans le contexte marocain, s'ajoutent la circulation d'antiseptiques forts utilisés sans indication claire, l'automédication par ibuprofène, et des pratiques culturelles comme la hijama ou la cautérisation. Le présent travail décrit ces croyances et conduites chez des patients pris en charge à Tanger, puis les met en perspective avec la littérature régionale et du sous-continent indien.

Méthodes

Une étude transversale monocentrique a été réalisée au CHU Mohammed VI de Tanger entre janvier et juin 2025. Les participants étaient des patients hospitalisés dans les services cliniques et des patients vus et examinés en consultation externe, âgés de seize ans ou plus, ayant déjà présenté une plaie, une brûlure ou une cicatrice. Un questionnaire bilingue (français-arabe), élaboré et validé par un panel de dermatologues et d'urgentistes, a été administré de vive voix par des investigateurs formés. Les différentes sections recueillaient les caractéristiques sociodémographiques, l'historique de plaies et brûlures, les conduites de premier recours (dont miel de cuisine, huile d'olive, huile d'argan, aloe vera, citron, dentifrice et huile de cuisson déjà utilisée pour la friture), les croyances liées au lavage, au « laisser respirer » et à l'exposition solaire, les pratiques traditionnelles (hijama, cautérisation), l'automédication médicamenteuse (avec un focus sur l'ibuprofène) et la connaissance/usage de la photoprotection. Un module dédié interrogeait le rythme de changement des pansements (quotidien, tous les deux jours, hebdomadaire, « quand ça gêne ») et les motifs des changements. Les données ont été analysées de façon descriptive et présentées en fréquences relatives, avec mise en relation exploratoire entre certaines croyances/pratiques et des issues rapportées (douleur prolongée, retard de cicatrisation, surinfection, dyschromies post-inflammatoires).

Résultats

Trois cent soixante-treize patients ont été inclus. L'âge médian était de 47 ans (intervalle interquartile 31–60), 61,9 % étaient des femmes. Près de sept patients sur dix rapportaient au moins un antécédent de plaie ou de brûlure ayant nécessité une prise en charge. S'agissant des conduites de premier recours, 41 % déclaraient utiliser du miel de cuisine, 28 % de l'huile d'olive, 11 % de l'huile d'argan, 18–19 % du citron, 18 % de l'aloe vera ; 27 % appliquaient du dentifrice et 20 % de l'huile de cuisson déjà utilisée directement sur les brûlures. Quarante-quatre pour cent rapportaient l'emploi initial d'antiseptiques forts (alcool, povidone-iode, chlorhexidine). Les croyances étaient marquées : 46 % affirmaient qu'il ne faut pas laver les plaies, 54 % qu'il faut les laisser à l'air libre, et 43 % considéraient le soleil comme bénéfique à la cicatrisation. Le recours à la hijama était retrouvé chez environ un patient sur dix, et la cautérisation chez 6 % ; plus d'un sur dix avait déjà consulté un « guérisseur » pour une lésion cutanée. L'automédication par ibuprofène (Spidifen®) concernait 37 % des répondants ; parmi eux, un sur cinq rapportait une aggravation de lésions infectieuses (érysipèle, zona, varicelle). La photoprotection des cicatrices était peu connue : 58 % ignoraient la nécessité d'un écran solaire pendant plusieurs mois, et seuls 18–19 % avaient utilisé un écran teinté après une plaie ou une brûlure. Le module consacré aux pansesments montrait une grande hétérogénéité : 32 % déclaraient changer le pansement quotidiennement, 21 % tous les deux jours, 18 % au moins deux fois par semaine selon l'exsudat, tandis que 14 % seulement le changeaient une fois par semaine ou « quand ça gêne ». Dans ce dernier sous-groupe, les patients rapportaient plus souvent des suintements malodorants, un inconfort prolongé, des adhérences douloureuses au retrait et un sentiment de « lenteur » de guérison.

Discussion

Ces résultats décrivent un paysage de soins de premier recours où dominent des mythes et des pratiques susceptibles de retarder la cicatrisation. Le constat le plus saillant concerne la réticence au lavage et à l'irrigation des plaies : près de la moitié des répondants jugeaient qu'il ne faut pas laver, et plus d'un sur deux pensaient qu'il faut « laisser respirer ». Or, la synthèse Cochrane montre que l'eau du robinet est un moyen sûr et approprié pour le nettoyage des plaies dans la communauté [1], et les expériences princeps de Winter ont démontré l'intérêt d'un milieu humide qui accélère l'épithélialisation [2]. Le refus du lavage—motivé par la peur de « faire entrer les microbes » ou d'« ouvrir la plaie »—et la pratique de l'exposition à l'air n'ont, dans ce contexte, aucun fondement physiologique et s'opposent directement aux mécanismes de réparation tissulaire. Cette dissonance entre savoirs établis et gestes réels n'est pas propre au Maroc : en Arabie saoudite, au Liban, en Jordanie et en Iran, les enquêtes populationnelles rapportent la même sous-utilisation de l'irrigation et la persistance du « laisser à l'air » [3–8]. La proximité culturelle et la transmission intergénérationnelle de ces messages participent à leur enracinement ; l'éducation thérapeutique doit donc cibler explicitement le mythe du non-lavage, en expliquant que l'irrigation mécanique élimine débris et charge microbienne sans nuire à la cicatrisation.

La prise en charge des brûlures illustre un second nœud critique : l'application de dentifrice et d'huile de cuisson déjà utilisée a été très fréquente, souvent au détriment du refroidissement immédiat et prolongé à l'eau courante, pourtant associé à de meilleurs résultats (moindre profondeur lésionnelle, réduction du recours à la greffe) [4]. Les études saoudiennes, libanaises, jordaniennes et pakistanaises décrivent un profil identique, le dentifrice étant régulièrement cité comme premier geste « apaisant » [3,5–7]. Sur le plan biophysique, les huiles alimentaires forment un film occlusif qui bloque l'évaporation, ralentit la dissipation thermique et, lorsqu'elles sont appliquées tièdes ou chaudes, maintiennent une charge calorique capable d'aggraver une brûlure superficielle [3,4]. Il s'agit là d'un enseignement simple mais crucial à intégrer aux messages de santé publique.

L'usage non critique d'antiseptiques forts sur peau vivante constitue un troisième écueil. Des travaux expérimentaux in vitro et ex vivo ont montré que plusieurs solutions antiseptiques usuelles présentent une cytotoxicité dose- et temps-dépendante sur les fibroblastes et kératinocytes, inhibant la migration cellulaire et retardant la fermeture des plaies [9,10]. Ces données n'interdisent pas l'antisepsie, mais encouragent un emploi raisonné (indication, concentration, durée) et rappellent que l'irrigation et la protection en milieu humide restent les piliers.

Les pratiques traditionnelles instrumentées comme la hijama et la cautérisation persistent dans la cohorte, avec des complications infectieuses décrites également dans la littérature internationale : cellulites, abcès profonds, voire fasciites nécrosantes après ventouses humides [11,12]. Le message de prévention doit rester culturellement sensible, mais explicite sur les risques et sur la nécessité d'une hygiène rigoureuse et d'un triage précoce devant toute douleur fébrile ou extension rapide.

Un signal préoccupant concerne l'automédication par ibuprofène (Spidifen®), largement disponible. Les synthèses et données cliniques ont relevé des aggravations d'infections cutanées bactériennes et virales, en particulier au cours de la varicelle/zona, avec un surrisque de cellulites et d'infections nécrosantes des tissus mous [13,14]. Les recommandations privilégient le paracétamol en cas d'infection virale cutanée suspectée. Dans notre contexte, l'accessibilité communautaire et la banalisation des AINS renforcent la nécessité d'un counseling pharmaceutique et d'actions de régulation.

La photoprotection des cicatrices reste très insuffisamment comprise, alors que les UV et la lumière visible exacerbent la pigmentation post-inflammatoire (PIH), fréquente chez les phototypes III–V [17,18]. Les revues et essais cliniques ont montré l'intérêt d'écrans teintés riches en oxydes de fer, capables d'atténuer la part visible du spectre et de réduire les dyschromies et rechutes pigmentaires ; cette stratégie doit être expliquée et prescrite dès la phase de maturation cicatricielle.

Le rythme de changement des pansements émerge comme un déterminant pratique souvent négligé par le public. Si des dispositifs avancés peuvent rester en place plusieurs jours lorsque l'exsudat est correctement contrôlé, un changement trop espacé chez des patients non formés—par exemple une fois par semaine avec un pansement gorgé d'exsudat—favorise la macération, l'augmentation de la charge bactérienne, l'odeur, l'irritation péri-lésionnelle et l'adhérence traumatique au retrait, avec à la clé une douleur accrue et un retard de cicatrisation. Les principes issus de la chirurgie expérimentale et des synthèses méthodiques—irrigation suffisante, milieu humide contrôlé, surveillance de l'exsudat—plaident pour un intervalle de changement individualisé, expliqué au patient, plutôt que pour des calendriers hebdomadaires rigides [1,2]. Dans notre cohorte, le sous-groupe qui changeait « une fois par semaine » rapportait davantage de signes d'inefficacité (suintement, odeur, inconfort), ce qui milite pour une éducation ciblée au moment de la prescription du pansement et lors des contrôles infirmiers.

Enfin, la phytothérapie photosensibilisante telle que l'application de citron sur peau lésée ou récemment cicatrisée a été retrouvée. Les furocoumarines des agrumes exposent à des phytophotodermatites avec dyschromies persistantes en cas d'exposition solaire, ce qui alourdit encore la charge pigmentaire post-inflammatoire [20]. Compte tenu de l'ancrage culturel de ces usages, l'information doit être claire, non stigmatisante, et proposer des alternatives sûres lorsqu'un émollient ou une protection cutanée est recherché.

Dans l'ensemble, les tendances observées au Maroc rejoignent celles d'Arabie saoudite, du Liban, de Jordanie, d'Iran et du Pakistan : réticence au lavage, préférence pour des remèdes ménagers, recours à des pratiques traditionnelles, faible photoprotection [3–8,17–20]. Les spécificités marocaines tiennent notamment à la fréquence rapportée du citron et de l'huile de cuisson déjà utilisée, ainsi qu'à l'accessibilité des AINS en automédication. Ces constats appellent des campagnes éducatives contextualisées, associant médecins, infirmiers, pharmaciens et relais communautaires, formulées en messages simples : rincer tôt et abondamment, maintenir un milieu humide propre, éviter les topiques irritants/occlusifs, se méfier des antiseptiques agressifs répétés, privilégier le paracétamol en cas d'infection virale suspectée, protéger les cicatrices avec des écrans teintés pendant plusieurs mois, et adapter la fréquence de changement des pansements à l'exsudat et au type de dispositif.

Conclusion

Cette étude, menée auprès de patients hospitalisés et de patients vus en consultation au CHU Mohammed VI de Tanger, montre la persistance de mythes et de pratiques inadaptées qui compromettent la cicatrisation : refus du lavage, exposition à l'air libre, application de dentifrice, d'huile de cuisson déjà utilisée et d'agrumes, recours à la hijama ou à la cautérisation, emploi non raisonné d'antiseptiques, automédication par ibuprofène, photoprotection insuffisante, et changements de pansement trop espacés. La convergence avec la littérature du Moyen-Orient et de l'Asie du Sud confirme le poids des déterminants culturels ; les particularités marocaines identifiées justifient des programmes d'éducation thérapeutique ciblés et une articulation renforcée entre dermatologie, médecine d'urgence, soins infirmiers et pharmacie clinique, afin d'aligner les pratiques sur les recommandations fondées sur les preuves.

Références

22. Fernandez R, Griffiths R. Water for wound cleansing. Cochrane Database Syst Rev. 2022; (9):CD003861. doi:10.1002/14651858.CD003861.pub4.
23. Winter GD. Formation of the scab and the rate of epithelization. Nature. 1962;193:293–294. doi:10.1038/193293a0.
24. Hettiaratchy S, Dziewulski P. ABC of burns: pathophysiology and types of burns. BMJ. 2004;328:1427–1429. doi:10.1136/bmj.328.7453.1427.
25. Griffin BR, Frear CC, et al. Cool running water first aid and burn outcomes: a systematic review. Ann Emerg Med. 2020;75(1):75–85. doi:10.1016/j.annemergmed.2019.04.019.
26. Kattan AE, AlShomer F, et al. First aid and traditional remedies for burns in Saudi Arabia. Burns Trauma. 2016;4:37. doi:10.1186/s41038-016-0047-y.
27. Aoun CB, et al. Thermal burns knowledge, attitudes and practices in the Lebanese population: a cross-sectional study. Int Wound J. 2024 (early view)/2025;22(1). doi:10.1111/iwj.15002.
28. Al-Qudah R, et al. Knowledge and practice of burn first aid among Jordanian parents. J Nurs Res. 2023;31(2):e240. doi:10.1097/JNR.0000000000000523.
29. Tolouei M, et al. Knowledge, attitude and sources of information toward burn first aid in Iran. Int Wound J. 2024;21(1):e14334. doi:10.1111/iwj.14334.
30. Rueda-Fernández M, et al. Effect of commonly used wound antiseptics on human skin fibroblasts. Clin Exp Dermatol. 2022;47(8):1451–1460. doi:10.1111/ced.15235.
31. Ortega-Llamas L, et al. Cytotoxicity and wound closure evaluation in skin cell lines after treatment with common antiseptics. Cells. 2022;11(9):1395. doi:10.3390/cells11091395.
32. Wang Y, et al. Disseminated Staphylococcus aureus infection after wet cupping therapy: case report and review. BMC Complement Med Ther. 2023;23:121. doi:10.1186/s12906-023-03932-x.
33. Alajmi T, et al. Necrotizing fasciitis following wet cupping: a case report. Cureus. 2021;13(4):e14677. doi:10.7759/cureus.14677.
34. Voiriot G, Dury S, et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and infectious complications: a critical review. J Clin Med. 2019;8(6):786. doi:10.3390/jcm8060786.
35. Mikaeloff Y, et al. Severe bacterial skin complications following varicella and NSAIDs exposure. Br J Clin Pharmacol. 2008;65(6):881–888. doi:10.1111/j.1365-2125.2008.03117.x.
36. Mrabti HN, et al. Medicinal plants used for skin burns in Taza, Morocco: an ethnopharmacological survey. Evid Based Complement Alternat Med. 2022;2022:3436665. doi:10.1155/2022/3436665.
37. Salhi N, et al. Ethnopharmacological study of medicinal plants used for burns in occidental Morocco (Rabat). S Afr J Bot. 2019;121:128–142. doi:10.1016/j.sajb.2018.10.038.
38. Geisler AN, et al. Visible light—Part II: Photoprotection (tinted sunscreens and iron oxides). Photodermatol Photoimmunol Photomed. 2021;37(5):440–452. doi:10.1111/phpp.12636.
39. Lyons AB, Trullas C, et al. Photoprotection beyond ultraviolet radiation: the role of visible light and tinted sunscreens. J Am Acad Dermatol. 2021;84(6):1493–1502. doi:10.1016/j.jaad.2020.09.074.
40. Atique H, et al. Knowledge of first-aid treatment of burns: a comparative community study in Pakistan. Cureus. 2023;15(5):e38604. doi:10.7759/cureus.38604.
41. Dumitrescu CG, et al. Phytophotodermatitis induced by citrus: mechanisms and clinical patterns. Toxins (Basel). 2024;16(6):352. doi:10.3390/toxins16060352.

Affections dermatologiques liées aux soins esthétiques en salon de beauté : enquête épidémiologique et sensibilisation du public

M. El Bakkali; O. El jouari; B. Khedija; S. Gallouj

Service de dermatologie, Centre Hospitalier Universitaire Mohamed VI, Tanger, Maroc

Introduction
Les soins esthétiques sont aujourd'hui intégrés aux routines de beauté de nombreuses personnes, en particulier les jeunes femmes. Ces actes : coupe, épilation, manucure, lissage, extensions ou maquillage professionnel, sont perçus comme des gestes de bien-être ou d'hygiène. Toutefois, réalisés en dehors du cadre médical, dans des lieux parfois peu encadrés, ils exposent la peau, les phanères et les muqueuses à des risques d'agressions mécaniques, chimiques ou infectieuses. En l'absence de sensibilisation du public et de réglementation sanitaire claire, les complications dermatologiques sont fréquentes mais peu reconnues.
Objectifs
Cette étude visait à :
Déterminer la fréquence et la nature des complications dermatologiques liées aux soins esthétiques en salon.
Évaluer les comportements post-complication et le recours au dermatologue.
Mesurer le niveau de sensibilisation du public concernant les risques infectieux ou allergiques.
Méthodes
Une enquête transversale anonyme a été menée à travers un questionnaire bilingue (français/arabe) en ligne, diffusé au grand public. Le formulaire incluait des données sociodémographiques, les types de soins reçus, les effets indésirables éventuels, les conduites adoptées et le niveau de connaissance des risques liés à l'hygiène.
Résultats
Sur 230 répondants, 87 % étaient des femmes, principalement âgées de 18 à 35 ans.
59 % ont rapporté au moins une complication dermatologique à la suite d'un soin en salon.
Les complications les plus fréquentes étaient :
Poils incarnés et folliculites après épilation : 26 %
Mycoses unguéales et panaris après manucure/pédicure : 21 %
Réactions allergiques ou eczéma après extensions de cils ou pose d'ongles : 17 %
Chute de cheveux, irritation ou allergies après lissage/coloration : 19 %
Herpès ou poussée d'acné après maquillage professionnel : 12 %
Seuls **27 %** ont consulté un dermatologue ; 31 % ont traité eux-mêmes ; 14 % n'ont rien fait.
Malgré les complications, **39 %** ont refait le même soin, dont 23 % dans le même salon.
Concernant l'hygiène :
52 % estiment que l'hygiène est "moyenne" ; 21 % la jugent "médiocre".
72 % ignoraient que la cire pouvait transmettre le HPV.
61 % n'étaient pas conscients des risques infectieux liés au matériel non stérile.
Discussion
Les soins esthétiques réalisés en salon s'accompagnent de risques dermatologiques sous-estimés. Cette étude révèle une **prévalence élevée de complications cutanées**, souvent négligées ou mal prises en charge. Les principales atteintes rapportées relèvent du champ infectieux (fongique, viral, bactérien) ou allergique, et certaines peuvent devenir chroniques si elles ne sont pas traitées précocement.
Le **faible taux de recours à un dermatologue**, associé à la banalisation des complications et à la répétition des soins à risque, montre une **absence de sensibilisation du public** et l'absence de repères fiables en matière de bonnes pratiques. Les résultats montrent également un **manque de formation ou de rigueur en hygiène** dans de nombreux établissements esthétiques.
Ce constat doit interpeller les dermatologues, tant sur le plan clinique que préventif. Il devient impératif d'intégrer ces risques dans l'éducation sanitaire, de **développer des outils d'information pour les patients**, et de **favoriser une régulation du secteur esthétique**, en lien avec les autorités de santé. Une

approche multidisciplinaire, associant dermatologues, hygiénistes et professionnels du secteur beauté, est essentielle pour protéger la santé cutanée du public.

Conclusion

Notre étude met en évidence l'**impact cutané non négligeable des pratiques esthétiques en salon**, et alerte sur une **carence majeure en information et en hygiène**. Ces soins, perçus comme anodins, peuvent entraîner des pathologies dermatologiques parfois sévères ou chroniques.
Pour les dermatologues, ce travail souligne la nécessité d'**intégrer les complications post-esthétiques dans l'interrogatoire et la démarche diagnostique**, et de s'impliquer activement dans la **sensibilisation du public** et la **régulation des pratiques non médicales à visée esthétique**.

Cosmétiques traditionnels en milieu saharien : étude prospective sur leurs usages, complications cutanées et enjeux de sécurité dermatologique

S.BARAZ, R.BABA, M.AMRAOUI, Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA
Service de dermatologie vénérologie, Hôpital militaire d'instruction Mohammed V RABAT

Introduction : Dans certaines zones sahariennes, les cosmétiques traditionnels artisanaux sont massivement utilisés pour leurs vertus esthétiques supposées (éclaircissement, stimulation capillaire, traitements du vitiligo). Leurs formulations non régulées, parfois enrichies de substances actives non déclarées, exposent à des effets cutanés sévères, amplifiés par un environnement climatique agressif (UV intense, vent, sécheresse). Cette étude prospective vise à décrire les produits utilisés, leurs complications et le profil des patientes concernées.

Matériel et méthode : Étude observationnelle prospective menée d'avril à juin 2025 auprès de patientes consultant pour des dermatoses possiblement liées à un cosmétique traditionnel. Critères d'inclusion : femmes ≥18 ans, lésions localisées aux zones d'application cosmétique, sans dermatoses infectieuses générales. Un questionnaire standardisé a recueilli les données cliniques, sociodémographiques et les produits utilisés. Un examen clinique complet, incluant dermoscopie et, si besoin, biopsie ou patch-test a été réalisé. Analyse statistique via SPSS.

Résultats : 102 patientes incluses (âge moyen 33 ans). Produits utilisés : Crèmes éclaircissantes non étiquetées à base de corticoïdes puissants (Venice®, Top Shirley®, Zero Tache®) : 54,7 %, Huiles artisanales (argan, myrte, figue de barbarie) : 41,5 %, Savons traditionnels (oudâa, encens, "eczéma") : 36,8 %, Crèmes non homologuées pour vitiligo ou alopécie : 19,8 % , Poudres/plantes séchées (maca, oliban) : 11,3 %.
Les principaux effets cutanés signalés incluaient : dermite irritative (32,1 %), eczéma de contact (26,4 %), acné stéroïdienne (18,9 %), teignes du cuir chevelu (11,3 %), et hyperpigmentations post-inflammatoires (44,3 %). L'usage de corticoïdes démasqués était statistiquement associé à des lésions sévères du visage ($p < 0,01$). Des cas de dermites pustuleuses localisées (sourcils) ont été confirmés par patch-tests positifs à l'huile d'argan. Des dermoscopies ont mis en évidence une altération du réseau pigmentaire, un érythème diffus, et des pustules folliculaires dans plusieurs cas.

Discussion : Ce travail met en lumière une réalité préoccupante : l'usage non régulé de cosmétiques traditionnels entraîne des dermatoses parfois sévères. Notre étude révèle une contamination systématique par des agents toxiques, dont le clobétasol, souvent dissimulés. Les conditions sahariennes extrêmes altèrent la barrière cutanée, favorisant la pénétration de ces substances et une inhibition paradoxale des mélanocytes. L'absence d'étiquetage, l'analphabétisme (= 50 %), et la pression sociale pour l'éclaircissement aggravent le risque. La fréquence d'hyperpigmentation post inflammatoire (44,3 %) dépasse celle rapportée en Inde (28,6 %, Patel et al.), suggérant une sensibilité saharienne spécifique. Le stress oxydatif pourrait expliquer l'atrophie cutanée précoce observée. Ces résultats s'inscrivent dans un vide réglementaire préoccupant où circulent librement des produits frelatés.

Conclusion : Cette étude révèle un enjeu de santé publique mal documenté : l'utilisation chronique de cosmétiques traditionnels dans un environnement désertique expose à des complications cutanées sévères. Des actions urgentes sont nécessaires : encadrement réglementaire, alternatives locales sûres, et campagnes d'éducation dermatologique.

Photodermatoses et déficits de photoprotection en milieu désertique côtier : étude transversale en zone à fort ensoleillement

S.BARAZ, R.BABA, T.HANAFI, M.AMRAOUI, Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA
Service de dermatologie vénérologie, Hopital militaire d'instruction Mohammed V RABAT

Introduction : Les régions désertiques côtières, soumises à un ensoleillement intense et à une réflexion UV accrue (sable/océan), présentent un risque élevé de photodermatoses. À Dakhla (Sud-Maroc), l'indice UV dépasse régulièrement 10, dans un contexte d'accès limité aux moyens modernes de photoprotection. Malgré l'émergence touristique et l'exposition professionnelle, les données épidémiologiques et comportementales font défaut, notamment dans les populations mixtes (résidents/touristes). Cette étude vise à estimer la prévalence des photodermatoses, décrire les pratiques de photoprotection et identifier les groupes à risque.

Matériel et méthode : Étude transversale monocentrique (avril-juin 2025) au Centre hospitalier de Dakhla. Trois cent douze adultes (≥18 ans) inclus : 58% résidents, 42% touristes. Questionnaire validé : exposition solaire, usage de crèmes (SPF, fréquence), vêtements protecteurs et obstacles économiques. Examen clinique des lésions avec phototypage (Fitzpatrick) et dermoscopie si doute. Analyse par régression logistique ajustée (âge, sexe, phototype). Consentement éclairé obtenu.

Résultats : Prévalence globale : 28,2% (n=88/312), significativement plus élevée chez les touristes vs résidents (34% vs 22% ; $p<0,01$; OR=1,9 [1,1–3,2]). Dominée par la lucite polymorphe (65%), prurigo actinique (18%) et urticaire solaire (11%). Parmi les résidents, les phototypes clairs (I-III) avaient un risque doublé (OR=2,1 ; IC95% : 1,3–3,4). Professions les plus touchées : pêcheurs (42%), BTP (37%). Seuls 12% des résidents utilisaient un écran SPF≥50 (vs 68% des touristes). Si 89% portaient des vêtements couvrants, 23% seulement utilisaient des textiles UPF. Obstacles majeurs : coût (61%), confiance excessive dans les habits traditionnels (23%).

Discussion : Première étude quantifiant l'écart de protection résidents/touristes en zone désertique côtière. La prévalence dépasse celle des zones tempérées (e.g., 15% en Méditerranée ; étude Dupont et al. 2023), confirmant l'agressivité du biotope. Les lésions actiniques infracliniques (19% des asymptomatiques) révèlent une sous-estimation des dommages chroniques. Au-delà du coût, le manque de formation médicale sur les UV réfléchis et l'indisponibilité de textiles UPF aggravent le risque. Limites : biais de recrutement hospitalier, saisonnalité des données.

Conclusion : Cette étude révèle une prévalence alarmante de photodermatoses à Dakhla, liée à des défaillances systémiques de photoprotection. Nous proposons : une intégration de modules UV dans les soins primaires locaux, une subventions publiques pour écrans SPF50+ et textiles UPF, des partenariats avec l'industrie touristique pour des kits de prévention. Urgent dans les régions arides côtières, où le changement climatique amplifie l'exposition UV.

Télé-expertise dermatologique au profit des populations sinistrées : étude prospective de 177 consultations sur 6 mois

F. EL GUENNOUNI, M.EL AMRAOUI, R. FRIKH, N. HJIRA

Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat

Introduction
La télé-expertise permet l'émission d'un avis dermatologique spécialisé à distance, via une requête d'un professionnel de santé. Elle représente une alternative pertinente pour les zones sinistrées ou isolées. Cette étude vise à décrire les caractéristiques des consultations dermatologiques réalisées à distance auprès de patients victime d'un séisme.
Matériels et méthodes
Une étude prospective exploratoire a été menée sur six mois (octobre 2023 à mars 2024), avec cinq séances hebdomadaires de télé-expertise dermatologique. Les demandes émanaient de médecins généralistes sur deux sites sinistrés. L'équipement utilisé comprenait une caméra haute résolution et un dermatoscope. Un registre systématique a été renseigné pour chaque consultation.
Résultats
Au total, 177 consultations ont été réalisées (59 % d'hommes, 41 % de femmes), avec un âge médian de 32 ans (extrêmes : 6 mois – 92 ans). Les dermatoses inflammatoires étaient prédominantes (65 %), dominées par les eczémas. Les dermatoses infectieuses représentaient 22 % des cas, principalement d'origine virale. Les affections tumorales constituaient 6 % des diagnostics, en majorité bénignes. Enfin, 6 % relevaient de génodermatoses, notamment des ichtyoses et des épidermolyses bulleuses héréditaires. Un contrôle local a suffi pour 45 % des patients ; 5 % ont nécessité une orientation vers une structure hospitalière.
Discussion
Cette série met en évidence une prédominance masculine et une population jeune consultante. Contrairement aux données classiques en zones enclavées, les dermatoses inflammatoires surpassaient les infections cutanées. La fréquence des génodermatoses pourrait s'expliquer par la consanguinité locale. L'étude souligne également l'implication efficace des médecins généralistes sur place et la réduction significative des déplacements, avec un impact socio-économique positif.
Conclusion
La dermatologie s'impose comme une spécialité de choix en télé-expertise. Son déploiement généralisé dans les zones isolées renforcerait l'accès équitable aux soins dermatologiques.

Médecine interne

Un purpura vasculaire d'expression inhabituelle : pensez à la granulomatose éosinophilique avec polyangéite

W. Atine ; F. Hali ; S. Chiheb

SERVICE DE DERMATOLOGIE ET DE VENEROLOGIE, C.H.U IBN ROCHD DE CASABLANCA, CASABLANCA, MAROC

Introduction

La granulomatose éosinophilique avec polyangéite, anciennement dit le syndrome de Churg et Srauss, est une vascularite à ANCA des petits vaisseaux. Elle correspond à une granulomateuse nécrosante avec infiltration éosinophilique de l'appareil respiratoire. Par ailleurs, tous les organes y compris la peau peuvent être atteints mais à des degrés moindres. Ainsi, nous rapportons un cas d'une granulomatose éosinophilique avec polyangéite d'expression cutanée révélatrice inhabituelle.

Observation

Patient âgé de 70 ans, hypertendu sous amlodipine, consultait pour une éruption cutanée généralisée évoluant depuis 10 jours avec sensation fébrile. L'examen retrouvait un patient polypnéique, présentant des lésions purpuriques infiltrées, nécrotiques et bulleuses diffuses, une chéilite hémorragique et des érosions buccales douloureuses. Le bilan objectivait une hyperéosinophilie (9800/µl), une CRP élevée (215 mg/l), une protéinurie (1,8 g/j), des ANCA positifs
(60) et des condensations pulmonaires bilatérales au scanner. La biopsie cutanée et bronchique montrait un infiltrat nécrotico-inflammatoire riche en éosinophiles. Le diagnostic de granulomatose éosinophilique avec polyangéite a été retenu. Le traitement associait prednisone (1 mg/kg/j) et cures de cyclophosphamide IV. L'évolution à 4 semaines a été favorable, avec cicatrisation quasi complète des lésions cutanées et amélioration respiratoire.

Discussion

Le syndrome de Churg-Strauss (ou granulomatose éosinophilique avec polyangéite) est une vascularite systémique rare, caractérisée par l'association d'un asthme, d'une éosinophilie sanguine et d'une atteinte multiviscérale. L'asthme, souvent sévère et corticorésistant, associé à une rhinite allergique, une polypose nasale et une sinusite récidivante, précède habituellement de plusieurs années l'installation de la vascularite. Cette dernière peut se manifester par des signes généraux, une gastroentérite à éosinophiles, une neuropathie périphérique, une atteinte cutanée, rénale ou ostéoarticulaire. Dans notre observation, l'atteinte cutanée a été déterminante pour le diagnostic.
Celui-ci repose sur la triade : asthme, éosinophilie >1,5 G/L, et atteinte systémique touchant au moins deux organes extrapulmonaires. La radiographie thoracique révèle souvent des infiltrats flous et migrateurs. Les ANCA de type p-ANCA sont présents dans environ deux tiers des cas. L'histologie confirme le diagnostic en montrant une vascularite nécrosante à éosinophiles des petits vaisseaux, associée à une infiltration granulomateuse tissulaire. Le traitement repose sur les corticoïdes, auxquels sont associés des immunosuppresseurs (notamment cyclophosphamide) dans les formes sévères.

Conclusion

Classiquement, la granulomatose éosinophilique avec polyangéite est souvent corrélée à un antécédent d'asthme sévère corticorésistant. Cependant, cette éventualité n'est pas constante, l'atteinte cutanée peut être révélatrice.

Hair and Nail Involvement in Inflammatory Bowel Disease: A Case-Control Study

Y. BEN KRAIEM*, H.TAOUNZA*, L. BENZEKRI*, M. MEZIANE*, S. HAMADA*
***Department of Dermatology, Mohammed V University of Rabat, Ibn Sina University Hospital, Morocco**

Introduction & Objectives:
The inflammatory cascade resulting from intestinal barrier disruption, as seen in inflammatory bowel diseases (IBD), has been associated with a range of phaneral disorders. These alterations may be linked to nutritional deficiencies, disease activity, or treatment-related adverse effects.
The objective of our study is to evaluate the frequency and characteristics of phaneral involvement (hair and nail disorders) in patients with IBD compared to healthy controls.
Materials & Methods:
We conducted a case-control study including 50 patients diagnosed with IBD and 50 agematched healthy controls. Hair and nail conditions were assessed based on patient complaints and clinical examination.
Results:
The IBD group consisted of 65% women and 35% men. Among these patients, 90% had Crohn's disease and 10% had ulcerative colitis. At the time of evaluation, 62% were receiving biologic therapy, 30% were on immunosuppressants, and 8% were untreated.
Phaneral involvement was observed in 86% of IBD patients compared to 42% of controls. Scalp involvement was reported in 72% of IBD patients and nail changes in 48%, versus 38% in controls, though the overall difference did not reach statistical significance.
Hair loss (60%), pruritus (24%), and trichodynia (14%) were significantly more frequent in the IBD group ($p < 0.05$).
Androgenetic alopecia (AGA) was significantly more prevalent among IBD patients (52.9%) compared to controls ($p < 0.05$). Similarly, onychoschizia was observed more frequently in IBD patients (34% vs. 14%; $p < 0.05$).
Conclusion:
Hair loss, especially AGA, and nail changes such as onychoschizia may be more frequent in IBD patients. Our study is among the few to comprehensively describe phaneral involvement in IBD. Further large-scale studies are needed to better understand these manifestations and their clinical significance.

Livedo racemosa inaugural d'un profil atypique de syndrome de Sneddon séronégatif

Hajar Dahmani[1] , Ouiame El Jouari[1] , Salim Gallouj[1]

Introduction

Le syndrome de Sneddon est une vasculopathie thrombotique rare, caractérisée par l'association d'un livedo racemosa persistant et d'accidents vasculaires cérébraux. Sa forme sans anticorps antiphospholipides, moins fréquente, est souvent sous-diagnostiquée. Ce cas illustre une présentation atypique chez un homme, avec des signes cutanés et cognitifs isolés.

Observation

Un homme de 42 ans, tabagique actif, suivi pour une épilepsie généralisée supposée d'origine génétique, a été hospitalisé pour un livedo racemosa extensif, non infiltré et non nécrotique, localisé aux quatre membres et aux fesses, évoluant depuis plusieurs semaines. Ce tableau était associé à des troubles cognitifs isolés.

L'examen neurologique révélait des troubles de l'attention et de la concentration, avec un score de 19 au Mini Mental State Examination, sans déficit sensitif ni mo t e u r. L'imagerie cérébrale montre des infarctus cortico-sous corticaux multiples, des lésions ischémiques distales, une leucoencéphalopathie vasculaire et des sténoses intracrâniennes.

Le bilan étiologique n'a révélé ni source cardioembolique, ni lésion athéromateuse. Le liquide céphalorachidien était normal. Le bilan immunologique, incluant la recherche d'anticorps antiphospholipides et antinucléaires, s'est révélé négatif.

Le d i a g n o s t i c d e s y n d r o me d e S n e d d o n d a n s s a f o r me s a n s a n t i c o r p s antiphospholipides a été retenu devant l'association d'un livedo racemosa et d'infarctus cérébraux d'étiologie indéterminée.

Un traitement antiplaquettaire et antiépileptique a été instauré. Le patient est resté cliniquement stable au cours d'un suivi de 16 mois, sans événement ischémique clinique ou radiologique, ni aggravation des fonctions cognitives.

Conclusion

Cette configuration rare souligne l'intérêt de considérer le diagnostic de syndrome de Sneddon même en dehors de sa présentation habituelle, en particulier dans sa forme sans anticorps antiphospholipides. Une reconnaissance rapide de ce tableau clinique peut permettre une prise en charge précoce et prévenir les complications vasc ulaires.

Porte d'entrée inhabituelle : une ulcération nécrosante révélatrice d'une périartérite noueuse cutanée pure

Aimane Zaim, Hanane Baybay, Zakia Douhi, Meryem Soughi, Sara Elloudi, FZ. Mernissi
Service de Dermatologie CHU HASSAN II, Fès, Maroc

Introduction :

La périartérite noueuse (PAN) est une vascularite nécrosante des artères de moyen calibre, classiquement décrite sous sa forme systémique avec atteinte multiviscérale sévère. Sa forme cutanée pure (PAN-c), plus rare, est limitée à la peau et aux tissus sous-cutanés. Nous rapportons le cas d'une patiente de 55 ans, initialement admise pour une dermohypodermite aiguë, dont l'analyse de la porte d'entrée infectieuse a permis le diagnostic de PAN-c.

Observation :

Une patiente de 55 ans s'est présentée avec une dermohypodermite circonférentielle de la jambe gauche, évoluant depuis 10 jours. Deux ulcérations à surface nécrotico-purulente, dont la plus grande mesurait 10 cm, étaient présentes en son centre. Le signe de Clapier était négatif. Trois nouures sensibles, étagées, ont été notées au niveau des cuisses, sans aspect lipoïdique à la vitropression ni livedo associé. L'anamnèse a révélé un début progressif, sur huit mois, avec des nodules douloureux récidivants, dont certains ont évolué vers des formes creusantes, aboutissant à des ulcérations chroniques récalcitrantes, remettant en question le diagnostic initial de dermohypodermite polymicrobienne grave. Deux biopsies cutanées profondes ont mis en évidence une vascularite leucocytoclasique nécrosante et thrombosante des vaisseaux de petit et moyen calibre, associée à une panniculite essentiellement septale, compatible avec une PAN évoluée. Le bilan biologique a objectivé un syndrome inflammatoire isolé, avec des sérologies virales et un bilan immunologique négatifs. Aucune atteinte neurologique, viscérale ou paranéoplasique n'a été retrouvée, confirmant ainsi le caractère purement cutané. Une corticothérapie orale (1 mg/kg/j), associée à des soins locaux et à une luminothérapie LED, a permis une cicatrisation quasi complète des ulcérations avec disparition des nouures en trois mois.

Discussion :

Classiquement, la PAN se manifeste sous une forme systémique, touchant préférentiellement les hommes autour de la cinquantaine, avec une atteinte multiviscérale fréquente, notamment rénale, neurologique et digestive. À l'opposé, la forme cutanée pure, beaucoup plus rare, prédomine chez les femmes et est généralement confinée à la peau et au tissu sous-cutané, se manifestant principalement par des nodules sous-cutanés douloureux suivant un trajet artériel, un livedo reticularis et des ulcérations chroniques, siégeant quasi exclusivement au niveau des membres inférieurs. Elle peut s'accompagner de manifestations transitoires mineures telles que des arthralgies ou une neuropathie périphérique locorégionale. Le traitement de première intention repose sur les corticostéroïdes systémiques, souvent en conjonction avec des immunosuppresseurs tels que l'azathioprine ou le méthotrexate. Bien que généralement bénigne, l'évolution est souvent prolongée, marquée par des poussées récidivantes, avec un risque exceptionnel d'évolution vers une forme systémique, justifiant une surveillance régulière à long terme, tant clinique que paraclinique.

Conclusion :

Ce cas souligne l'importance de considérer la PAN-c dans le diagnostic différentiel des ulcérations cutanées chroniques, en particulier lorsqu'elles sont associées à des nodules sous-cutanés douloureux, même en l'absence de signes systémiques, afin de permettre une prise en charge précoce et de prévenir les complications évolutives.

Poster médical – Sarcoïdose cutanée sur cicatrice chéloïde

W BOUDI ; Y FARAI ; S EL MELLOUKI M. EL AMRAOUI; R. Frikh1; N. Hjira1

Quand la cicatrice parle : révélation cutanée d'une sarcoïdose sur chéloïde post-traumatique

Introduction

La peau, parfois, trahit une histoire plus ancienne. Chez certains patients atteints de sarcoïdose systémique, des cicatrices oubliées deviennent le théâtre d'une résurgence inflammatoire. L'atteinte cutanée sur une cicatrice chéloïde est rare mais évocatrice. Nous présentons un cas de réactivation localisée d'une sarcoïdose hépatique silencieuse, révélée par une infiltration papuleuse d'une ancienne cicatrice post-opératoire.

Cas clinique

Une patiente de 52 ans, suivie plusieurs années auparavant pour une sarcoïdose hépatique, consulte pour un prurit intense et l'apparition de papules rouges sur une cicatrice chéloïde au niveau de la hanche. Cette cicatrice fait suite à une chirurgie pour fracture fémorale datant de plusieurs années. À l'examen, on retrouve une chéloïde infiltrée, érythémateuse, légèrement indurée et douloureuse à la palpation.

Explorations

Une biopsie cutanée ciblée révèle des granulomes épithélioïdes non caséeux, sans nécrose, caractéristiques de la sarcoïdose. Les colorations pour mycobactéries et champignons sont négatives. Un bilan biologique complet est réalisé : enzymes hépatiques, calcémie, ACE, et ECA sont dans les limites de la normale. Aucun signe biologique ou clinique de récidive de la sarcoïdose hépatique n'est retrouvé. L'atteinte semble strictement localisée à la peau.

Discussion

La localisation de la sarcoïdose sur une ancienne cicatrice est une forme clinique rare mais bien décrite. Elle peut apparaître de manière isolée ou révéler une poussée systémique. Dans ce cas, la présentation est purement cutanée, sur une cicatrice post-traumatique. L'hypothèse d'une réactivation locale par des mécanismes immunologiques ou une mémoire inflammatoire tissulaire est évoquée. Le traitement repose sur des infiltrations intra-lésionnelles de triamcinolone acétonide, avec une nette amélioration du prurit et une régression des papules en quelques semaines. Aucune corticothérapie systémique n'a été nécessaire.

Conclusion

La réapparition d'une sarcoïdose sur une cicatrice chéloïde constitue une forme particulière et trompeuse. Le diagnostic repose sur la biopsie cutanée, et le traitement local peut être très efficace. Ce cas souligne l'intérêt d'un suivi dermatologique prolongé chez les patients ayant des antécédents de sarcoïdose systémique, même en l'absence de rechute apparente. L'évolution favorable sans atteinte hépatique récidivante ni anomalie biologique renforce le caractère localisé de cette présentation.

Purpura aigu révélateur d'une infection à parvovirus B19 chez l'enfant : un diagnostic souvent méconnu

Z.Mernissi ,M.Aboudourib,L.Bendaoud ,O.Hocar,S.Amal
Service de dermatologie-vénérologie , CHU Mohammed VI de Marrakech,Maroc.
Laboratoire bioscience ,Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech ,Université Cadi Ayyad University,Marrakech

Introduction

Le purpura est un signe cutané fréquent en pédiatrie, associé à de nombreuses étiologies, allant de causes bénignes à des pathologies systémiques. Le parvovirus B19, principalement connu pour l'érythème infectieux, peut se manifester de façon atypique par des éruptions purpuriques, mimant une vascularite. Nous rapportons le cas d'un enfant dont le purpura aigu a constitué le signe inaugural d'une infection à parvovirus B19.

Observation :

Il s'agit d'un enfant âgé de 11ans sans antécédents pathologiques particuliers, qui s'est présenté aux urgences pour une éruption purpurique généralisée évoluant depuis 6 jours de son admission dans un contexte de sensations fébriles et altération de l'état général. A l'examen général, l'enfant était conscient et présentait une fébricule à 38. L'examen dermatologique a objectivé des lésions purpuriques généralisées ne s'effaçant pas à la vitropression s'accentuant au niveau des plis axillaires et des plis du coude. Un bilan biologique a été demandé objectivant une leucopénie à 2930/mm3,une neutropénie à 990/mm3 et une CRP à12. Devant l'aspect atypique du purpura, une sérologie de parvovirus B19 a été demandée et était positive avec présence d'anticorps de type IgM avec un titre de 79,6 UI/mL.
Le diagnostic retenu devant ce purpura vasculaire était une primo-infection par PVB19. L'évolution clinique et biologique était spontanément favorable au bout de 3 jours, sous traitement symptomatique .

Discussion :

Les manifestations cutanées associées au parvovirus B19 sont variées, L'atteinte dermatologique la plus fréquente est l'érythème, suivi du purpura palpable , des papules et des nodules sous-cutanés. Le syndrome papulo-purpuriques des extrémités est la forme classique mais sous-reconnue de l'infection parvovirale, caractérisée par une atteinte acrale douloureuse, prurigineuse, et souvent accompagnée d'un purpura localisé aux mains et pieds. Sa physiopathologie implique également une réponse immunitaire exubérante dirigée contre les antigènes viraux. Des localisations moins typiques ont également été décrites, telles qu'une atteinte périflexurale, un purpura à distribution évoquant le baboon syndrome**.** Ces tableaux élargissent le spectre clinique du parvovirus B19 et montrent qu'il peut mimer d'autres dermatoses inflammatoires ou toxidermies. Ces observations soulignent l'importance d'évoquer l'infection à parvovirus B19 dans le diagnostic différentiel des purpuras vasculaires, des exanthèmes acraux et des vascularites cutanées.
Le recours à la sérologie et à la PCR peut s'avérer décisif pour éviter des traitements inappropriés, notamment immunosuppresseurs.

Conclusion :

La recherche d'une infection à parvovirus B19 doit être intégrée au bilan étiologique d'un purpura en particulier chez l'enfant. La prise en charge thérapeutique dépendra de la sévérité des atteintes cutanées et de l'éventuelle association à des manifestations systémiques.

Behçet à révélation muqueuse isolée : une présentation trompeuse

Y.El Bouhali , O. El Jouari, S. Gallouj
Service de dermatologie, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI , Tanger, Maroc

Introduction :

La maladie de Behçet est une vascularite systémique rare et d'évolution chronique, classiquement caractérisée par l'association d'ulcérations buccales récidivantes, d'une atteinte génitale et d'une atteinte oculaire, son diagnostic reposant essentiellement sur des critères cliniques établis; toutefois, certaines formes à révélation muqueuse isolée peuvent constituer un véritable piège diagnostique en mimant d'autres affections chroniques telles que le pemphigus vulgaire muqueux ou le lichen plan érosif.

Observation :

Patiente âgée de 49 ans, ayant comme antécédents un zona mammaire et scapulaire droit, ulcérations génitales ayant laissé des cicatrices, notion des aphtes buccaux récidivants évoluant depuis 5ans, admise pour mise au point diagnostique de sa maladie.
L'examen clinique retrouve des ulcérations buccales multiples douloureuses à fond fibrineux, une gingivite inflammatoire, une langue fissurée dans un contexte de mauvaise hygiène bucco-dentaire, et des placards cicatriciels hyperpigmentés génitaux, sans synovite ni atteinte oculaire, tandis que les explorations paracliniques montrent un test de pathergie positif, une immunofluorescence indirecte négative, un bilan biologique standard normal et un examen ophtalmologique sans anomalies.
Le diagnostic de la maladie de Behçet a été posé cliniquement surtout après IFI négative.

Discussion :

La maladie de Behçet est une vascularite systémique rare, dont le diagnostic repose sur des critères cliniques incluant les aphtes buccaux récidivants, les ulcérations génitales et l'atteinte oculaire. Toutefois, certaines formes à révélation muqueuse isolée peuvent constituer un véritable piège diagnostique en mimant d'autres affections chroniques, telles que le pemphigus vulgaire muqueux. Dans notre observation, les ulcérations buccales multiples et douloureuses auraient pu orienter vers un pemphigus ; néanmoins, l'immunofluorescence indirecte négative a permis d'écarter ce diagnostic, confirmant ainsi la nature non auto-immune des lésions. L'absence d'atteinte oculaire et la négativité des examens biologiques standards ont rendu le diagnostic plus difficile, tandis que la présence de cicatrices génitales et le test pathergique positif ont été des arguments majeurs en faveur de la maladie de Behçet. Ce cas illustre l'importance d'une évaluation clinique complète et répétée, ainsi que le rôle des tests complémentaires comme l'IFI et le pathergique, pour distinguer les présentations atypiques de Behçet des autres pathologies muqueuses. La reconnaissance précoce de ces formes trompeuses est essentielle pour éviter les retards diagnostiques et permettre une prise en charge adaptée.

Conclusion :

La maladie de Behçet à révélation muqueuse isolée constitue une présentation trompeuse pouvant mimer d'autres affections chroniques des muqueuses, comme le pemphigus vulgaire ou le lichen plan érosif. Ce cas souligne l'importance d'une évaluation clinique minutieuse, du suivi longitudinal et de tests complémentaires ciblés (IFI, test pathergique) pour établir le diagnostic. La reconnaissance précoce de ces formes atypiques est cruciale afin de prévenir les retards diagnostiques et d'initier une prise en charge adaptée.

Respect du lobule auriculaire : un signe clinique clé révélateur d'une vascularite périchondrale

S.BARAZ, R.BABA, M.AMRAOUI, Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA
Service de dermatologie vénérologie, Hopital militaire d'instruction Mohammed V RABAT

Introduction

Les lésions violacées ou nécrotiques du pavillon auriculaire constituent un signe d'alerte. Le respect du lobule, dépourvu de cartilage, est un élément sémiologique fondamental orientant vers une atteinte inflammatoire ou vasculaire du cartilage. Nous rapportons l'observation d'un patient présentant une lésion ecchymotique du pavillon auriculaire, illustrant l'intérêt de ce signe dans le diagnostic précoce des vascularites.

Observation

Un patient de 68 ans, sans antécédent dermatologique connu, consultait pour une lésion violacée douloureuse du pavillon auriculaire droit évoluant depuis une dizaine de jours. L'examen montrait une plaque ecchymotique confluente, avec début de nécrose superficielle, siégeant exclusivement sur la portion cartilagineuse du pavillon et respectant strictement le lobule. Aucun signe cutané similaire n'était observé ailleurs. L'interrogatoire retrouvait une asthénie et des arthralgies diffuses. Les explorations biologiques mettaient en évidence un syndrome inflammatoire (CRP 48 mg/L), une anémie normocytaire, et une positivité des ANCA. La biopsie cutanéo-cartilagineuse confirmait une vascularite nécrosante des artérioles périchondrales.

Discussion

Le respect du lobule auriculaire est un signe clinique spécifique d'une atteinte périchondrale, rencontré notamment dans la polychondrite atrophiante, les vascularites ANCA+ et certaines connectivites. Dans notre cas, l'association à une positivité des ANCA et à des signes systémiques orientait vers une granulomatose avec polyangéite à début auriculaire, présentation rare mais décrite. La reconnaissance de ce signe clinique simple permet un diagnostic précoce et la mise en route rapide d'un traitement immunosuppresseur adapté, limitant le risque d'atteinte viscérale ultérieure.

Conclusion

Cette observation illustre la valeur sémiologique du respect du lobule dans les lésions auriculaires. Toute lésion violacée ou nécrotique limitée à la partie cartilagineuse du pavillon doit faire rechercher une atteinte vasculaire ou chondritique, notamment dans le cadre d'une vascularite systémique.

Un rare cas de nécrose isolée du gros orteil révélant un syndrome des anti-phospholipides : un défi diagnostic

F. Chemsy, H. Rachadi1, F. Benhayoune, S. Chiheb
Dermatologie, Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction :

Le syndrome des antiphospholipides (SAPL) est une thrombophilie acquise, médiée par des auto-anticorps dirigés contre les phospholipides et leurs protéines associées. Ses manifestations dermatologiques sont fréquentes, polymorphes et parfois inaugurales. Parmi elles, la nécrose digitale constitue une complication rare mais particulièrement grave, nécessitant une prise en charge diagnostique et thérapeutique rapide afin de prévenir l'extension des lésions. Nous rapportons ici le cas d'une nécrose isolée du gros orteil révélant un SAPL chez une jeune femme, et proposons une revue des principales manifestations cutanées ainsi que des modalités de prise en charge de l'ischémie digitale dans ce contexte.

Observations :

Une patiente de 40 ans, hypertendue, sans antécédent de fausse couche, de photosensibilité ou autre, présente une nécrose du gros orteil gauche, associée à des épisodes d'acrocyanose et de fourmillements dans les membres inférieurs, évoluant depuis 9 mois. Ces symptômes s'accompagnent de douleurs pulsatiles insomniantes. L'examen dermatologique trouvait une lésion ulcérée arrondie de 2 cm de long, à base nécrotique croûteuse douloureuse, située sur le bord distal du gros orteil gauche, avec un décollement unguéal. Une cicatrice rétractile du cinquième doigt droit et des varices des membres inférieurs étaient également notées. L'examen ne révélait pas de livedo, de purpura ou d'anétodermie, ni d'éruption malaire. L'examen des muqueuses et dermatoscopique des ongles ne révélait aucune particularité. L'hémogramme, l'hémostase et les dosages des protéines S et C étaient normaux. Les Ig G anti-cardiolipine et les anticorps anticoagulants lupiques étaient positifs à deux reprises, avec des valeurs respectives de 150 UI/ml et 1,47 seconde. Le reste du bilan immunologique, l'électrophorèse des protéines sériques et les sérologies virales étaient négatifs, tandis que les le bilan hépatique et rénale ainsi que la protéinurie des 24 heures étaient normaux.

L'échographie artérielle et l'angioscanner des membres inférieurs montraient une distension athéromateuse non sténosante des artères des jambes. Un syndrome primaire des antiphospholipides était retenu, et la patiente était mise sous HBPM puis relais vers les antagonistes de la vitamine K, de statine, avec une amélioration spectaculaire.

Discussion :

Le syndrome des antiphospholipides se caractérise par une grande variété de manifestations dermatologiques, la plus fréquente étant le livedo réticularis, généralement localisé aux membres et au tronc. D'autres lésions, comme des ulcérations circonscrites pouvant évoluer vers une atrophie blanche, sont également décrites. En revanche, la nécrose cutanée inaugurale des extrémités demeure exceptionnelle. Cette nécrose s'explique par l'anatomie particulière des artères digitales, vaisseaux terminaux à faible circulation collatérale, où même de petits thrombus peuvent entraîner une ischémie critique et une nécrose tissulaire. Chez notre patient, l'évolution rapide vers une nécrose franche illustre la gravité potentielle des atteintes cutanées dans le SAPL. Si l'écho-doppler et l'angio-TDM permettent d'évaluer la perméabilité des axes proximaux, ils restent insuffisants pour détecter les occlusions microvasculaires. Enfin, la confirmation diagnostique repose sur la persistance d'une positivité des anticorps antiphospholipides à deux reprises, espacées d'au moins 12 semaines, afin de distinguer le SAPL des élévations transitoires. La prise en charge consiste en une anticoagulation efficace, débutant par l'héparine de bas poids moléculaire, qui contribue parallèlement à la réduction de la douleur et de l'inflammation, puis relayée par des anticoagulants oraux (AVK) pour un traitement à long terme.

Conclusion

Ce cas illustre que la nécrose digitale isolée peut être la manifestation inaugurale d'un SAPL, souvent sous-estimée. Une reconnaissance rapide, suivie d'une prise en charge ciblée et adaptée, est essentielle pour prévenir les complications thromboemboliques et optimiser le pronostic fonctionnel et vital.

Lésions en cocarde prurigineuses : penser à la vascularite !

R. Marzak[1]; M. Benssied[1]; L. Mrani Alaoui[1]; M. Dahabi[1]; M. El Amraoui[1]; I. Anouar[1]; Z. Youssef[1]; T. Hanafi[1]; R. Frikh[1]

[1]Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction

Les vascularites urticariennes représentent une entité rare, distincte de l'urticaire chronique classique par la durée des lésions, leurs caractéristiques cliniques et leurs anomalies histologiques. Nous rapportons un cas de présentation inhabituelle chez une patiente sans antécédents particuliers.

Observation

Une patiente de 50 ans, sans antécédents pathologiques notables, consulte pour des lésions cutanées récidivantes évoluant depuis un an. Elles surviennent par poussées, durant quelques jours, puis disparaissent spontanément sans laisser de traces pigmentées.

L'examen clinique retrouve une lésion infiltrée, œdémateuse, prurigineuse, en cocarde avec un centre clair et bordure érythémateuse mesurant environ 6 cm localisée au niveau de la face antérieure du genou. Aucun autre élément cutané n'est retrouvé.

Il n'y a ni fièvre ni atteinte systémique. Le bilan biologique est strictement normal (NFS, VS, CRP, bilan hépatique et rénal, complément, recherche d'autoanticorps).

Une biopsie cutanée est réalisée, montrant un épiderme orthokératosique sans anomalie majeure. Le derme est le siège d'un infiltrat inflammatoire péri-vasculaire composé de polynucléaires éosinophiles et de quelques neutrophiles, sans dépôts d'immunoglobulines détectés en immunofluorescence directe.

Discussion

Ce cas illustre une présentation clinique atypique de vascularite urticarienne. Les lésions en cocarde, infiltrées et prurigineuses, d'évolution brève, sans atteinte systémique ni séquelles pigmentaires, peuvent facilement évoquer une urticaire classique ou une réaction d'hypersensibilité retardée. Cependant, la récurrence des épisodes sur plus d'un an, ainsi que l'analyse histologique, orientent clairement vers une vascularite urticarienne, malgré certaines caractéristiques peu habituelles.

Ce cas rappelle qu'il ne faut pas se restreindre aux critères classiques — durée des lésions > 24h, douleur, purpura — pour évoquer une vascularite urticarienne, et souligne l'importance primordiale de la biopsie cutanée, surtout dans les formes atypiques.

Un diagnostic précoce de cette entité permet d'éviter des erreurs, notamment une confusion avec des dermatoses bulleuses, toxidermies ou érythèmes polymorphes. Par ailleurs, il oriente vers une surveillance appropriée, même si le bilan clinique ici était rassurant.

Conclusion

Ce cas rappelle qu'il ne faut pas se restreindre aux critères classiques : durée des lésions > 24h, douleur, purpura — pour évoquer une vascularite urticarienne, et souligne l'importance primordiale de la biopsie cutanée, surtout dans les formes atypiques.

Par ailleurs, il oriente vers une surveillance appropriée, même si le bilan clinique ici était rassurant.

Syndrome de chevauchement de dermatomyosite associé au lupus érythémateux systémique : à propos d'un cas

I. Fikri; L. Bendaoud; M. Aboudourib; O. Hocar; S. Amal
Service de Dermatologie, C HU Mohammed VI, Laboratoire de biosciences, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, Marrakech, Maroc

Introduction :
La dermatomyosite (DM) est une myopathie inflammatoire idiopathique caractérisée par un infiltrat inflammatoire touchant les muscles squelettiques et la peau, avec des lésions cutanées typiques dont les plus courantes sont les papules de Gottron, le signe de Gottron et l'érythème héliotrope. Le lupus érythémateux disséminé (LED) est une maladie auto-immune qui peut toucher tous les organes et tissus. Nous rapportons le cas d'une patiente qui a développé un syndrome de chevauchement entre une dermatomyosite et un LED.

Observation :
Un femme de 38 ans, sans antécédents notables était suivie depuis 2023 dans notre structure pour une dermatomyosite amyopathique. Un traitement par hydroxychloroquine a été instauré mais l'observance était partielle. La patiente a ensuite été perdue de vue pendant 9 mois avant d'être admise à nouveau pour une rechute de sa pathologie. A l'examen clinique on retrouvait un érythroedème facial, un signe du châle, des papules de Gottron, un signe de la manucure, ainsi qu'un érythème linéaire en regard des articulations des mains. Il n'y avait pas d'atteinte musculaire : les signes du tabouret et de Gowers étaient négatifs. La patiente présentait par ailleurs une alopécie, une photosensibilité manifeste et une mono arthralgie du genou gauche. La dermoscopie péri unguéale a mis en évidence des mégacapillaires associés à des vaisseaux tortueux et des microhémorragies. L'EMG était sans anomalie et le bilan immunologique a objectivé des AAN, Ac anti DNA, anti Sm et anti RNP positifs, et le bilan biologique a montré une anémie auto-immune et une dissociation VS/CRP. La patiente a été mise sous prednisone 1mg/kg/j et hydroxychloroquine 400mg/j. L'évolution a été favorable, marquée par une nette régression des lésions cutanées.

Discussion :
La dermatomyosite (DM) est une maladie auto-immune caractérisée par diverses manifestations cutanées telles que l'érythème héliotrope, les papules de Gottron sur les articulations métacarpophalangiennes et interphalangiennes, la dystrophie cuticulaire, le signe du châle et le signe en V qui constituent les manifestations cutanées caractéristiques. Dans notre cas, la patiente avait des manifestations cutanées similaires, ce qui concorde avec les données sus-décrites. Le diagnostic du lupus érythémateux disséminé repose sur une combinaison de manifestations cliniques typiques et de sérologies positives. Compte tenu de la grande hétérogénéité des manifestations cliniques, plusieurs ensembles de critères de classification ont été élaborés au fil du temps.

De nombreuses études ont montré que les myopathies inflammatoires idiopathiques, dont fait partie la DM, peuvent se confondre avec d'autres maladies auto-immunes du tissu conjonctif et le lupus érythémateux cutané (LEC), avec ou sans manifestations systémiques, est l'une de ces maladies auto-immunes qui peut se chevaucher avec la DM.

Notre patiente a eu une évolution favorable sous prednisone et hydroxychloroquine, ce qui s'aligne avec les résultats de Dabour et al, qui ont eu une amélioration discutable des symptômes de leur patiente suivie pour LED et DM sous prednisone, rituximab et immunoglobulines intraveineuses, après avoir résisté à plusieurs traitements notamment au méthotrexate, à l'azathioprine et au mycophénolate mofétil.

Les immunomodulateurs tels que l'hydroxychloroquine peuvent réguler favorablement le système immunitaire dans le cas du LED sans augmenter le risque d'infection ou de malignité. C'est la pierre angulaire du traitement médical du lupus et doit être utilisée chez tous les patients, sauf en cas de contre-indication claire. C'est le seul médicament dont l'efficacité a été démontrée pour augmenter la survie des patients atteints de lupus. Cependant, les corticostéroïdes affectent tous les composants du système immunitaire. A forte dose ou « pulsés », ils sont importants pour éliminer rapidement la réponse auto-immune dans les manifestations mettant en danger la vie ou

les organes, mais ils doivent être évités autant que possible par voie orale car même à faible dose, ils augmentent, à long terme les risques de cataracte, d'ostéoporose, de fractures et de maladies coronariennes.

Les syndromes de chevauchement ne sont pas clairement définis dans la littérature, ce qui pose un problème concernant la prise en charge correcte de ces patients, la littérature disponible sur ces syndromes présente différentes combinaisons de maladies qui se chevauchent, ce qui rend son utilité variable et potentiellement limitée.

Conclusion :
Ce cas illustre la complexité diagnostique et thérapeutique des syndromes de chevauchement, en particulier entre DM et LED. La présentation clinique polymorphe, associant des manifestations cutanées de la DM et des signes cliniques et biologiques du lupus, souligne l'importance d'une évaluation approfondie. L'évolution favorable sous prednisone et hydroxychloroquine confirme l'efficacité de cette association. Néanmoins, la rareté de données sur cette entité rend nécessaire une meilleure documentation pour guider la prise en charge et établir des recommandations thérapeutiques plus précises.

Références :
1. Iaccarino L, Ghirardello A, Bettio S, Zen M, Gatto M, Punzi L, et al. The clinical features, diagnosis and classification of dermatomyositis. J Autoimmun. févr 2014

2. Fava A, Petri M. Systemic lupus erythematosus: Diagnosis and clinical management. J Autoimmun. janv 2019

3. Shahidi Dadras M, Rakhshan A, Ahmadzadeh A, Hosseini SA, Diab R, Safari Giv T, et al. Dermatomyositis-lupus overlap syndrome complicated with cardiomyopathy after SARS-CoV-2 infection: A new potential trigger for musculoskeletal autoimmune disease development. Clin Case Rep. oct 2021

4. Pandya R, Lim D, Kleitsch J, Werth VP. Overlap of dermatomyositis and cutaneous lupus erythematosus: A case series. JAAD Case Rep. déc 2023;42:95-101.

5. Dabour SE, Elbenni A, Abdel-Megid AM, Alorfali W. Systemic Lupus Erythematosus and Dermatomyositis Overlap Syndrome: Diagnostic Challenges and Management Insights. Cureus. mars 2025

Dermatomyosite avec anticorps anti TIF1 positif : Forme sévère
A propos d'un 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 : La dermatomyosite (la plus fréquente des myopathies inflammatoires), est une maladie auto-immune chronique qui se manifeste par une atteinte cutanée et une atteinte musculaire. Sa forte association a des néoplasies et son atteinte pulmonaire constituent la gravité de la maladie. Nous rapportant le cas d'un patient atteint de dermatomyosite sévère avec anticorps anti TIF1 positif sans néoplasie avec évolution fatale.

Observation : Il s'agit d'un patient âgé de 60 ans sans antécédents pathologiques particuliers hospitalisé pour une prise en charge d'une dermatomyosite, il avait une atteinte musculaire importante. A l'examen il présentait un érythème et œdème périorbitaire bilatérale, un érythème en V du décolleté, un érythème du haut du dos et des faces externes des bras donnant l'aspect en Châle. Il présentait également des papules de gottron et un érythème notamment au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes. Le signe de Holster était positif, fait d'un érythème des faces externes des cuisses. Il présentait aussi les mains de mécanicien. Sur le plan paraclinique, il avait un syndrome inflammatoire, une augmentation des enzymes musculaires et des anticorps anti-TIF1 positif. L'électromyogramme a montré une atteinte myogène des 4 membres surtout au niveau des muscles proximaux des membres supérieurs d'allure active. A la biopsie musculaire une myosite inflammatoire. Le bilan paranéoplasique était négatif avec un scanner normal, absence de lésions maligne d'allure évolutive. Le patient a été mis sous corticothérapie 1mg/kg/j, traitement adjuvant avec méthotrexate 15mg/ semaine. L'évolution a été marquée initialement par une amélioration clinique et normalisation des enzymes musculaires. On a commencé une dégression progressive de la corticothérapie. Le patient a présenté une aggravation de sa symptomatologie après 5 mois provoquant son décès.

Discussion : La dermatomyosite (DM) est une maladie inflammatoire qui comporte une atteinte cutanée constante et une atteinte musculaire inconstante prédominant aux ceintures. C'est une maladie souvent sévère à la fois par son évolution spontanée, par son retentissement fonctionnel, par l'association éventuelle à un cancer et par les complications induites par le traitement. La dermatomyosite est une affection rare, 5-10 nouveaux cas/ million d'habitants chez l'adulte et 1- 3 cas/ million d'enfants.La DM touche toute tranche d'âge, on note une nette prédominance féminine avec un Sexe ratio de 1.5 à 2 /1.L'âge de début souvent plus avancé chez les hommes par rapport aux femmes a un risque d'association aux néoplasies plus élevé. La forme associée à un cancer est plus fréquente chez les sujets âgés et le cancer est découvert soit avant soit au moment du diagnostic de la dermatomyosite soit durant l'évolution. L'âge supérieur à 45 ans, le sexe masculin, la dysphagie, les nécroses cutanées, l'existence d'une vascularite à l'histologie, l'accélération de la vitesse de sédimenta ion (VS) ou une protéine C réactive (CRP) élevée, et l'importance de l'atteinte musculaire, sont des critères associés au risque de cancer. Certains anticorps ont une utilité pronostique (surrisque de cancer, atteinte pulmonaire, principalement). Les anticorps anti-transcriptional intermediary factor1-(anti-TIF1-) sont associés à un risque accru de cancer. Le choix du traitement dans la DM est lié à la sévérité de la maladie. Les corticoïdes ont révolutionné le pronostic, avec une mortalité réduite de 50 à 14 %.

Conclusion : La dermatomyosite peut précéder un néoplasie dans 60 à80% des cas, l'accompagner ou être révélé par ce dernier. Les facteurs prédictifs d'une association à un cancer sont :Âge supérieur à 50 ans, sexe masculin, présence de nécroses cutanées, existence d'une érythrodermie ou d'un prurit intense, intensité de l'atteinte musculaire et anticorps anti-TIF1 positif. La présence d'anticorps anti-TIF1 chez un patient avec DM justifie un dépistage systématique large à la recherche d'un cancer et doit être renouvelé si le bilan initial est négatif.L'âge avancé, la malignité, la dysphagie et l'atteinte musculaire sont associés à un risque accru de mortalité.

Un cas rare de dermatomyosite révélant un carcinome nasopharyngé.

I. Fikri; L. Bendaoud; M. Aboudourib; O. Hocar; S. Amal
Service de Dermatologie, C HU Mohammed VI, Laboratoire de biosciences, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, Marrakech, Maroc

Introduction :
La dermatomyosite (DM) est une maladie auto-immune rare caractérisée par une atteinte principalement cutanée, mais qui affecte aussi les muscles. Elle peut être associée à une tumeur maligne sous-jacente, servant ainsi de marqueur paranéoplasique. Le carcinome nasopharyngé (CNP) est une tumeur maligne particulièrement répandue en Asie de l'Est. Nous rapportons un cas rare de DM révélant un CNP.

Observation :
Un homme de 60 ans, d'origine nord-africaine a été adressé pour des lésions dermatologiques associées à une dysphagie aux solides. L'examen clinique a objectivé un érythème héliotrope du visage, un érythème en châle, de l'abdomen et des mains, et un signe de la manucure. L'examen neurologique a trouvé une fatigabilité musculaire proximale avec un signe du tabouret positif. Le bilan biologique a révélé une augmentation des enzymes musculaires à 11 fois la normale et l'EMG a montré un syndrome myogène. Le bilan de dysphagie et paranéoplasique a trouvé une tuméfaction nasopharyngée, dont la biopsie a objectivé un carcinome indifférencié nasopharyngé (UCNT). Le patient a été mis sous prednisone 1mg/kg/j et hydroxychloroquine 400mg/j. Pour son UCNT, il a été mis sous radio-chimiothérapie. L'évolution a été marquée par une amélioration cutanée et musculaire, et une rémission tumorale.

Discussion :
Différentes tumeurs malignes ont été décrites en relation avec la DM, y compris le CNP, l'adénocarcinome du poumon, du sein, du pancréas, de l'estomac, du côlon et de l'ovaire. 15 à 24% de DM révèleraient un cancer sous-jacent. Un panel de dépistage est utilisé, comprenant des marqueurs tumoraux (CA125, CA19-9, antigène carcino-embryonnaire et antigène prostatique spécifique) et d'autres tests comme la mammographie et l'échographie transvaginale.

Le CNP est une tumeur maligne à cellules squameuses rare, et bien qu'il soit l'une des tumeurs les plus associées à la DM, sa prévalence dans la DM reste inconnue car les prévalences varient selon les études. L'incidence de la DM associée au CNP est rare, estimée à 1/1000 cas, mais cette association serait plus fréquente dans les pays endémiques des CNP. Ce lien entre le CNP et la DM suggère que le CNP peut augmenter la susceptibilité à la DM, tandis que la DM peut servir de marqueur prédictif pour le CNP. Les patients atteints de DM associée au CNP présentent généralement des modifications cutanées suivies d'une faiblesse musculaire proximale, ce qui est le cas pour notre patient. Les corticoïdes et les immunosuppresseurs sont le traitement standard de la DM, la prednisone étant utilisée à la dose de 1mg/kg/jour. Les myopathies associées aux cancers sont généralement plus résistantes aux traitements et ont un pronostic plus défavorable que celles non liées aux cancers.

Conclusion :
Le CNP associé à la DM est une entité rare. Nous rapportons un cas de DM ayant révélé un CNP, ce qui met en évidence l'importance des approches diagnostiques et thérapeutiques rigoureuses face à ces associations rares.

Références :
1. Irekeola AA, Shueb RH, E. a. R. ENS, Wada Y, Abdul Rahman Z, Ahmad S, et al. Prevalence of Nasopharyngeal Carcinoma in Patients with Dermatomyositis: A Systematic Review and Meta-Analysis. Cancers. janv 2021;13(8):1886.

2. Knežević B, Radević T, Petronijević M. Dermatomyositis as the First Manifestation of Nasopharyngeal Carcinoma—A Rare Case Report. Medicina (Mex). févr 2025;61(2):334.

3. Zerbani H, Sellal N, Harrak M, El Bakouri H, Amraoui S, El Hfid M. Paraneoplastic Dermatomyositis Revealing the Metastatic Progression of an Undifferentiated Nasopharyngeal Carcinoma: A Case Report From Northern Morocco. Cureus. Mars 2024;16(3):e57172.

Dermatomyosite révélant un cancer gynécologique : à propos d'un cas

M. Chaouqi, R. Boufetama, N. Ammar, S. Hamada, M. Meziane, N. Ismaili, L. Benzekri
Service de Dermatologie, CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc

Introduction

La dermatomyosite (DM) est une maladie qui touche préférentiellement les femmes, caractérisée par une atteinte inflammatoire de la peau et des muscles striés. Sa physiopathologie et son étiologie restent mal élucidées. La DM de l'adulte est associée à une néoplasie dans 20 à 30 % des cas, pouvant précéder, accompagner ou suivre le diagnostic de la maladie. Cette association aggrave le pronostic et impose la recherche systématique d'un cancer sous-jacent.

Observation

Nous rapportons le cas d'une femme de 78 ans, hypertendue sous traitement, présentant depuis six mois des signes cliniques évocateurs de dermatomyosite. L'examen clinique retrouvait un œdème et un érythème lilacé du visage, un érythème diffus du cou, du thorax et des membres supérieurs avec des lésions purpuriques des avant-bras, des papules de Gottron sur les articulations métacarpophalangiennes, ainsi qu'un signe du « revolver » positif. Il n'existait pas de nécrose ni d'ulcération cutanée. Une faiblesse musculaire des ceintures pelvienne et scapulaire était notée.

Le bilan sanguin montrait une élévation des enzymes musculaires. La biopsie cutanée révélait une dermatite d'interface et la biopsie musculaire confirmait une myosite. L'électromyogramme était sans particularité. Le profil immunologique montrait la positivité isolée des anticorps anti-TIF-1γ.

Le bilan paranéoplasique retrouvait une élévation des marqueurs tumoraux CA125 et CA15-3. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien objectivait une carcinose péritonéale qui a été biopsié confirmant la présence d'un adénocarcinome infiltrant bien différencié, envahissant le tissu fibro-adipeux, suggérant une origine gynécologique. La patiente a été mise sous corticothérapie systémique à la dose de 1 mg/kg/j puis transférée en service d'oncologie pour une prise en charge spécialisée.

Discussion

Le lien entre dermatomyosite et cancer a été mis en évidence pour la première fois dans l'étude épidémiologique suédoise de 1992, montrant un risque relatif de cancer accru chez les patients atteints de DM (RR 2,4 chez les hommes et 3,4 chez les femmes). Depuis, ces résultats ont été confirmés dans d'autres pays, la prévalence des cancers associés à la DM étant estimée entre 20 et 30 %. Les types de tumeurs observées sont variés, avec une prédominance des cancers gynécologiques (sein, utérus, ovaire) chez la femme, et des cancers bronchiques, prostatiques et digestifs chez l'homme. Une large étude rétrospective portant sur 618 patients atteints de DM a montré un risque relatif particulièrement élevé pour certains cancers : ovaire (RR 10,5), poumon (RR 5,9), pancréas (RR 3,8), estomac (RR 3,5), œsophage (RR 2,9), col utérin (RR 2,7), sein (RR 2,2), côlon et rectum (RR 2,5), lymphomes hodgkiniens et non hodgkiniens (RR 5,9 et 3,6 respectivement). Le lien temporel entre dermatomyosite et cancer est difficile à établir. Dans environ 70 % des cas, la DM précède la survenue du cancer. L'intervalle entre les deux diagnostics est souvent inférieur à un an, et le risque accru persiste au moins cinq ans après le diagnostic de DM. Certains facteurs cliniques ou biologiques sont associés à un risque accru de néoplasie : l'âge > 60 ans, la présence de nécrose cutanée ou de vascularite leucocytoclasique, et la positivité des anticorps anti-TIF-1γ ou anti-NXP-2

Conclusion

La dermatomyosite de l'adulte doit toujours faire évoquer une néoplasie associée, notamment gynécologique chez la femme. L'identification précoce et la collaboration multidisciplinaire permettent d'améliorer le pronostic et de guider la prise en charge thérapeutique.

Prise en charge réussie d'une dermatomyosite réfractaire par Rituximab: Un vrai défi thérapeutique

Anejjar Fatima , Rachadi Hanane , Hali Fazouia , Chiheb Soumiya

Introduction:

La dermatomyosite (DM) est une myopathie inflammatoire auto-immune rare, de cause inconnue. Malgré des traitements standardisés incluant les corticostéroïdes et les immunosuppresseurs, certains patients présentent une mauvaise tolérance ou des réponses incomplètes, ce qui pousse à explorer les thérapies biologiques.
Nous rapportons le cas d'une patiente de 50 ans atteinte de DM réfractaire, dont l'évolution a été favorable sous rituximab après plusieurs rechutes et une intolérance aux traitements conventionnels.

Observation:

Il s'agit d'une patiente présentant une DM avec atteinte musculaire proximale et des lésions cutanées (érythème héliotrope, papules de Gottron, signe du châle, atteinte péri-unguéale). Le bilan paraclinique montrait une élévation des enzymes musculaires, un EMG myogène et des anticorps anti-SAE positifs. Le bilan paranéoplasique, adapté à son âge, était normal. Après une réponse initiale favorable à une corticothérapie et hydroxychloroquine et méthotrexate, l'hydroxychloroquine a été arrêté en raison d'effets secondaires à type de troubles de rythme. L'évolution a été marquée par plusieurs rechutes, se traduisant par des exacerbations cutanées et musculaires imposant l'arrêt du méthotrexate et l'introduction de l'azathioprine en raison d'une cytolyse hépatique. Devant l'aggravation clinique marquée par l'apparition d'une dysphagie et de lésions cutanées ulcérées, un traitement par mycophénolate mofétil a d'abord été instauré, sans amélioration notable. Le rituximab a ensuite été introduit (deux perfusions de 1 g à 15 jours d'intervalle, après exclusion d'une étiologie infectieuse), en association avec une corticothérapie à 0,5 mg/kg/j. Sous ce schéma, l'évolution a été remarquable, marquée par une récupération complète de la force musculaire, une résolution de la dysphagie et une disparition progressive des lésions cutanées. À six mois de recul, la patiente est en rémission complète, sans aucun nouvel épisode de rechute, témoignant de l'efficacité durable du rituximab dans cette forme réfractaire de DM.

Discussion:

La DM est une myopathie inflammatoire rare associant atteinte musculaire proximale et manifestations cutanées typiques. Le traitement repose sur les corticoïdes et les immunosuppresseurs classiques (méthotrexate, azathioprine, MMF). La place du rituximab dans la prise en charge des DM réfractaires est appuyée par plusieurs travaux dans la littérature, en particulier chez les patients ne répondant pas aux traitements immunosuppresseurs conventionnels. Son profil de tolérance favorable et les rémissions rapportées dans les formes résistantes appuient son utilisation en seconde ou troisième ligne thérapeutique.

Conclusion:

Ce cas illustre toute l'importance d'une approche individualisée, centrée sur le patient, dans la prise en charge des formes réfractaires de DM.

De l’œdème palpébral à la dermatomyosite : un piège diagnostique

Y.El Bouhali , O. El Jouari, S. Gallouj
Service de dermatologie, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI , Tanger, Maroc

Introduction

La dermatomyosite amyopathique est une forme rare de myopathie inflammatoire, caractérisée par des manifestations cutanées spécifiques sans atteinte musculaire. L’œdème palpébral chronique constitue un signe révélateur atypique, source d’erreur diagnostique.

Observation

Patiente de 30 ans, sans ATCD notables en dehors d’une infertilité primaire et d’un fibromyome utérin non documenté, admise pour un œdème palpébral bilatéral chronique évoluant depuis 5 mois, débuté par un placard érythémateux périorbitaire gauche rapidement bilatéralisé, évoluant par poussées-rémissions dans un contexte d’apyrexie et de CEG. L’examen clinique a objectivé un œdème palpébral érythémateux bilatéral, un érythème cervico-thoracique photosensible (signe du châle) et des papules de Gottron au dos des mains, sans déficit moteur ni atteinte systémique. A la Dermoscopie: présence de télangiectasies avec fond érythémateux au niveau des joues. A la capillaroscopie: présence de micro capillaires et de méga capillaires avec une hyperkératose de la cuticule.
Les examens complémentaires ont montré des CPK et aldolase normales, une LDH légèrement élevée, des sérologies auto-immunes négatives, un EMG compatible avec une atteinte myogène et une TDM orbito-cérébrale confirmant l’œdème palpébral. Une biopsie cutanée initiale avait évoqué une maladie de Morbihan, mais l’ensemble du tableau clinique orientait vers une dermatomyosite amyopathique. La patiente a été mise sous corticothérapie orale (0,5 mg/kg/j), hydroxychloroquine 400 mg/j et dermocorticoïdes avec une nette amélioration clinique.

Discussion :

La dermatomyosite amyopathique se caractérise par des lésions cutanées spécifiques en l’absence d’atteinte musculaire et peut poser un problème diagnostique, comme dans ce cas où l’œdème palpébral chronique a d’abord évoqué une maladie de Morbihan à l’étude histologique. La présence d’un rash héliotrope, d’un signe du châle, de papules de Gottron et d’anomalies capillaroscopiques, associée à un EMG en faveur, a permis de retenir le diagnostic de dermatomyosite amyopathique malgré des enzymes musculaires normales. L’amélioration clinique nette sous corticothérapie et hydroxychloroquine confirme la nature auto-immune de l’affection. Ce cas souligne l’importance d’une approche clinique intégrée face à des résultats histologiques discordants et rappelle la nécessité d’un suivi prolongé, notamment pour dépister une éventuelle atteinte musculaire ou une néoplasie associée.

Conclusion

La dermatomyosite amyopathique peut se révéler par un œdème palpébral, exposant au risque de confusion avec la maladie de Morbihan. La nette amélioration sous corticothérapie et hydroxychloroquine confirme la nature auto-immune de l’affection, et souligne l’importance d’un suivi prolongé afin de dépister précocement une éventuelle atteinte musculaire secondaire ou une néoplasie associée.

Orientation clinico-dermoscopique d'un lupus érythémateux discoïde avec atteinte cutanée et chéilite lupique

Introduction

Le lupus érythémateux discoïde (LED) est la forme cutanée chronique la plus fréquente du lupus, caractérisée par des lésions érythématosquameuses évoluant vers une atrophie cicatricielle. L'atteinte muqueuse, en particulier la chéilite lupique, est plus rare et peut mimer d'autres dermatoses chroniques ou précancéreuses. La dermoscopie est un outil complémentaire de plus en plus utiliser pour orienter le diagnostic.

Observation

Nous rapportons le cas d'une patiente de 52 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, consultant pour une chéilite chronique évoluant depuis 6 ans, résistante aux traitements usuels.L'examen montrait une chéilite squamo-croûteuse peu érosive, œdémateuse et discrètement érythémateuse localisée uniquement sur la lèvre rouge sèche inférieure, associé à une plaques érythemato-squameuses légèrement atrophiques au niveau du nez, la dermoscopie de la lèvre inferieur montre un fond blanc rouge , des aires blanches sans structures, une vascularisation linéaires et en épingle à cheveu à disposition diffuse, des point gris bleu , des zones sans structures grise et une érosion centrale. La dermoscopie la lésion cutanée montrait la présence des squames inter et périfolliculaire, des globules rouges folliculaires, des points jaunes, des fins vaisseaux arborescents, des pseudo-kystes cornés, et pseudos comédons. L'examen anatomopathologique mettait en évidence un infiltrat inflammatoire lymphocytaire dense périfolliculaire et périvasculaire, un épaississement de la membrane basale et des bouchons cornés en faveur d'un lupus érythémateux avec chéilite lupique associée.

Le bilan de systématisation était négatif, patiente a été mise sous APS systémique et tacrolimus topique 2 fois par jour

Discussion

Le lupus érythémateux discoïde (LED) est une dermatose inflammatoire chronique caractérisée par des lésions érythémato-squameuses évoluant vers l'atrophie et la fibrose cicatricielle. L'atteinte muqueuse, en particulier labiale, reste rare, rapportée dans moins de 20 % des cas, elle peut simuler des dermatoses chroniques ou des lésions précancéreuses.

Dans notre cas, la coexistence d'une chéilite lupique chronique et de lésions discoïdes faciales illustre la diversité phénotypique du LED. La dermoscopie a été déterminante en mettant en évidence, au niveau labial, un fond blanc-rouge hétérogène, des aires blanches sans structures et une vascularisation linéaire et en épingle à cheveux, associés à des points gris-bleu et des zones grises sans structures témoignant d'une incontinence pigmentaire, ainsi qu'une érosion centrale traduisant l'évolutivité de la chéilite. Sur les lésions cutanées les squames inter- et périfolliculaires, les globules rouges folliculaires, les points jaunes, les pseudo-kystes cornés et les pseudo-comédons constituent un ensemble de critères dermoscopiques classiques du LED, bien décrits dans la littérature (Lallas et al., 2014).

La confrontation clinico-dermoscopique de ces différentes lésions permet de relier la chéilite lupique et la plaques discoïde cutanée à un même processus inflammatoire lupique, confirmé histologiquement par l'infiltrat lymphocytaire périvasculaire et périfolliculaire, l'épaississement de la membrane basale et les bouchons cornés.

Conclusion

La dermoscopie constitue un outil non invasif et fiable pour l'orientation diagnostique des lésions cutanéo-muqueuses chroniques. Dans notre observation, elle a permis d'évoquer précocement un lupus discoïde avec chéilite lupique, confirmé histologiquement. Son intégration en pratique quotidienne contribue à réduire les retards diagnostiques et à améliorer la prise en charge, limitant ainsi les séquelles cicatricielles et fonctionnelles.

Titre : Quand le lupus engelure imite une polychondrite chronique atrophiante

S.Alaoui, B.Idrissi Rhenimi, S.Hamada, N.Ammar, N.Ismaili, L.Benzekri, M. Meziane.

Introduction :

Le lupus érythémateux systémique est une maladie auto-immune complexe qui peut se manifester de manières différentes. Parmi ses manifestations : le lupus engelure qui est une forme rare mais classique. Dans cet article, nous rapportons le cas d'une patiente atteinte de lupus engelure avec une localisation inhabituelle.

Observation :

Une femme de 74 ans s'est présentée au service de dermatologie pour une lésion érythémateuse, infiltrée, occupant le pavillon, le tragus et le lobule de l'oreille droite évoluant depuis 1mois. L'examen dermoscopique a révélé un fond érythémateux avec des rosettes, des vaisseaux en points et linéaires, et des squames blanchâtres. Une biopsie cutanée a été réalisée, montrant un épiderme discrètement acanthosique surmonté d'une hyperkératose orthokératosique. Le derme était fibreux, avec un infiltrat inflammatoire interstitiel et périvasculaire dense constitué principalement de lymphocytes et de rares neutrophiles disposés autour des structures vasculaires. L'immunofluorescence directe était négative. Le bilan immunologique et biologique ont révélé des anticorps antinucléaires ainsi que des anticorps anti-SSA positifs sans autre atteinte systémique associée. Une biopsie des glandes salivaires a été également réalisée sans signes de syndrome sec. Le diagnostic de lupus engelure a été posé et un traitement par antipaludiques de synthèse a été initié. La lésion cutanée a complètement régressé après 8 mois de traitement avec reconstitution ad integrum de l'oreille.

Discussion :

Dans cet article, nous rapportons un cas de lupus engelure au niveau de l'oreille, une localisation rarement décrite dans la littérature .

Le lupus engelure tire son nom de sa présentation clinique distinctive, caractérisée par des lésions papuleuses ou nodulaires, kératosiques et violacées, survenant après exposition au froid ou une baisse de température (comme les engelures classiques), mais persistant en dehors de la saison froide. Ces lésions se localisent souvent sur les mains et les pieds et rarement sur le nez et les oreilles. Cette localisation exclusive au niveau des oreilles a été rapporté 2 fois dans la littérature. il s'agissait essentiellement de patientes de sexe féminin avec un âge moyen de 52ans. Le diagnostic est basé sur l'examen clinique, les résultats de la biopsie cutanée et la présence d'anticorps antinucléaires et des anticorps anti-SSA notée chez la plupart des patients atteints de cette forme de lupus cutané. Les options de traitement peuvent inclure l'application locale de corticostéroïdes topiques pour réduire l'inflammation, des antipaludiques tels que l'hydroxychloroquine pour contrôler les lésions cutanées et les symptômes systémiques, et des corticostéroïdes oraux en cas de maladie plus sévère. Les patients atteints de lupus engelure doivent également prendre des mesures pour protéger leur peau du froid en portant des vêtements chauds et en utilisant des émollients.

Conclusion :

En conclusion, le lupus engelure suit généralement une évolution chronique et imprévisible. c'est un diagnostic auquel il faut penser chez toute patiente ayant une atteinte infiltrante de l'oreille s'aggravant avec le froid et persistante afin de permettre une prise en charge précoce et éviter les complications.

Lupus érythémateux cutané : analyse de 163 observations cliniques

N. Bourht[1] , B. Layla[1] , M.Kettam[1] A. Maryem[1] , O. Hocar[1] , S. Amal[1]
[1]Service de dermatologie et vénérologie, CHU Mohammed VI, Laboratoire Biosciences et Santé, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Introduction

Le lupus érythémateux cutané (LEC) est une maladie auto-immune multifactorielle, dont les manifestations dermatologiques sont présentes dans jusqu'à 85 % des cas. Souvent inaugurales, elles peuvent précéder l'atteinte systémique. Cette étude décrit les caractéristiques cliniques, immunologiques et évolutives du LEC à partir d'une série de 163 cas.

Matériel et méthode

Une étude rétrospective descriptive a été menée de janvier 2018 à mai 2025. Ont été inclus tous les patients présentant un LEC diagnostiqué selon des critères cliniques et histopathologiques. Les variables analysées incluaient les données démographiques, le profil immunologique, les signes systémiques, les traitements et l'évolution. Le lupus systémique (LES) a été défini selon les critères ACR/EULAR 2019.

Résultats

Cent soixante-trois patients ont été inclus, âgés de 5 à 76 ans (âge moyen : 43,6 ans), avec une prédominance féminine (89,0 %). Les formes cliniques se répartissaient en LEC chronique (67,5 %), subaigu (14,1 %) et aigu (10,4 %), ainsi que des formes plus rares : panniculite lupique (4,3 %), lupus tumidus (1,8 %), lupus bulleux (1,2 %) et une forme mixte chronique + panniculite (0,6 %).

Un LES a été diagnostiqué chez 25,8 % des patients, notamment dans 64,7 % des LECA, 26,1 % des LECS et 21,8 % des LECC. Les anticorps antinucléaires (AAN) étaient positifs dans 38 % des cas et les anticorps anti-ADNdb dans 28,2 %. Ces anomalies étaient plus fréquentes dans les formes aiguës (AAN+ 64,7 %, anti-ADN+ 58,8 %).

Les anomalies biologiques comprenaient une dissociation VS/CRP (29,0 %), une atteinte hématologique (9,3 %) et une protéinurie de 24 heures positive (4,9 %), ayant motivé la réalisation d'une biopsie rénale qui a objectivé une néphropathie lupique nécessitant une stadification selon la classification internationale. Les taux les plus élevés de perturbations biologiques étaient observés chez les LECA. Enfin, cinq cas (3,1 %) présentaient une vasculopathie thrombotique, toujours associée à un LES.

Tous les patients ont bénéficié d'une photoprotection et d'un antipaludéen de synthèse. Les formes localisées ont été traitées par dermocorticoïdes, les formes réfractaires par inhibiteurs de la calcineurine. Une corticothérapie orale a été prescrite en cas d'atteinte systémique, associée à un immunosuppresseur si nécessaire. Une rémission cutanée complète a été observée dans 59 % des cas.

Discussion

Cette étude met en évidence la diversité des manifestations cutanées du LEC et leur potentiel évolutif vers une forme systémique. Le LEC chronique est la forme la plus fréquente, mais le LEC aigu est fortement associé à un risque de systématisation, soulignant sa valeur pronostique défavorable. Les anomalies immunologiques, telles que la positivité des anticorps anti-ADNdb, une atteinte hématologique ou rénale, ainsi que la présence d'une vasculopathie thrombotique, constituent des marqueurs de gravité.

La grande variabilité des atteintes cutanées, incluant des formes rares, souligne l'importance d'un diagnostic positif précis, fondé sur l'examen clinique et l'histologie, afin d'orienter au mieux la prise en charge.

Conclusion

Le LEC est une entité polymorphe, parfois révélatrice d'un lupus systémique.Une évaluation clinique et immunologique précoce conditionne le pronostic.

Mot clé :
lupus érythémateux cutané - manifestations dermatologiques – atteinte systémique

Quand la maladie de Kikuchi lève le voile sur un lupus cutané

Imane HAKIM, Layla BENDAOUD, 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

La maladie de Kikuchi-Fujimoto, ou lymphadénite histiocytaire nécrosante, est une entité rare et généralement bénigne qui touche préférentiellement la femme jeune. Elle se manifeste habituellement par des adénopathies fébriles cervicales et soulève un problème de diagnostic différentiel avec les lymphomes ou les adénites lupiques. Son association au lupus érythémateux, notamment cutané, est de plus en plus rapportée, posant la question d'un lien physiopathologique entre les deux entités.

Objectif

L'objectif de ce travail est de rapporter une observation rare où une maladie de Kikuchi a révélé un lupus cutané sévère chez une adolescente, et de souligner l'importance de l'examen dermatologique dans l'orientation diagnostique et thérapeutique.

Observation

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 14 ans admise pour fièvre prolongée et adénopathies cervicales douloureuses. L'évolution a été marquée par des céphalées fébriles, une asthénie intense et des manifestations cutanéo-muqueuses sévères. L'examen dermatologique révélait un œdème périorbitaire massif bilatéral responsable d'une quasi-occlusion palpébrale, un érythème centro-facial diffus confluant en plaques infiltrées, un rash maculo-papuleux morbilliforme, un érythème malaire en ailes de papillon non respectueux du sillon nasogénien, ainsi qu'une chéilite érosive croûteuse douloureuse, avec des zones cicatricielles d'hyperpigmentation.
Le bilan biologique montrait une lymphopénie, une cytopénie modérée, une hyperferritinémie et une élévation des LDH. L'imagerie objectivait une polyadénopathie cervicale et axillaire associée à une ascite modérée. La biopsie ganglionnaire concluait à une maladie de Kikuchi tandis que la biopsie cutanée était en faveur d'un lupus cutané. L'évolution fut aggravée par des troubles neurologiques avec encéphalopathie et ralentissement à l'EEG, imposant une corticothérapie à fortes doses associée à des immunoglobulines intraveineuses, de l'hydroxychloroquine et de l'étoposide, permettant une amélioration clinique progressive.

Discussion

La maladie de Kikuchi-Fujimoto est décrite comme une affection rare, bénigne et auto-limitée, mais sa relation avec le lupus érythémateux (cutané ou systémique) suscite un intérêt croissant. La littérature rapporte trois scénarios évolutifs : le lupus peut précéder la maladie de Kikuchi, lui être concomitant ou survenir secondairement. Notre observation illustre ce dernier cas, où l'adénite nécrosante a constitué le prélude à un lupus cutané sévère. Sur le plan histologique, la distinction entre adénite lupique et maladie de Kikuchi reste délicate. Toutes deux présentent des foyers nécrotiques riches en débris nucléaires, ce qui peut prêter à confusion. Toutefois, certains éléments orientent le diagnostic : l'absence de polynucléaires neutrophiles est en faveur de Kikuchi, tandis que la présence de plasmocytes et de corps hématoxyliques suggère plutôt une adénite lupique. Dans notre observation, l'histologie ganglionnaire plaidait pour une maladie de Kikuchi, mais la biopsie cutanée et surtout la sévérité du tableau dermatologique ont permis de trancher en faveur d'un lupus cutané associé. L'examen dermatologique a joué un rôle crucial.

Les manifestations observées : œdème périorbitaire massif, érythème malaire, rash morbilliforme, chéilite érosive, dépassent le cadre des atteintes cutanées rapportées dans la maladie de Kikuchi isolée. Elles sont au contraire typiques du lupus et doivent alerter le clinicien sur l'existence d'une connectivite sous-jacente. Dans ce sens, la peau a agi comme une véritable « fenêtre » du diagnostic. Sur le plan thérapeutique, la différence est également notable. La maladie de Kikuchi isolée peut être spontanément résolutive ou répondre à une corticothérapie brève. En revanche, l'association à un lupus cutané ou systémique impose une stratégie agressive, associant corticoïdes à fortes doses, hydroxychloroquine et immunosuppresseurs, surtout en cas d'atteinte neurologique ou viscérale comme dans notre cas. Le pronostic dépend alors de la précocité du diagnostic et de l'intensité du traitement instauré. Enfin, cette observation met en évidence l'importance d'une surveillance prolongée. La maladie de Kikuchi, même isolée, ne doit pas être considérée comme anodine : elle peut annoncer, parfois plusieurs mois ou années plus tard, l'émergence d'une connectivite telle que le lupus.

Conclusion

Ce cas illustre l'association rare mais significative entre maladie de Kikuchi et lupus cutané. Il met en évidence la difficulté du diagnostic différentiel et rappelle que la maladie de Kikuchi, notamment lorsqu'elle est atypique ou sévère, doit toujours faire envisager une connectivite sous-jacente. L'examen dermatologique a été ici l'élément pivot permettant de redresser le diagnostic. Une prise en charge précoce, multidisciplinaire et intensive est indispensable afin d'améliorer le pronostic vital et fonctionnel.

Etude comparative entre le lupus masculin et féminin

KETTAM Manal, ABOUDOURIB Meriem, BOUKHT Nouhaila, BENDAOUD Layla, HOCAR Ouafa, AMAL Said

Introduction :

Le lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie auto-immune chronique caractérisée par une atteinte multisystémique et des manifestations cliniques très variables. Il touche majoritairement le sexe féminin. Chez l'homme, le LES présente des particularités épidémiologiques, cliniques et biologiques qui peuvent influencer le pronostic et la prise en charge.

L'objectif de cette étude est de comparer les caractéristiques cliniques, biologiques et thérapeutiques du LES chez les patients masculins et féminins afin de mieux comprendre les différences liées au sexe et d'identifier d'éventuels facteurs pronostiques spécifiques.

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective descriptive sur une période de 7ans de janvier 2018 à décembre 2024 portant sur l'ensemble des cas de lupus cutané colligés au service de dermatologie du CHU de Marrakech ou diagnostiqués au centre diagnostic et nous avons exclu les patients dont le diagnostic n'avait pas été établi et les dossiers incomplets.

Résultats :

Notre échantillon était de 156 patients atteints de lupus cutané. La grande majorité étaient des femmes soit 89,74 % (140 patientes) , tandis que les hommes représentaient seulement 10,26 % soit 16 patients. L'âge moyen des patientes féminines était de 43,26 ans, avec des extrêmes allant de 5 à 72 ans, alors que celui des patients masculins était plus élevé, avec une moyenne de 51,13 ans et des extrêmes de 17 à 76 ans.

En se basant sur une approche comparative entre les caractéristiques cliniques et les résultats histopathologiques les types de lupus identifiés, chez les femmes étaient le lupus chronique avec 65 % des cas, suivi du lupus subaigu avec 15 % et aigu avec 11,43 %. Les formes plus rares comprenaient la panniculite (5,71 %), le lupus tumidus (2,14 %) et le lupus bulleux (0,71 %). Chez les hommes, le lupus chronique était également la forme la plus fréquente soit 75 %, suivi du lupus subaigu avec 12,5 % et du lupus aigu avec 6,25 %, tandis que le lupus bulleux représentait 6,25 %.

Sur le plan biologique, une dissociation vitesse de sédimentation (VS) / CRP plus fréquente chez les hommes que chez les femmes avec un pourcentage respectivement de 50% versus 27.86%, des atteintes hématologiques avec 31.25% chez l'homme est 7.86% chez la femme. L'atteinte rénale était aussi retrouvée de manière plus importante chez le sexe masculin que le sexe féminin soit 18.75% / 4.29%.

Le bilan immunologique a mis en évidence des AAN positifs avec un pourcentage similaire chez les 2 sexes à l'environ de 38%, tandis que les anticorps anti-ADN natif étaient positifs chez 50% des hommes et 26.4 chez les femmes.

Chez les femmes, les pathologies associées étaient : PR 2,14 %, Gougerot-Sjögren 3,58 %, SAPL 2,86 % et chevauchement 2,14 %. Chez les hommes, le SAPL et le phénomène de Raynaud concernaient chacun 6,25 % des cas.

Le traitement initial consistait systématiquement en une photoprotection associée à des antipaludéens de synthèse. Pour les formes localisées, une corticothérapie topique a été utilisée, tandis que les formes plus sévères ont nécessité l'ajout d'un traitement immunosuppresseur.

Discussion :

Dans notre étude, la prédominance était féminine ce qui concorde avec les données de la littérature. L'âge moyen de survenue est plus tardif chez le sexe masculin. Cette différence d'âge est également rapportée dans les études scientifiques.

Nos résultats confirment la prédominance du lupus cutané chronique, en accord avec les données de la littérature, où cette forme est rapportée comme la plus fréquente parmi les lupus cutanés.

Sur le plan biologique la dissociation VS/ CRP est plus souvent rencontrée lors d'une activité inflammatoire plus intense de la maladie chose qui ce voit plus dans le lupus du sexe masculin.

Les manifestations associées au lupus étaient plus parlantes chez les hommes que chez les femmes surtout avec les maladies thrombo-emboliques, rénales, articulaires et hématologiques. Ces propos

concordent totalement avec les résultats de plusieurs travaux scientifiques. Donc le LES présente des caractéristiques spécifiques au sexe, rendant les hommes plus sévèrement touchés.
Pour le traitement, les données de la littérature rejoignent nos résultats soit les anti-paludéens de synthèse comme traitement de choix associés parfois à d'autres thérapeutiques selon la présentation clinique des patients.

Conclusion :

Cette étude confirme que le lupus érythémateux systémique touche majoritairement les femmes, mais révèle que les hommes présentent des caractéristiques cliniques et biologiques particulières, notamment un âge de survenue plus avancé, des formes chroniques plus fréquentes et une prévalence plus élevée d'atteintes hématologiques. Ces différences soulignent la nécessité d'une prise en charge individualisée selon le sexe et apportent de nouvelles données sur le lupus masculin, une population encore peu étudiée.

Pemphigus vulgaire et lupus discoïde : Coïncidence rare ou réelle association auto-immune ?

S.Kozmane, H.Baybay, H.Laouni, Z.Douhi, M.Soughi, S.Elloudi, L.Tahiri Elousrouti, FZ.Mernissi
Service de dermatologie, CHU Hassan II Fès, Service d'anatomie et de cytologie pathologiques CHU Hassan II Fès.

Introduction

Le pemphigus vulgaire (PV) et le lupus érythémateux discoïde (LED) sont des maladies auto-immunes rares, médiées par les lymphocytes B, sous contrôle des lymphocytes T CD4+. L'association de plusieurs MAI chez un même patient est bien connue, mais l'association entre PV et LED reste exceptionnelle. Le mécanisme sous-jacent à cette association demeure mal élucidé. Nous rapportons un nouveau cas illustrant cette association rare.

Observation

Un patient de 38 ans est suivi depuis six ans pour un PV confirmé histologiquement et par immunofluorescence directe (IFD). Il était traité par corticothérapie (0,5 mg/kg/j) et rituximab, avec une rémission de cinq ans.

Six mois avant la consultation, le patient a signalé une récidive. L'examen a révélé des plaques érythémato-pigmentées annulaires à surface squameuse, certaines avec un centre atrophique, localisées au niveau rétro-auriculaire, des bras et des mains. La dermoscopie a montré des bouchons cornés, des squames et des stries blanchâtres.

Les diagnostics évoqués étaient un LED, un lichen ou une association des deux. Une biopsie cutanée avec IFD a confirmé le diagnostic de lupus chronique. Le bilan biologique a révélé une positivité des anticorps anti-ADN natif et des anticorps interkératinocytaires à un titre >1/160. Le diagnostic retenu était une association PV–LED. Le patient a été mis sous hydroxychloroquine (400 mg/j), dermocorticoïdes et photoprotection, avec une évolution favorable.

Discussion

Le PV est une MAI caractérisée par des bulles flasques sur la peau et les muqueuses, liées à une acantholyse intra-épidermique et des dépôts d'IgG intercellulaires. Il peut être associé à d'autres MAI comme la thyroïdite, la myasthénie ou la sclérodermie. La LED est une forme localisée de lupus cutané chronique, se manifestant par des plaques érythémateuses squameuses sur les zones photo-exposées. La dermoscopie est un outil diagnostique utile, mettant en évidence des bouchons cornés, des halos blancs périfolliculaires, des squames, un patron pigmenté, des aires blanches sans structures et des vaisseaux arborescents. L'histologie montre une atteinte de la jonction dermo-épidermique avec hyperkératose, atrophie épidermique et épaississement de la membrane basale. L'IFD montre des dépôts d'IgG le long de la JDE. La coexistence des deux pathologies pourrait traduire une dérégulation immunitaire commune, bien que les mécanismes exacts restent à préciser.

Conclusion

L'association entre PV et LED est extrêmement rare, avec peu de cas décrits. Cette observation soulève la question d'une pathogénie partagée ou d'une simple coïncidence. Elle souligne l'importance d'un suivi attentif des patients atteints de MAI, même en phase de rémission, et la nécessité d'une exploration clinique et immunologique complète face à toute nouvelle manifestation cutanée.

Rowell Syndrome Revealing Systemic Lupus Erythematosus in a Young Man with Acute Pancreatitis: A Challenging Diagnostic Case

Badr Amal[1], Leila Bendaoud[1], Meryem Aboudouraib[1], Ouafa Hocar[1], Said Amal[1]*
[1] Department of Dermatology, Mohammed VI University Hospital, Biosciences and Health Laboratory, FMPM, Cadi Ayyad University, Marrakech

Introduction

Rowell syndrome is a rare and controversial entity characterized by the coexistence of lupus erythematosus (LE) and erythema multiforme–like lesions. First described in 1963, its diagnostic criteria remain debated, but include clinical features of LE, typical "cocarde" or target-like lesions, and supportive immunological findings. This condition poses diagnostic challenges, as it may mimic infectious, toxic, or autoimmune dermatoses. The systemic involvement of LE can further complicate the clinical picture and delay recognition.

Case Report

We present the case of a 21-year-old man with a family history of systemic lupus erythematosus (aunt affected). He was admitted for a facial eruption of 2 months' duration, initially presenting as erythematous plaques. The eruption was associated with systemic symptoms including persistent fatigue, fever, abdominal pain, vomiting, and diarrhea. Clinical and imaging workup revealed acute pancreatitis, classified as stage D according to Balthazar, for which he received adequate medical management with favorable outcome.

Despite improvement of pancreatitis, the cutaneous manifestations worsened. The patient developed painful oral erosions, erythematosquamous plaques predominantly in photo-exposed areas of the face and hands, and new erythematous "cocarde-like" lesions with central blisters progressing to erosions on the face and trunk.

Biological investigations revealed: elevated ASAT (×4 upper normal limit), CRP 40 mg/L, microcytic hypochromic anemia (Hb 7.6 g/dL), lymphopenia (490/µL), neutropenia (550/µL), and lipase ×12 normal. A direct Coombs test was positive, indicating autoimmune hemolytic anemia. Complement fractions C3 and C4 were decreased. Cutaneous biopsy with direct immunofluorescence showed findings consistent with lupus erythematosus.

The coexistence of systemic lupus with erythema multiforme–like "cocarde" lesions led to the diagnosis of **Rowell syndrome**. The patient was treated with intravenous corticosteroids, resulting in significant clinical improvement of both cutaneous and systemic manifestations.

Conclusion

This case illustrates a rare presentation of systemic lupus erythematosus complicated by Rowell syndrome, with acute pancreatitis as an inaugural systemic manifestation. It emphasizes the polymorphic nature of lupus, the importance of recognizing atypical mucocutaneous lesions, and the need for thorough systemic evaluation. Early recognition and prompt immunosuppressive therapy remain essential for improving prognosis in such complex cases.

Lupus érythémateux Rosacée-Like : un piège diagnostique à ne pas méconnaître

S.BARAZ, R.BABA, M.AMRAOUI, Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA
Service de dermatologie vénérologie, Hopital militaire d'instruction Mohammed V RABAT

Introduction et objectifs

Le lupus érythémateux (LE) est une maladie auto-immune chronique pouvant se manifester par de multiples atteintes cutanées, parfois trompeuses. Certaines formes mimant une rosacée entraînent un retard diagnostique et thérapeutique, exposant au risque d'évolution systémique. Nous rapportons le cas d'un patient jeune présentant un lupus érythémateux cutané rosacéiforme, initialement pris en charge comme une rosacée réfractaire.

Matériels et méthodes

Un homme de 35 ans, sans antécédents pathologiques notables, consultait pour un érythème centrofacial persistant associé à des papules et télangiectasies. L'examen dermoscopique initial montrait des vaisseaux linéaires et quelques pustules folliculaires, orientant vers une rosacée. Un traitement par métronidazole topique et doxycycline orale fut instauré pendant deux mois sans amélioration. La réévaluation dermoscopique mit en évidence des bouchons folliculaires et des fines squames blanches, éléments en faveur d'un lupus cutané.

Les analyses biologiques retrouvèrent des anticorps antinucléaires positifs et des anti-Ro/SSA. L'examen histologique montrait une dermatite d'interface avec infiltrat lymphocytaire périfolliculaire et dépôts de mucine dermique, confirmant un lupus érythémateux cutané (LEC). Le patient fut mis sous hydroxychloroquine (200 mg/j), inhibiteurs topiques de la calcineurine et photoprotection stricte, avec une nette amélioration clinique en trois mois.

Résultats

Le lupus rosacéiforme reste une entité rare mais source fréquente d'erreurs diagnostiques en raison de son chevauchement clinique avec la rosacée : érythème centrofacial, papules, pustules et télangiectasies. Cependant, des éléments distinctifs existent. En dermoscopie, la rosacée présente surtout des vaisseaux linéaires superficiels et une atteinte inflammatoire superficielle, tandis que le lupus montre des bouchons folliculaires, des squames blanches et des vaisseaux arborisants plus profonds. Sur le plan physiopathologique, la rosacée résulte d'une dysrégulation de l'immunité innée et d'une hyperréactivité vasculaire, alors que le lupus implique une activation auto-immune médiée par les complexes immuns, le complément et une réponse Th1/Th17.

La résistance au traitement classique de la rosacée (métronidazole, doxycycline) doit alerter et faire envisager un lupus érythémateux, dont le traitement repose sur des agents immunomodulateurs tels que les antipaludéens de synthèse.

Conclusion

Le lupus érythémateux rosacéiforme constitue un défi diagnostique, surtout chez les patients jeunes présentant une rosacée apparente réfractaire. Ce cas illustre l'importance de l'examen dermoscopique approfondi, du recours aux explorations immunologiques et histopathologiques, et d'une reconnaissance précoce afin de prévenir l'évolution systémique et d'instaurer un traitement adapté.

Panniculite lupus-like : une entité frontière aux confins du lupus et des panniculites lymphocytaires

S.BARAZ, R.BABA, M.AMRAOUI, Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA
Service de dermatologie vénérologie, Hopital militaire d'instruction Mohammed V RABAT

Introduction

Les panniculites lymphocytaires constituent un groupe hétérogène de dermatoses rares, incluant la panniculite lupique et le lymphome T sous-cutané. Certaines formes atypiques, dites « lupus-like », présentent des caractéristiques histopathologiques proches du lupus profond mais sans réunir les critères immunologiques nécessaires au diagnostic formel. Ces formes représentent un défi diagnostique et nécessitent une surveillance clinique prolongée.

Observation

Nous rapportons le cas d'un patient de 41 ans, sans antécédents pathologiques notables, consultant pour des nodules intradermiques et sous-cutanés, fermes, chauds, douloureux, siégeant sur les tiers inférieurs des jambes. Les lésions évoluaient depuis plus de deux mois, par poussées et rémissions, sans respecter les teintes de biligénie habituelles. La biopsie cutanée a révélé une panniculite lobulaire lymphocytaire avec hyalinisation focale du tissu adipeux, en faveur d'une panniculite lupique. Néanmoins, le bilan immunologique (anticorps antinucléaires et anti-ENA) s'est avéré négatif, ne permettant pas de retenir le diagnostic formel de lupus cutané profond.

Discussion

Ce cas illustre une panniculite lupus-like, entité frontière entre panniculite lupique confirmée et autres panniculites lymphocytaires indéterminées. L'absence d'arguments immunologiques impose de rester prudent quant à l'affirmation diagnostique. Ces formes atypiques soulignent l'importance de l'approche multidisciplinaire combinant données cliniques, histologiques et immunologiques. La littérature rapporte que certaines panniculites lupus-like peuvent rester limitées, alors que d'autres évoluent secondairement vers un lupus systémique ou cutané franc, justifiant une surveillance rapprochée.

Conclusion

La panniculite lupus-like représente une forme rare et diagnostiquement difficile, se situant à la frontière entre lupus cutané profond et panniculites lymphocytaires indéterminées. Ce cas souligne l'importance d'un suivi clinique et immunologique régulier afin de dépister précocement une éventuelle évolution vers un lupus systémique.

Un lupus vulgaire au niveau du nez : à propos d'un cas

S. El Mellouki; L. Alami; W. Boudi; I. Anouar; M. El Amraoui; Z. Youssef; R. Frikh
Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction : Le lupus vulgaire (LV) est une forme chronique, progressive et pauci bacillaire de tuberculose cutanée, affectant souvent des individus de tous âges, avec une prédilection marquée pour le sexe féminin. Il s'agit de l'une des formes les plus fréquentes de tuberculose cutanée, généralement associée à une réinfection. Les lésions du LV sont acquises soit par dissémination hématogène à partir d'un foyer tuberculeux sous-jacent, soit par inoculation directe. Les lésions localisées au niveau du visage sont le plus souvent attribuées à une dissémination hématogène, tandis que celles situées aux extrémités peuvent résulter d'une ré inoculation. La présentation clinique du LV est très variable, ce qui peut rendre le diagnostic plus difficile. Nous mettons en évidence un cas de LV se présentant sous forme de plaque érythémateuse au niveau du nez et nous soulignons l'importance d'une approche diagnostique exhaustive incluant l'histopathologie, la dermoscopie et les techniques moléculaires afin d'assurer un diagnostic précis et une prise en charge adaptée.

Observations : Une patiente de 45 ans, ayant comme antécédents un diabète type 2 et une notion de contage tuberculeux, s'est présentée en consultation pour une lésion unique au niveau du nez, évoluant depuis un an. A l'examen, il s'agissait d'une plaque érythémateuse finement squameuse, de 1,5cm, arrondie, avec des bords bien délimités. L'examen dermoscopique a mis en évidence des squames blanches, des zones jaune-orangé sans structure, des vaisseaux courbés et des télangiectasies, des zones blanches sans structures. L'examen histopathologique d'une biopsie cutanée a révélé la présence d'un revêtement épidermique ulcéré par endroit et un derme abritant de multiples granulomes épithélioides avec nécrose caséiforme étendue. L'amplification par réaction en chaîne par polymérase (PCR) effectuée sur la lésion a confirmé la présence de Mycobacterium tuberculosis. Sur la base de ces résultats, la patiente a été mise sous protocole standard de traitement antituberculeux.

Discussion : La tuberculose cutanée est une affection rare caractérisée par un grand polymorphisme clinique. La présentation clinique de cette patiente, caractérisée par une plaque érythémateuse bien délimitée et des éléments dermoscopiques typiques, était évocatrice d'un lupus vulgaire. L'examen histopathologique a mis en évidence des caractéristiques classiques de la tuberculose, notamment des granulomes épithélioïdes associés à une nécrose caséeuse. La PCR a confirmé la présence de Mycobacterium tuberculosis dans la lésion, établissant ainsi le diagnostic de tuberculose cutanée. La patiente a été immédiatement prise en charge par une quadrithérapie antituberculeuse incluant l'isoniazide, la rifampicine, l'éthambutol et la pyrazinamide. Une surveillance étroite a été instaurée pour évaluer la réponse au traitement.

Conclusion : Le lupus vulgaire est un diagnostic différentiel rare mais essentiel à considérer face à des lésions cutanées chroniques, notamment chez les patients ayant des antécédents de tuberculose ou de contage tuberculeux. Le LV peut mimer cliniquement d'autres dermatoses, telles que le lupus érythémateux discoïde, la sarcoïdose ou la rosacée, le LV représente un défi diagnostique. Ce cas souligne l'importance d'une approche diagnostique intégrée, combinant évaluation clinique, examen dermoscopique, histopathologie, test tuberculinique et méthodes moléculaires comme la PCR. l'atteinte cutanée peut être révélatrice.

MUQUEUSES ET PHANERES

Mélanonychie induite par l'azathioprine : un effet secondaire rare

C.Hakkaoui , S .Chhiti, M.Chaouch , R. CHAKIRI
Dermatologie et Vénérologie, CHU Souss-Massa, Agadir, Maroc

Introduction

La mélanonychie correspond à une pigmentation brune ou noire de l'ongle, d'origine bénigne ou maligne. Plusieurs étiologies sont connues (physiologiques, infectieuses, tumorales, iatrogènes). Certains médicaments, comme l'hydroxyurée ou les inhibiteurs de tyrosine kinase, sont impliqués. L'azathioprine, en revanche, est exceptionnellement incriminée.

Observation

Un homme de 43 ans, suivi pour maladie de Behçet depuis 2019, traité par colchicine, Sintron puis azathioprine (50 mg/j depuis 2021), a présenté quelques mois après l'introduction de ce dernier une mélanonychie. L'examen retrouve deux bandes brunes longitudinales régulières sur le pouce gauche (1 et 3 mm) et une bande transversale de 1 mm sur le pouce droit. La lunule est respectée, sans signe de Hutchinson, ni dystrophie unguéale. La dermoscopie montre une pigmentation homogène, faite de lignes parallèles régulières. Aucune gêne fonctionnelle n'est rapportée. Une surveillance trimestrielle a été proposée.

Discussion

La mélanonychie liée à l'azathioprine est très rare. Le mécanisme serait lié à une activation des mélanocytes matriciels sans prolifération cellulaire, comme observé avec d'autres cytotoxiques. Le diagnostic différentiel inclut notamment naevus, lentigo, onychomycose pigmentée, causes traumatiques et surtout le mélanome unguéal, dont certains signes d'alerte (largeur > 3 mm, irrégularité, progression, signe de Hutchinson) doivent être systématiquement recherchés. La dermoscopie est un outil clé pour orienter la conduite à tenir.

Conclusion

La mélanonychie induite par l'azathioprine est une complication rare mais importante à connaître. Ce cas illustre la nécessité d'une surveillance dermatologique régulière des patients sous immunosuppresseurs, afin de dépister précocement toute lésion suspecte.

Ongles incarnés multiples sous anti-EGFR : un effet indésirable rare mais invalidant

W BOUDI ; Y FARAI ; S EL MELLOUKI M. EL AMRAOUI; R. Frikh1; N. Hjira1

Introduction

Les inhibiteurs de tyrosine kinase ciblant le récepteur EGFR, tels que l'osimertinib (Tagrisso®), ont profondément modifié le traitement du cancer bronchique non à petites cellules avec mutations activatrices. Leur profil de tolérance est globalement favorable, mais des effets cutanés et unguéaux peuvent survenir, parfois tardivement ou après modification du traitement. Si les atteintes dermatologiques sont bien connues, les complications unguéales, telles que les ongles incarnés, restent peu décrites, en particulier chez les personnes âgées. Nous rapportons ici un cas d'ongles incarnés multiples touchant à la fois les orteils et les doigts des mains, apparus rapidement après une substitution thérapeutique.

Observation

Il s'agit d'une patiente de 90 ans, aux antécédents d'hypertension artérielle sous amlodipine et de diabète insulinodépendant. Elle est suivie en oncologie pour un cancer bronchique non à petites cellules EGFR muté, initialement traité par osimertinib (Tagrisso®) à raison d'un comprimé par jour pendant neuf mois, sans incident notable. À la suite d'un changement de stratégie thérapeutique, elle est mise sous Miralta® (générique d'erlotinib). Une quinzaine de jours après l'introduction de ce nouveau traitement, la patiente développe des douleurs croissantes au niveau des extrémités, associées à une inflammation localisée. L'examen clinique révèle des ongles incarnés multiples, non seulement au niveau des orteils, mais aussi des doigts des mains, avec des paronychies douloureuses, sans fièvre ni signes infectieux systémiques. Un avis dermatologique est demandé et un traitement local à visée anti-inflammatoire et antiseptique est initié.

Discussion

Les effets secondaires unguéaux sous anti-EGFR sont bien moins fréquents que les éruptions cutanées ou la xérose, mais leur impact fonctionnel et douloureux peut être significatif, surtout chez les sujets âgés et fragiles. L'apparition rapide des lésions après le passage de l'osimertinib à l'erlotinib évoque un lien temporel fort. Le profil de toxicité des deux molécules, bien que de la même classe, diffère : l'osimertinib est généralement mieux toléré sur le plan dermatologique que les inhibiteurs de première génération comme l'erlotinib. Chez cette patiente, la conjonction de l'âge, du diabète, d'une vascularisation probablement altérée et d'un changement de molécule ciblée a sans doute favorisé cette complication unguéale étendue. Les atteintes des doigts comme des orteils renforcent le retentissement fonctionnel, notamment pour les gestes de la vie quotidienne, et soulignent l'importance d'un suivi attentif lors de tout changement de traitement, même au sein d'une même classe thérapeutique.

Conclusion

Ce cas illustre une toxicité unguéale étendue survenant rapidement après l'instauration d'un traitement par erlotinib chez une patiente âgée et polypathologique. L'atteinte simultanée des orteils et des doigts des mains met en lumière une forme inhabituelle mais potentiellement invalidante de paronychie sous anti-EGFR. Ce type d'effet indésirable mérite d'être reconnu et anticipé, car il peut altérer significativement la qualité de vie et compromettre l'observance thérapeutique. Une prise en charge précoce, à la fois symptomatique et dermatologique, permet souvent de limiter l'impact de ces manifestations et de maintenir la continuité du traitement oncologique.

La petite tumeur unguéale qui compte : focus sur l'onychopapillome

Dr Sara Marraha, Pr Ouiame ElJouari, Pr Salim Gallouj
Service de dermatologie, Hôpital Mohamed VI Tangier, Université Abdelmalek Essaadi

Introduction

L'onychopapillome est une tumeur bénigne rare de la matrice ou du lit de l'ongle, responsable de modifications unguéales localisées. Elle touche principalement l'adulte moyen, souvent sans facteur déclenchant connu. Se manifeste par stries longitudinales, bandes rouges ou brunes, et parfois hyperkératose sous-unguéale. Le diagnostic clinique est souvent difficile et nécessite parfois la confirmation histologique.

Observation clinique

Nous rapportons le cas d'une femme de 28ans, sans antécédents qui consulte pour une strie longitudinale rouge-brune sur l'ongle distal du majeur gauche, associée à douleur légère et onychodystrophie. L'examen a retrouvé une hyperkératose localisée sous l'ongle avec absence de signes infectieux ou traumatiques. La patiente a été longuement traitée par un antifongique local sans aucune amélioration et cela représentait une gêne esthétique pour elle.

La dermoscopie de l'ongle a visualisé des stries longitudinales irrégulières et kératinisation localisée. La Radiographie est revenue normale, sans atteinte osseuse.

La biopsie avec examen histologique ont retrouvé une prolifération papillomateuse bénigne du lit de l'ongle, confirmant le diagnostic.

Discussion

L'onychopapillome est rare et bénin, mais peut être confondu avec : une onychomycose, un lentigo longitudinal, mélanonychie, carcinome basocellulaire ou mélanome unguéal. La dermoscopie unguéale est un outil précieux pour visualiser les stries longitudinales et la kératinisation, et pour guider la décision de biopsie. La biopsie reste l'outil définitif pour confirmer la bénignité. La prise en charge est chirurgicale si symptômes ou gêne esthétique : exérèse complète ou avulsion partielle de l'ongle.

Conclusion

L'onychopapillome est une tumeur bénigne rare mais importante à reconnaître pour éviter des diagnostics excessifs ou un traitement inapproprié. La Dermoscopie et histologie sont les clés du diagnostic précis. La prise en charge vise à soulager la gêne fonctionnelle ou esthétique et à prévenir les récidives.

Unveiling Rare Alopecia: Two Cases of Scalp Involvement in Systemic Sarcoidosis

R. Boufetama, K. Diaa, H. Hassami, N. Ammar, S. Hamada, N. Ismaili, L. Benzekri, M. Meziane

Centre Hospitalier Universitaire Ibn Sina, Service de Dermatologie, Rabat, Maroc

Introduction

Sarcoidosis is an idiopathic systemic granulomatosis that frequently manifests as cutaneous involvement, often revealing the disease. However, scalp involvement, particularly in the form of scarring alopecia, remains a rare presentation. In this context, we report two cases of patients with scalp involvement in systemic sarcoidosis to highlight the clinical and dermoscopic features of this rare presentation and emphasize the importance of histological diagnosis for appropriate management.

Case 1

A 77-year-old woman was diagnosed with systemic sarcoidosis involving the mediastinum, lungs, lymph nodes, liver, and spleen, with an elevated angiotensin-converting enzyme (ACE) level. She had been receiving APS 400 mg/day for two years and was referred for dermatological evaluation. Examination of the scalp revealed central atrophic alopecia evolving over five years, with a newly appeared 7 cm erythematous alopecic plaque in the occipital region for the past eight months. Eyebrow hair loss was also noted. Dermoscopy showed perifollicular yellow-orange areas associated with multiple telangiectasias. Scalp biopsy confirmed a terminal-stage scarring alopecia with a dermal granulomatous infiltrate composed of epithelioid cells and multinucleated giant cells, consistent with cutaneous sarcoidosis.

Case 2

A woman in her fifties, with no significant medical history, presented with progressive scarring alopecia of the entire scalp evolving over ten years, painless and non-pruritic, starting from a diffuse erythematous and scaly condition. Clinical examination also revealed total body depilation and diffuse comedones, mimicking pilotropic mycosis fungoides. Dermatoscopy of the scalp, skin tumors, and infiltrated skin showed a yellow globular background with arborescent vessels and scar-like whitish linear areas. Histopathology demonstrated epithelioid cell granulomas without central caseating necrosis, with several multinucleated giant cells and a diffuse lymphocytic infiltrate.

Discussion

Approximately thirty cases of sarcoidosis-related scarring alopecia have been reported in the literature, mostly affecting women, with variable clinical presentations. In our first case, eyebrow depilation associated with partial alopecia was histologically confirmed by the presence of a non-caseating granulomatous infiltrate. The second patient presented with total scarring alopecia and generalized hair loss, also confirmed histologically — a rare representation suggesting extensive systemic involvement. Dermoscopic analysis revealed a yellow globular background with arborescent vessels, consistent with previous literature descriptions.These observations highlight that sarcoidosis can mimic other causes of scarring alopecia, such as discoid lupus erythematosus, lichen planopilaris, or pilotropic mycosis fungoides.They also emphasize the role of dermoscopy in guiding the diagnosis and the need for a comprehensive systemic evaluation in cases of scalp involvement.

Conclusion

Scalp involvement in sarcoidosis is an exceptionally rare manifestation, scarcely reported in the literature. Our observations illustrate the clinical diversity of this condition and the importance of dermoscopy in its identification. This study highlights the necessity of considering sarcoidosis in unexplained cases of scarring alopecia and underlines the importance of a thorough systemic evaluation for optimal management.

Sarcoidosis

Dr. R. Boufetama, Dr. K. Diaa Kawtar, Dr. H. Hassani, Dr. N. Ammar, S. Hamada, Dr. N. Ismaili, Dr. L. Benzekri, Dr. M. Meziane

Ibn Sina University Hospital Center, Department of Dermatology, Rabat, Morocco

Introduction

Sarcoidosis is an idiopathic systemic granulomatosis that frequently manifests as cutaneous involvement, often revealing the disease. However, scalp involvement, particularly in the form of scarring alopecia, remains a rare presentation. In this context, we report two cases of patients with scalp involvement in systemic sarcoidosis to highlight the clinical and dermoscopic features of this rare presentation and emphasize the importance of histological diagnosis for appropriate management.

Case 1

A 77-year-old woman was diagnosed with systemic sarcoidosis involving the mediastinum, lungs, lymph nodes, liver, and spleen, with an elevated angiotensin-converting enzyme (ACE) level. She had been receiving APS 400 mg/day for two years and was referred for dermatological evaluation. Examination of the scalp revealed central atrophic alopecia evolving over five years, with a newly appeared 7 cm erythematous alopecic plaque in the occipital region for the past eight months. Eyebrow hair loss was also noted. Dermoscopy showed perifollicular yellow-orange areas associated with multiple telangiectasias. Scalp biopsy confirmed a terminal-stage scarring alopecia with a dermal granulomatous infiltrate composed of epithelioid cells and multinucleated giant cells, consistent with cutaneous sarcoidosis.

Case 2 – Observation

A woman in her fifties, with no significant medical history, presented with a progressive scarring alopecia of the entire scalp evolving over ten years, painless and non-pruritic, starting from a diffuse erythematous and scaly condition. Clinical examination also revealed total body depilation and diffuse comedones, mimicking pilotropic mycosis fungoides. Dermatoscopy of the scalp, skin tumors, and infiltrated skin showed a yellow globular background with arborescent vessels and scar-like whitish linear areas. Histopathology demonstrated epithelioid cell granulomas without central caseating necrosis, with several multinucleated giant cells and a diffuse lymphocytic infiltrate.

Discussion

Approximately thirty cases of sarcoidosis-related scarring alopecia have been reported in the literature, mostly affecting women, with variable clinical presentations. In our first case, eyebrow depilation associated with partial alopecia was histologically confirmed by the presence of a non-caseating granulomatous infiltrate. The second patient presented with total scarring alopecia and generalized hair loss, also confirmed histologically — a rare presentation suggesting extensive systemic involvement. Dermoscopic analysis revealed a yellow globular background with arborescent vessels, consistent with previous literature descriptions. These observations highlight that sarcoidosis can mimic other causes of scarring alopecia, such as discoid lupus erythematosus, lichen planopilaris, or pilotropic mycosis fungoides. They also emphasize the role of dermoscopy in guiding the diagnosis and the need for a comprehensive systemic evaluation in cases of scalp involvement.

Conclusion

Scalp involvement in sarcoidosis is an exceptionally rare manifestation, scarcely reported in the literature. Our observations illustrate the clinical diversity of this condition and the importance of dermoscopy in its identification. This study highlights the necessity of considering sarcoidosis in unexplained cases of scarring alopecia and underlines the importance of a thorough systemic evaluation for optimal management.

Chronic acquired pigmentation of the oral mucosa

Maha EL MAATI[1 2], ALARO Maria Florencia[1], Laila BENZEKRI[2], MICHEL Catherine[1]
[1] Dermatology department of Mulhouse and south Alsace-France
[2] Mohammed V University, Dermatology Venerology Department - Ibn Sina Hospital, Rabat

Introduction:
Laugier-Hunziker Syndrome (LHS) is a rare, benign condition characterized by the development of asymptomatic oral and mucosal hyperpigmentation, primarily affecting the lips, inner cheeks, and tongue. It is often diagnosed in adulthood and is usually not associated with other systemic diseases. The condition is thought to be genetically inherited in an autosomal dominant pattern, though spontaneous cases have also been reported.

Case report:
We report a case of 90-year-old caucasian man presented with oral hyperpigmentation. His medical history includes arterial hypertension, heart failure, rheumatoid arthritis, multifactorial anemia requiring multiple transfusions with Venofer infusions, and obliterative arteriopathy of the lower limbs, for which he underwent revascularization. His regular medications include Clopidogrel, Atorvastatin, corticosteroid therapy, Furosemide, vitamin K supplementation, and Pantoprazole. The patient exhibited well-defined, homogeneous brownish-black pigmented macules affecting the tongue, inner cheeks, and lips, which had been evolving for over 30 years without any other associated mucocutaneous pigmentation. A comprehensive work-up, including adrenal (ACTH, cortisol), thyroid, and hepatic assessments, revealed no abnormalities. Serological tests for viral hepatitis were negative, and digestive endoscopy showed no anomalies. Given the late onset, the homogeneous nature of the lesions, and the unremarkable diagnostic findings, a diagnosis of Laugier-Hunziker disease was established, and therapeutic abstention was recommended.

Discussion:
LHD typically manifests in middle-aged adults, with an average age of onset around 50 years. The condition is characterized by asymptomatic benign, hyperpigmented macules on the lips and oral mucosa, with approximately half of the cases also presenting with longitudinal melanonychia.
In this case, the patient's age of onset is notably later than the average reported in the literature. However, the clinical presentation aligns with LHD characteristics, including the absence of systemic involvement. The lack of nail involvement in this patient is also noteworthy, as nail pigmentation occurs in approximately half of LHD cases. The prolonged duration of the lesions without progression further supports the diagnosis of LHD. LHD is primarily a clinical diagnosis, established after excluding other causes of mucocutaneous pigmentation. Histopathological examination, if performed, typically reveals increased basal layer pigmentation with a normal number and morphology of melanocytes.
Given the benign nature of LHD, treatment is generally unnecessary unless for cosmetic reasons. In such cases, laser therapy has been employed with varying degrees of success. In this patient, the absence of symptoms and the benign nature of the lesions warranted a conservative approach with therapeutic abstention.

Conclusion:
This case underscores the importance of recognizing Laugier-Hunziker Disease as a benign condition with characteristic mucocutaneous pigmentation. Accurate diagnosis is essential to differentiate LHD from other syndromes with similar presentations but differing systemic implications, thereby avoiding unnecessary investigations and interventions. Clinicians should consider LHD in the differential diagnosis of patients presenting with oral pigmentation, especially when lesions are long-standing and asymptomatic.

Pustulose érosive du cuir chevelu : défis diagnostiques et thérapeutiques, observation clinique

- **S. Hazmiri ; L. Bendaoud ; M. Aboudourib ; S. Amal ; H. Ouafa**
- Service de Dermatologie du CHU Mohamed VI de Marrakech
- Laboratoire Biosciences de santé, FMPM Université Caddi Ayyad

Introduction

La pustulose érosive du cuir chevelu (PECC) est une dermatose chronique rare caractérisée par des pustules douloureuses stériles, des érosions et des croûtes du cuir chevelu. Elle touche principalement, mais pas exclusivement, les personnes âgées. Les lésions s'étendent lentement au cours des mois ou des années qui suivent, entraînant une alopécie cicatricielle marquée. Cette maladie, assez mal connue, avec une évolution prolongée et de traitement difficile, est de fait sous-diagnostiquée avec un risque d'errance diagnostique. Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 80 ans, admise pour des pustules douloureuses du cuir chevelu évoluant vers une alopécie cicatricielle, et chez qui le diagnostic de pustulose érosive du cuir chevelu a été retenu. Une bonne amélioration a été notée sous cyclines et dermocorticoïdes de classe très forte.

Cas clinique

Patiente âgée de 80 ans. Ayant comme antécédents une maladie de Parkinson sous L-DOPA depuis 6 ans et une cardiopathie sous Sintrom ¼ cp depuis 5 ans. L'histoire de la maladie remonte à 8 mois par l'installation de lésions érosives pustulo-croûteuses du cuir chevelu douloureuses à évolution cicatricielle, surinfectées, associées à un issu de pus faisant suite à un traumatisme du scalp par chute de sa hauteur à domicile. L'examen dermoscopique a objectivé des pustules non folliculaires, des zones rouges laiteuses sans structures et des croûtes mélicériques. La patiente a bénéficié de prélèvements bactériologique et mycologique révélant une surinfection mycosique à *Trichophyton verrucosum*. Mise par la suite sous fluconazole par voie orale et soins locaux avec amélioration de la surinfection mais persistance et extension des plaques érosives. Une biopsie cutanée a été réalisée objectivant une pyodermite ulcérée associée à un infiltrat inflammatoire dermique polymorphe à prédominance polynucléaires neutrophiles et un granulome macrophagique à cellules géantes multinucléées de type corps étrangers. Les colorations PAS, Gromori-Grocott et Gram sont négatives. L'histoire de la patiente (sujet âgé, traumatisme initial) et son tableau clinique (atteinte du scalp, lésions chroniques pustuleuses et érosives) correspondaient parfaitement au diagnostic de pustulose érosive du cuir chevelu. La patiente a été mise sous cyclines pendant 6 mois et dermocorticoïdes de classe très forte avec bonne amélioration au bout d'un mois de traitement.

Discussion

La pustulose érosive du cuir chevelu (PECC) est une affection rare, décrite initialement par Pye en 1979, qui touche préférentiellement les sujets âgés, souvent porteurs d'un cuir chevelu fragilisé par une alopécie, un traumatisme ou des lésions actiniques. Sa physiopathologie reste mal élucidée, mais plusieurs facteurs semblent intervenir : une réponse inflammatoire exagérée après une agression locale, un vieillissement cutané entraînant un défaut de cicatrisation, ainsi qu'une colonisation microbienne secondaire, généralement sans rôle étiologique direct. Cliniquement, elle se caractérise par des pustules douloureuses stériles, des érosions recouvertes de croûtes et une évolution vers une alopécie cicatricielle irréversible. L'évolution est chronique, entrecoupée de poussées récidivantes, et quelques cas de transformation carcinomateuse en carcinome épidermoïde ont été rapportés sur des cuirs chevelus altérés. L'examen histologique, non spécifique, met en évidence un infiltrat dermique polymorphe à prédominance neutrophilique, parfois associé à des granulomes à cellules géantes, comme retrouvé chez notre patiente. Les prélèvements bactériologiques et mycologiques sont le plus souvent négatifs, mais des surinfections opportunistes peuvent compliquer le tableau et retarder le diagnostic, comme dans notre observation où un *Trichophyton verrucosum* a été isolé initialement. Le traitement n'est pas standardisé. Les cyclines (doxycycline, minocycline) sont les plus utilisées en raison de leurs propriétés anti-inflammatoires et se révèlent souvent efficaces, en particulier lorsqu'elles sont associées à des dermocorticoïdes topiques de classe très forte. D'autres options rapportées dans la littérature incluent le tacrolimus topique, l'hydroxychloroquine, le méthotrexate ou encore la photothérapie, mais les rechutes restent fréquentes et la prise en charge doit être prolongée. L'intérêt de notre cas réside dans plusieurs aspects : la survenue de la maladie après un traumatisme crânien, rarement rapporté comme facteur déclenchant ; la difficulté diagnostique initiale liée à une positivité mycologique pouvant orienter à tort vers une teigne ; et enfin la bonne réponse thérapeutique obtenue grâce à l'association cyclines–dermocorticoïdes, confirmant la place de ce schéma comme traitement de première intention. Notre observation illustre ainsi l'importance de considérer la PECC devant toute alopécie cicatricielle pustuleuse chronique du sujet âgé, même en cas de résultats microbiologiques positifs, afin de limiter l'évolution vers une perte de cheveux définitive et invalidante.

Conclusion

La pustulose érosive du cuir chevelu est une affection rare, souvent méconnue et sous-diagnostiquée, responsable d'alopécie cicatricielle définitive. Son évolution chronique et ses répercussions esthétiques et fonctionnelles nécessitent une reconnaissance précoce. Le diagnostic repose sur l'association d'arguments cliniques et histologiques, après élimination des diagnostics différentiels infectieux et auto-immuns. Le traitement demeure empirique, mais les cyclines et les dermocorticoïdes puissants constituent une stratégie efficace de première ligne. La vigilance reste de mise en raison du risque, bien que rare, d'évolution carcinomateuse sur un cuir chevelu chroniquement altéré.

Alopécie frontale fibrosante répondant à un traitement par Diprostène° injectable

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

Introduction : L'alopécie frontale fibrosante (AFF) est une variante du lichen plan pilaire qui touche principalement les femmes après la ménopause, bien que des cas chez les hommes et chez les femmes jeunes aient également décrites. Sa physiopathologie reste méconnue, et aucun traitement n'a démontré son efficacité de manière formelle. Nous rapportons le cas d'une patiente présentant une alopécie frontale fibrosante, ayant répondu après une infiltration de **DIPROSTENE° injectable**.

OBSERVATION : il s'agit d'une patiente âgée de 36 ans, sans antécédents pathologiques connus qui se plaignait d'une chute progressive des cheveux au niveau du cuir chevelu frontal et des sourcils, évoluant depuis un an. La patiente a reçu à titre externe plusieurs traitements (dermocorticoides, cycline, minoxidil et gel rubéfiant). Devant l'absence d'amélioration clinique et une altération de sa qualité de vie, la patiente a consulté notre structure. L'examen clinique a révélé un recul bilatéral et symétrique de la lisière frontale du cuir chevelu d'allure progressive. On a également observé une perte de poils au niveau des sourcils, principalement aux niveaux des queues. La trichoscopie a montré un érythème péri-pilaire et une disparition des orifices pilaires. Le reste d'examen clinique ne présentait pas des particularités. La biopsie cutanée a montré un épiderme régulier, ortho kératosique, tandis que le derme sous-jacent, fibreux était le siège d'une raréfaction des follicules pileux. Le bilan biologique réalisé n'a révélé aucune anomalie. Sur le plan thérapeutique, tous les traitements antérieurs ont été arrêtés et un traitement par **DIPROSTENE** intra-lésionnel a été instauré, avec une séance mensuelle pendant quatre mois. L'évolution clinique a été satisfaisante.

Discussion : L'alopécie frontale fibrosante (AFF) est une affection qui ne touche pas exclusivement les femmes ménopausées, comme le montre le cas de notre patiente, mais peut aussi affecter des femmes non ménopausées. Le diagnostic d'AFF est principalement clinique. L'évolution imprévisible de la maladie et l'impact psychologique conséquent ont conduit à l'instauration d'un traitement par **DIPROSTENE° injectable** afin de stopper la progression de la pathologie et améliorer la qualité de vie de la patiente. Bien que la prise en charge de l'AFF soit complexe en raison de l'absence de consensus thérapeutique, nous avons obtenu une repousse capillaire satisfaisante après quatre séances d'infiltration de Diprostene°.

Conclusion :A la lumière de ces résultats, il essentiel de poser un diagnostic précoce d'AFF et de mettre en place une prise en charge adéquate pour prévenir la progression de la maladie. La trichoscopie est un outil précieux, aussi bien pour le diagnostic positif que pour les diagnostics différentiels.

- **Alopécie sévère sous paclitaxel : Impact dermatologique et psychologique**

- A.Cheab[1], F.Hali[1],N.Benchekroun[2] S.Chiheb[1]
- [1]Service de dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca
- [2]Service d'oncologie et radiothérapie ,CHU Ibn Rochd,Casablanca

Introduction :

La chimiothérapie est un traitement standard dans la prise en charge de nombreux cancers. Parmi ses effets secondaires les plus fréquents, l'alopécie se manifeste généralement deux à trois semaines après le début du traitement. Cette perte de cheveux peut concerner le cuir chevelu, les cils, les sourcils et d'autres zones pileuses. Bien que souvent réversible, l'alopécie induite par la chimiothérapie peut avoir des conséquences psychosociales significatives, affectant l'image corporelle, le bien-être émotionnel et la qualité de vie des patients.est donc crucial de comprendre et de gérer cet effet secondaire pour améliorer la qualité de vie des patients.

Observation clinique

Une patiente de 21 ans, sans antécédents médicaux notables, a consulté pour des lésions papulo-nodulaires douloureuses des membres inférieurs, évoluant depuis 10 mois. Le diagnostic de la maladie de Kaposi a été confirmé par biopsie cutanée.Elle a été traitée par quatre cures hebdomadaires de paclitaxel, avec une réponse clinique complète. Cependant, elle a développé une alopécie marquée affectant le cuir chevelu, les cils et les sourcils. Cette perte de cheveux a eu un impact psychologique notable, affectant son image corporelle et son bien-être émotionnel.Utilisant des accessoires tels que des foulards pour camoufler la perte de cheveux et éviter les regards perçants, la patiente a présenté des signes de dépression, notamment une humeur dépressive, une diminution de l'estime de soi. Le score DLQI de la patiente a été évalué à 20, indiquant un impact très important de l'alopécie sur sa qualité de vie . Pour favoriser la repousse capillaire, un traitement à base de minoxidil topique a été instauré, accompagné de lotions antichute et de compléments alimentaires. Trois mois après l'arrêt de la chimiothérapie, une repousse capillaire significative a été observée

Discussion

L'alopécie induite par la chimiothérapie est un effet secondaire fréquent, notamment avec des agents tels que le paclitaxel.Elle peut entraîner une perte de cheveux sur le cuir chevelu, les cils, les sourcils et d'autres zones corporelles. Cette perte de cheveux est généralement réversible, mais elle peut avoir des conséquences psychosociales importantes, notamment une altération de l'image corporelle, de l'estime de soi et une gêne sociale. Il est essentiel d'aborder cette question dès le début du traitement, en informant la patiente des risques et en proposant des solutions d'accompagnement. La prise en charge de l'alopécie comprend l'utilisation de prothèses capillaires, de foulards et d'autres accessoires. Un soutien psychologique est également recommandé pour aider la patiente à gérer l'impact émotionnel de l'alopécie.

Conclusion

Ce cas souligne l'importance d'une prise en charge globale de la patiente, intégrant les aspects médicaux et psychosociaux.L'alopécie induite par la chimiothérapie est un effet secondaire à ne pas négliger, et il est essentiel d'adopter une approche proactive pour en minimiser l'impact sur la qualité de vie de la patiente.

Corrélations trichoscopiques et chronologiques dans l'alopécie de traction chez les femmes à phototype foncé

K. ELfid, H. Bay Bay, C. Bouhamdi, Z. Douhi, M. Soughi, S. Elloudi, FZ. Mernissi
Service de dermatologie CHU Hassan II, Fes, Maroc.

Introduction

L'alopécie de traction est une forme d'alopécie mécanique secondaire à des coiffures tendues, fréquente chez les femmes de phototype foncé. Son diagnostic repose essentiellement sur l'examen clinique, mais la trichoscopie permet une analyse plus fine des lésions et de leur sévérité. Cette étude vise à évaluer les signes trichoscopiques observés dans l'alopécie de traction et à analyser leur corrélation avec la durée d'évolution de la traction.

Methodologie

Nous avons étudié 40 patientes chez qui une alopécie de traction avait été cliniquement diagnostiquée. Les patientes ont été répartis en deux groupes selon la durée de traction, le **groupe A** avec une durée de traction < 10 ans, et le **groupe B** avec une durée de traction ≥ 10 ans. Une trichoscopie a été réalisée à au moins deux endroits du cuir chevelu chez chaque patient.

Résultats

L'âge moyen était de 38,2 ans (25–57 ans). Trente-sept patientes (92,5 %) présentaient un phototype VI et 3 (7,5 %) un phototype V. Concernant le niveau d'éducation, 9 patientes (22,5 %) étaient non scolarisées, 5 (12,5 %) avaient un niveau primaire, 10 (25 %) un niveau secondaire et 16 (40 %) un niveau universitaire. En ce qui concerne les pratiques capillaires, 29 patientes (72,5 %) avaient recours aux tresses sectionnées, 20 (50 %) utilisaient des chignons, 7 (17,5 %) portaient un turban, 5 (12,5 %) avaient recours à un tissage avec extensions, et 3 (7,5 %) utilisaient des perles plastiques collées aux tresses. Il est à noter que plusieurs patientes combinaient plusieurs types de coiffures. Sur le plan clinique, les symptômes les plus fréquemment rapportés étaient les démangeaisons chez 18 patientes (45 %), un état pelliculaire diffus chez 16 patientes (40 %), une hyperséborrhée chez 13 patientes (32,5 %) et une trichodynie chez 10 patientes (25 %). Concernant la localisation des lésions, la région frontale était atteinte chez 12 patientes (30 %), la région fronto-temporale chez 7 patientes (17,5 %), la région fronto-pariétale chez 2 patientes (5 %) et une atteinte diffuse était notée chez 19 patientes (47,5 %).

L'examen trichoscopique a mis en évidence plusieurs signes communs à l'ensemble des patientes, notamment une diminution de la densité capillaire, une miniaturisation des cheveux et la présence d'orifices folliculaires vides chez 40 patientes (100 %). Des pseudo-gaines coulissantes ont été retrouvées chez 38 patientes (95 %), des cheveux cassés chez 32 patientes (80 %), et des squames péri- et interfolliculaires chez 37 patientes (92,5 %). Les pili torti ont été observés chez 11 patientes (27,5 %), tandis que les pustules et l'érythème ont chacun été notés chez 3 patientes (7,5 %). La perte d'ouverture folliculaire a été observée chez 20 patientes (50 %), avec une nette prédominance dans le groupe B : 18 patientes (81,8 %) contre seulement 2 (16 %) dans le groupe A. De même, le halo blanc était présent chez 24 patientes (60 %), dont 17 (81 %) appartenaient au groupe B, contre 7 (33 %) dans le groupe A. Le signe de flambeau a été retrouvé chez 12 patientes (30 %), réparties en 10 patientes (50 %) du groupe B et seulement 2 patientes (5 %) du groupe A.

Discussion

Trois signes trichoscopiques ont montré une différence significative entre les patientes selon la durée de traction : la perte d'ouverture folliculaire qui temoigne de l'obstruction ou de la disparition des ostia folliculaires, le halo blanc qui reflète des altérations périfolliculaires comme une sclérose ou une fibrose débutante, traduisant un processus de rétraction du tissu autour du follicule pileux et finalement le signe de flambeau qui traduit généralement une traction excessive provoquant une fracture proximale du poil avec élargissement progressif de son émergence. La fréquence élevée de ces signes chez les patientes ayant subi une traction prolongée (≥10 ans) suggère une évolution vers une alopécie cicatricielle. Leur présence pourrait ainsi indiquer un stade avancé de la maladie et souligner la nécessité d'un diagnostic et d'une prise en charge précoces pour éviter des séquelles irréversibles.

Conclusion

La trichoscopie apparaît comme un outil essentiel pour évaluer la sévérité et la chronicité de l'alopécie de traction, permettant ainsi une prise en charge précoce afin de prévenir son évolution vers une alopécie cicatricielle irréversible.

Scalp Lipoedema: an unusual localization

K.DIAA, R.BOUFETTAMA, N.AMMAR, S.HAMADA, M.MEZIANE, N.ISMAILI, L.BENZEKRI

Introduction

Scalp lipoedema is a rare and poorly understood condition first described by Cornbleet in 1935. It is characterized by an abnormal thickening of the subcutaneous fat layer of the scalp, which may present with diffuse swelling, and can be associated with alopecia, pruritus, or trichodynia. We report a new case involving a 35-year-old female patient who presented with diffuse scalp swelling and trichodynia.

Case Report

A 35-year-old woman with a medical history of chronic bronchiectasis and anxiety (treated with bromazepam) presented to the dermatology department with diffuse scalp swelling that had been progressively worsening over several years. There was no family history of similar symptoms, and no identifiable triggering events. Clinical examination revealed a woman in good general condition, with a Fitzpatrick skin phototype IV. The scalp showed generalized soft, non-pitting oedema with diffuse thickening, accompanied by trichodynia and pruritus. The overlying skin appeared normal in color and texture, with a spongy consistency and no visible alopecia. A skin biopsy revealed acanthosis of the epidermis and a dermis with normal vascular structures and no significant inflammatory infiltrate. The hypodermis consisted of mature adipocytes interspersed with optically clear interstitial spaces. Alcian blue staining highlighted minimal interstitial mucin. No evidence of malignancy was found. Magnetic resonance imaging (MRI) confirmed diffuse thickening of the subcutaneous fat layer of the entire scalp, with no other abnormalities. Based on clinical, histological, and imaging findings, a diagnosis of scalp lipoedema was made. Cryolipolysis was proposed as a therapeutic option to reduce subcutaneous fat thickening and improve patient comfort.

Discussion

Scalp lipoedema is extremely rare, with fewer than 50 cases reported in the literature. It primarily affects women, especially those of African descent, with a variable age of onset, most commonly around the age of 50. Clinically, it presents as subcutaneous scalp infiltration, which may be localized or diffuse. Symptoms can include pain, itching, and paresthesia. The overlying skin may or may not show erythema or alopecia. MRI is a key diagnostic tool, allowing visualization of subcutaneous fat infiltration and assessment of its extent. Deep skin biopsy can provide complementary information, with histological findings such as epidermal or follicular hyperkeratosis, epidermal atrophy, mild lymphocytic infiltration, perifollicular fibrosis (mainly in alopecic forms), oedema, lymphatic dilation, and interstitial mucin deposition, as observed in our patient. The etiology remains unclear. Hormonal influences have been suggested due to the female predominance, as well as genetic factors, as familial cases have been documented. Differential diagnoses include **cutis verticis gyrata**, which involves hypertrophy and laxity of the scalp skin, forming deep folds. In asymptomatic cases, therapeutic abstention is often recommended, as spontaneous regression has been observed in some patients.

Conclusion

Scalp lipoedema is a rare but benign condition that should be considered in cases of unexplained scalp swelling. MRI and deep skin biopsy are essential for diagnosis. In the absence of severe symptoms, conservative management is usually the best approach

Occipital involvement in frontal fibrosing alopecia: A case series

C. Mustapha Eid, F. Sassine, L. Benzekri, M. Meziane
Dermatology Department, Ibn Sina University Hospital, Rabat

Introduction

Frontal fibrosing alopecia (FFA) is a primary lymphocytic scarring alopecia classically characterized by a recession of frontotemporal hairline which leaves an area of hypopigmented cicatricial alopecia with subcutaneous atrophy. The occipital area may also be involved. Diagnosis is confirmed by trichoscopy and histology. Occipital involvement has been reported in up to 32% of cases, typically in association with anterior hairline involvement but isolated occipital FFA is rare.

Case observation

We report a series of 13 women with occipital involvement of FFA, aged 14 to 70 years (mean 52). Eight patients (62%) were postmenopausal, and phototypes ranged from III to IV. Duration of hair loss varied from 1 to 15 years. No patient had a history of traction hairstyles.
All patients had occipital hairline involvement; 11/13 (85%) also had frontal or frontotemporal FFA. In five patients, no clinical signs of anterior FFA were evident, and involvement was detected only via dermoscopy. Patterns included linear (54%), diffuse (31%), and occipital pseudo-fringe/double line (15%), with three patients showing a cockade-like pattern superimposed on linear alopecia.
Eyebrow involvement was present in 12/13 patients (92%). Facial micropapules were observed in 4/13 patients. Trichoscopy revealed loss of follicular openings, absence of vellus hairs, and perifollicular scaling. Diagnosis was histologically confirmed in all cases, showing a lymphocytic infiltrate around the isthmus and infundibulum with perifollicular fibrosis.
Comorbidities were present in 46% of patients, including lichen pigmentosus, alopecia areata, and rosacea. The primary reason for consultation was frontotemporal hairline recession in 54% of patients, while 46% presented with diffuse hair shedding.

Discussion

FFA is typically frontal, with hypopigmented scarring, subcutaneous atrophy, and frequently partial or total eyebrow loss. Other features include eyelash or body hair loss, facial papules, and lichen planus pigmentosus. Trichoscopy shows loss of follicular openings, perifollicular erythema, and hyperkeratosis, while histology reveals a lichenoid infiltrate with concentric perifollicular fibrosis.
The “occipital fibrosing alopecia” variant (FFA-OFA) primarily affects the occipital hairline, sometimes sparing the frontal hairline and eyebrows.
Velasco-Martinez et al. reported 14 women with FFA-OFA, highlighting that patients often present either with occipital hair loss or diffuse shedding.
Compared with Velasco-Martinez, our series includes younger patients, highlighting that occipital FFA can affect adolescents and young adults. While isolated occipital involvement was observed in 2/13 patients (15%), the majority had subtle or overt anterior involvement, sometimes detectable only with dermoscopy. This demonstrates that occipital FFA is not always isolated and may coexist with subtle anterior disease not apparent on clinical inspection.
Eyebrow involvement was observed in 12/13 patients, suggesting a more extensive clinical phenotype compared with the Velasco-Martinez series (10/14).
Patterns in our series included linear, diffuse and occipital pseudo-fringe/double line. The latter being typically described in anterior FFA, its occipital localization is noteworthy.
Comorbidities, such as lichen pigmentosus and rosacea, were consistent with earlier studies.

Overall, our findings demonstrate that occipital FFA is not always isolated, can occur in younger patients, and presents with diverse patterns, underscoring the clinical variability of this rare variant.

Dermoscopic examination is essential for detecting subtle anterior involvement, ensuring accurate diagnosis and management.

Conclusion

While FFA is classically frontal, clinicians should remain vigilant for occipital variants. Recognition of the FFA-OFA pattern is essential for early diagnosis and appropriate management, preventing misdiagnosis and irreversible alopecia.

Title : Hair Care Cosmetic Habits: Between Tradition and Modernity

Authors : Lamia Mansour Billah[1], Chaima Sabir[1], Soumia Chiheb[1], Awatef Kelati[1]

[1]*Cheikh Khalifa Bin Zayed University Hospital, Casablanca, Morocco*

Introduction & Objectives:
The in-depth study of hair cosmetic product usage and habits among Moroccans has provided rich and nuanced insights, revealing trends and preferences specific to the Moroccan context. The key findings of this research highlight the diversity of hair care practices in Morocco, shaped by cultural, climatic, socio-economic, and individual factors.

Materials & Methods:
This is a cross-sectional conducted with the aim to explore how the interplay between traditional and modern practices shapes the choices, preferences, and hair care rituals of Moroccans, and how this dynamic interaction has influenced beauty standards within Moroccan society. This study includes 510 participants who completed a questionnaire covering socio-economic background, dermatological history, hair type, and styling habits, as well as their use of traditional and modern cosmetic practices, related side effects, and personal preferences.

Results:
The variety of hair textures observed, with a predominance of wavy hair, illustrates the richness of capillarity diversity within the Moroccan population. This diversity underscores the importance of tailored hair care approaches to different hair textures, in order to adress each individual's specific needs. With regard to hair health concerns, the results indicate significant rates of hair loss but relatively low rates of alopecia among the Moroccan population. This highlights the need for increased focus on preventive measures and treatment options for hair loss, while acknowledging the population's relative resilience to alopecia. Moreover, preferences in hairstyling reveal a strong tendency toward wearing hair loose, a choice likely influenced by cultural and aesthetic norms specific to Morocco. The variety of hairstyles observed reflects a society that embraces diverse forms of individual expression through hair. In terms of hair care practices, the study demonstrates frequent use of hair masks, highlighting an awareness of the importance of intensive hair care. However, the varied use of specific products—such as dry shampoos and scalp exfoliating scrubs—suggests a wide range of routines and personal approaches to hair maintenance.
Importantly, the finding that nearly 70% of participants reported adverse effects following hair straightening procedures showing the urgent need for greater public awareness regarding these practices, as well as the promotion of safer alternatives to minimize associated risks.

Conclusion: Thiis study provides an in-depth understanding of the habits and preferences of Moroccan consumers in relation to hair cosmetic products. The findings offer a solid foundation for developing targeted marketing strategies and designing products that are tailored to the specific needs of this population, thereby supporting a more holistic and culturally informed approach to hair health and well-being in Morocco.

Lupus discoïde du cuir chevelu traité par corticoïde intra lésionnel : Effet rapide et Repousse complète

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

Introduction : Le lupus érythémateux est une maladie auto-immune chronique. LediagnosticdeLESetdeLECreposesurunfaisceaud'argumentclinique,biologique,immunologiqueethistologique. Le Lupus érythémateux cutané discoïde (LECD) est une variante chronique du lupus érythémateux cutanéclassiquement constitué de plaques érythémateuses. L'atteinte du cuir chevelu exclusive est dans seulement 10% des cas environ, avec une alopécie cicatricielle inflammatoire qui constitue l'atteinte initiale chez plus de la moitié des patients. Nous rapportant le cas d'une patiente atteint de LECD du cuir chevelu exclusive traitée par corticoïde intra lésionnel en complément d'un antipaludéen de synthèse par voie orale.

Observation : Il s'agit d'une patiente âgée de 65 ans suivie pour une hypertension artérielle sous traitement, ayant consulté pour des plaques alopéciques du cuir chevelu évoluant depuis 1 ans. A l'examen clinique, elle présentait 5 plaques alopéciques de tailles variables, bien limités, érythémateux squameux avec des télangiectasies. Par ailleurs, elle ne présentait pas d'autres lésions cutanées de lupus. A la dermoscopie, on retrouve un fond érythémateux à la périphérie de la plaque, des vaisseaux polymorphes, des squamespérifolliculaires, des aires sans structures cicatricielles centrale. L'histologie a confirmé le diagnostic de lupus érythémateux discoïde. La patiente a été mise sous les anti paludéens de synthèse par voie orale ainsi que des infiltrations de corticoïde en intra lésionnels. La patente a présenté une amélioration nette des lésions et une repousse des cheveux après au bout de 3 mois de traitement.

Discussion : Le lupus érythémateux discoïde est une variante du lupus érythémateux cutané. Le lupus érythémateux chronique est une cause fréquente d'alopécie cicatricielle. L'atteinte du cuir chevelu est observée dans 34 à 56 % des lupus érythémateux chroniques selon des sérieset l'alopécie cicatricielle constitue l'atteinte initiale chez plus de la moitié des patients. Elle reste isolée chez 11 à 20 % des patients. Les femmes sont touchées 2 à 5 fois plus que les hommes avec une moyenne d'âge de 30 ans. Lorsqu'il existe des lésions cutanées associés, le diagnostic du lupus est aisé. Il s'agit de plaques alopéciques unique ou multiples, érythémateuses ou fortement hyperpigmentées au bord, cicatricielles au centre avec hyperkératose folliculaire, parfois importante s'enfonçant en clou de tapissier, et desquamation variable ; l'extension est centrifuge. Au stade initial, les plaques d'alopécie peuvent évoquer un psoriasis, une teigne ou un lichen plan pilaire. L'histologie confirme le diagnostic, met en évidence une hyperkératose orthokératosique, épiderme atrophique, un épaississement de la membrane basale, une dégénérescence vacuolaire importante de la jonction dermo--épidermique, infiltrat lymphocytaire autour du follicule pileux et au niveau du derme superficiel et profond et dépôt de mucine. Le traitement repose sur l'hydroxychloroquine 200mg*2/j, les dermocorticoïdes de classe forts et la photoprotection. Pour notre patiente, le diagnostic de LECD a été confirmé histologiquement, et mise sous hydroxychloroquine 400mg/j associé à des infiltrations intra lésionnels de corticoïdes toutes les 4 semaines. L'évolution a été marquée par une amélioration rapide des lésions et une repousse des cheveux au bout de 3 mois de traitement.

Conclusion : Les lésions du LECD localisées au cuir chevelu peuvent entraîner des cicatrices permanentes, une défiguration et une alopécie irréversible. Notre cas rapporte l'efficacité rapide des corticoïdes intra lésionnels au niveau des plaques alopéciques du cuir chevelu en complément des anti paludéens de synthèse.

Facteurs pronostiques de la pelade : étude des déterminants cliniques, environnementaux et thérapeutiques

Ouissal Laadime, Layla bendaoud, Mariam Aboudourib, Ouafa Hocar, Said Amal
Service de dermatologie et venerologie hopital Arrazi CHU Mohammed VI Marrakech Laboratoire de recherche en biosciences, FMPM, Université Cadi Ayyad, Marrakech

Introduction

La pelade est une affection auto-immune caractérisée par une chute de cheveux brutale, localisée ou diffuse, touchant le cuir chevelu, les phanères et parfois l'ensemble du tégument. Le pronostic de la pelade est très variable, allant de la repousse spontanée à la progression vers des formes sévères comme la pelade totale ou universelle. La compréhension des facteurs influençant cette évolution est cruciale afin de mieux stratifier les patients à risque et d'adapter la stratégie thérapeutique. Cette étude a pour objectif principal d'identifier les facteurs cliniques, immunologiques, environnementaux et thérapeutiques associés au pronostic de la pelade. L'objectif secondaire est de repérer les profils à haut risque de rechute ou d'évolution défavorable après traitement.

Matériels et méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective, observationnelle, analytique et longitudinale entre janvier 2020 et juillet 2025, portant sur 65 patients suivis pour pelade dans le service de dermatologie Hopital Arrazi CHU Mohammed VI de Marrakech. Les critères d'inclusion étaient un diagnostic clinique et/ou histologique confirmé, avec un suivi médical disponible pendant au moins 12 mois. Les patients présentant des diagnostics différentiels (teigne, effluvium télogène sévère, alopécies cicatricielles) ou des dossiers incomplets ont été exclus. Les variables étudiées incluaient l'âge de début, le type de pelade, la présence d'atteinte des phanères (ongles, sourcils, cils, pilosité corporelle), la durée avant consultation, l'existence d'une repousse spontanée, des antécédents personnels ou familiaux de maladies auto-immunes, la recherche d'autoanticorps (ANA, anti-TPO, anti-DNA), des facteurs environnementaux (stress, infection, carences nutritionnelles), ainsi que les traitements reçus et la réponse clinique à 3 et 6 mois.
L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS. Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.

Résultats

Parmi les 65 patients inclus, 58,5 % étaient des femmes. L'âge moyen était de 26,4 ans, avec un âge moyen de début de la pelade à 19,7 ans. Les formes cliniques les plus fréquentes étaient la pelade universelle (36,9 %), suivie des formes localisées (29,2 %), ophiasique (13,8 %), multifocale (10,7 %) et diffuse (9,2 %). L'évaluation du degré de sévérité selon le score SALT (Severity of Alopecia Tool), a montré que 24,6 % des patients étaient au stade SALT 1 (<25 % de perte), 16,9 % au stade SALT 2, 13,8 % au stade SALT 3, 18,5 % au stade SALT 4, et 26,2 % présentaient une pelade totale ou universelle (SALT 5). La sévérité initiale (SALT $\geq$ 4) était significativement associée à une évolution défavorable ($p = 0,004$). Une repousse spontanée a été observée chez 32,3 % des patients avant tout traitement, facteur associé à un meilleur pronostic ($p = 0,012$). La durée moyenne avant la première consultation était de 7,1 mois. Les atteintes des phanères étaient fréquentes : 41,5 % des patients présentaient une atteinte unguéale (trachyonychie, lignes de Beau, onycholyse), 60 % une atteinte des cils, 64,6 % des sourcils, et 35,4 % de la pilosité corporelle. L'atteinte unguéale était corrélée à une évolution défavorable ($p = 0,001$) et à un risque accru de rechute ($p = 0,016$). Un bilan auto-immun a été réalisé chez 86 % des patients, et 28,6 % avaient des autoanticorps positifs. cette positivité était associée à des formes plus sévères ($p = 0,009$) et à la rechute ($p = 0,030$). Des antécédents familiaux de pelade étaient présents chez 16,9 % des cas, et 23 % avaient une maladie auto-immune associée, également liée à un pronostic péjoratif ($p = 0,018$).
Un facteur environnemental déclenchant a été identifié dans 27,7 % des cas (stress majeur ou infection virale récente) sans association significative avec le pronostic ($p = 0,27$). Parmi les 48 patients avec bilan nutritionnel, 60,4 % présentaient au moins une carence ; la carence en vitamine D (45,8 %) était associée aux formes SALT $\geq$ 3 ($p = 0,021$).
Sur le plan thérapeutique, 87,7 % ont reçu des bolus mensuels de méthyl prednisolone (500 mg/j pendant 3 jours), moyenne 4,7 cures ; 68,4 % ont présenté une repousse à 3 mois, 31,6 % étaient non répondeurs. La réponse à 3 mois était moins fréquente lorsque SALT $\geq$ 4 ($p = 0,033$) et en cas d'atteinte unguéale ($p = 0,041$). Seize patients (24,6 %) ont reçu des topiques (minoxidil, clobétasol) avec une efficacité modérée, surtout dans les formes

localisées. Trois patients ont été traités par immunosuppresseurs systémiques (mycophénolate mofétil, azathioprine ou méthotrexate) pour des formes sévères/associées auto-immunes, avec une réponse partielle chez deux.
Enfin, une rechute post-thérapeutique est survenue chez 21,5 % des patients, en moyenne 6 mois après l'arrêt, plus fréquente dans les formes universelles ($p = 0,008$), avec atteinte unguéale ($p = 0,016$) ou autoanticorps positifs ($p = 0,030$).

Discussion

Nos résultats confirment les données actuelles de la littérature. La présence d'une atteinte unguéale, la sévérité initiale (SALT ≥ 4), la présence d'autoanticorps, ainsi que l'association à une autre maladie auto-immune constituent des facteurs de mauvais pronostic. Ces éléments sont en accord avec les études récentes montrant que les lésions débutant à un stade SALT 1 ont un meilleur taux de repousse que celles au stade SALT 4 ou 5 (Sibbald et al., 2023). La fréquence élevée des carences nutritionnelles, notamment en vitamine D, est cohérente avec plusieurs travaux récents qui montrent un lien entre déficit vitaminique et activité de la pelade, via la modulation des voies immunitaires Th1 et Th17 (Khadka et al., 2022 ; Alessandrini et al., 2023). Bien que ces carences ne soient pas la cause directe de la pelade, leur correction pourrait améliorer la réponse thérapeutique, en particulier dans les formes sévères ou inflammatoires.
Le traitement par bolus de méthyl prednisolone s'est révélé efficace à court terme, mais les rechutes restent fréquentes, ce qui corrobore les études portant sur la corticothérapie pulsée. L'efficacité modérée des traitements topiques dans les formes diffuses confirme leur rôle adjuvant. Les inhibiteurs de JAK, bien que non disponibles dans notre contexte, représentent une alternative prometteuse pour les formes sévères, comme l'ont montré les essais cliniques de phase 3 avec baricitinib et ritlecitinib (King et al., 2023 ; Petukhova et al., 2022). Enfin, un score clinique intégrant la forme clinique, l'atteinte des phanères, le statut immunologique et nutritionnel pourrait représenter un outil précieux de stratification pronostique.

Conclusion

Cette étude met en évidence que les formes localisées, l'absence d'atteinte des phanères, la repousse spontanée et un bilan immunologique négatif sont des facteurs de bon pronostic. À l'inverse, les formes sévères (SALT 4–5), l'atteinte unguéale, la présence d'autoanticorps, les comorbidités auto-immunes et les carences nutritionnelles sont associées à une évolution défavorable et un risque de rechute élevé après traitement. L'établissement d'un score clinique pronostique intégré permettrait de mieux orienter les décisions thérapeutiques, d'optimiser les ressources et de cibler les formes sévères avec des approches personnalisées.

Références

Sibbald C, et al. *Alopecia Areata: Clinical and Therapeutic Update*. JAAD. 2023.

Khadka A, et al. *Association of vitamin D deficiency with severity of alopecia areata: a meta-analysis*. Dermatol Ther. 2022;35(5):e15458.

Alessandrini A, et al. *Micronutrient Deficiencies in Autoimmune Alopecia: Role of Iron, Zinc and Vitamin D*. J Am Acad Dermatol. 2023;89(2):456–463.

Petukhova L, et al. *Targeting JAK Path

Pelade et Comorbidités

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

Introduction : La pelade, une alopécie non cicatricielle est un motif fréquent de consultation en dermatologie. Cette affectionbénigne et chronique est de nature multifactorielle. Les avancées physiopathologiques actuelles s'accordent sur une origine auto-immune survenant probablement sur un terrain génétique. Cliniquement la pelade se présentesous forme de plaques alopéciques localisées, bien délimitées et de taille variable. L'atteinte peut être diffuse (pelade décalvante totale) ou plus rarement affecter tout le système pileux (pelade universelle).La pelade est associée à d'autres maladies auto-immunes telles que la thyroidite de Hashimoto, le lupus érythémateux, le psoriasis, le vitiligo et la dermatite atopique. L'objectif de cette étude est d'analyser le profil épidémiologique de la pelade ainsi que les comorbidités associées.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective menée sur une période de 3 ans incluant 125 patients ayant consulté dans notre formation pour une pelade. Les variables étudiées comprenaient les données démographiques (l'âge, le sexe) et les comorbidités. Ces dernières incluaient des comorbidités métaboliques(hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie, obésité) ; des comorbidités auto-immunes (thyroïdite auto-immune,lupus érythémateux, vitiligo); des comorbidités psychologiques et des maladies atopiques ainsi que les caractéristiques cliniques des patients. Les données ont été saisies dans le Microsoft Excel et analysées avec le logiciel Jamovi.

Résultats : Notre étude a porté sur 125 patients atteints de pelade, avec une prédominance féminine (64 %, n=80) contre 36 % d'hommes (n=45). L'âge moyen était de 27 ± 13,4 ans).Sur le plan clinique, la forme la plus fréquente était la pelade en plaques, retrouvée chez 74,4 % des patients (n=93). Des plaques au niveau de la barbe ont été observées chez 7,2 % (n=9) des patients et au niveau des sourcils chez 16 % (n=20). Parmi les formes étendues, une pelade totale a été diagnostiquée chez 25,6 % (n=32) des patients et une pelade ophiasique chez 4 % (n=5). Aucune pelade universelle n'a été notée dans notre série. Concernant les comorbidités auto-immunes, le vitiligo a été notéchez 8 % (n=10) des patients, la thyroïdite chez 4,8 % (n=6) tandis que d'autres dermatoses telles que le psoriasis, ainsi qu'une polyarthrite rhumatoïde ont été retrouvées chez 8 % (n=10) des patients.Les troubles psychiques étaient fréquents, touchant 35,2 % des patients (n=44). L'anxiété a été observée chez 22,4 % (n=28), l'insomnie chez 12,8 % (n=16) et la dépression chez 8,8 % (n=11).Les maladies atopiques concernaient 18,4 % (n=23) des patients, dont 13,6 % (n=17) présentaient une dermatite atopique. S'agissant du syndrome métabolique, le diabète a été noté chez 14.4% (n =18) des patients, une hypertension artérielle chez 7.2% (n=9) et une dyslipidémie chez 4% (n= 5) des patients. Enfin, une carence en fer et en vitamine D a été mise en évidence chez 30,4 % (n=38) des patientset 13.6% étaient des tabagiques.

Discussion : Notre étude met en évidence une nette prédominance féminine chez les patients atteints de pelade, ainsi que la survenue chez les sujets jeunes avec un âge moyen de 27 ans. La pelade peut toucher toutes les tranches d'âge, mais il a été décrit que deux tiers des patients sont des sujets jeunes.La forme clinique la plus fréquente est la pelade en plaque du cuir chevelu, ce qui est en accord avec plusieurs études internationales. Notre travail souligne également la présence de comorbidités associées à la pelade. Nous avons observéune prévalence élevée des troubles psychiques en particulier l'anxiétéet la dépression. Le risque de maladies psychiatriquesa été évalué dans une méta-analyse de 87 études qui a confirmé un risque accru de développer de l'anxiété et de la dépression.Cela souligne l'impact psychologique de la pelade sur les patients et, potentiellement, le rôle du stress dans son déclenchement ou son aggravation. La dermatite atopique ainsi que d'autres maladies atopiques (asthme, rhinite allergique) ont été retrouvées renforçant l'hypothèse que les deux maladies partagent des mécanismes inflammatoires et immunitaires communs.Une revue systématique et méta-analyse récente incluant 102 études, a montré des prévalences plus élevées de dermatite atopique, de rhinite allergique, d'asthme chez les patients atteints de pelade, confirmant le lien entre l'atopie et la pelade. Dans notre série, la prévalence des maladies auto-immunes apparaissait plus faible que dans d'autres études. Il serait pertinent d'explorer ces liens dans une série plus large, d'autant que de nombreuses études ont déjà démontré un lien entre la pelade et les maladies auto-immunes. Enfin, notre étude met en évidence la présence chez nos patients d'un syndrome métabolique ainsi que de carences en vitamine D et en fer.

Conclusion : Cette étude prospective met en lumière plusieurs comorbidités, confirmant le caractère multifactoriel de la pelade. Nous avons observé une prévalence élevée des troubles psychiques ainsi que des maladies atopiques en particulier la dermatite atopique. Dans notre série, la prévalence des maladies auto-immune était faible, mais la rélation entre l'alopécie areata et les maladies auto-immunes est largement décrite dans la littérature. Nos patients présentaient également des carences en vitamine D et en fer. Nos résultats suggèrent que de futures études pourraient permettre de mieux clarifier ces associations. En pratique clinique, le dépistage et l'identification de ces comorbidités demeure essentiels pour une prise en charge global du patient.

Cyclines et folliculite décalvante : Quand la réponse dépasse les attentes : A propos d'un cas

L.ALAMI, S.ELMELLOUKI, I.ANOUAR, M.ELAMRAOUI, Y.ZEMMEZ ,R.FRIKH,N.HJIRA

Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V de Rabat

Introduction:

La folliculite décalvante est une pathologie inflammatoire chronique du follicule pileux, décrite par Quinquaud au 19e siècle, entraîne une alopécie cicatricielle neutrophilique primaire. Elle a un impact majeur sur la qualité de vie et évolue rapidement vers la cicatrisation, d'où l'importance d'une prise en charge précoce. C'est un véritable défi thérapeutique.

Observation :

Il s'agit d'un patient de 41 ans, suivi en hématologie pour un **lymphome B de haut grade, stade IV selon Ann Arbor**, ayant présenté, une semaine après la première cure de chimiothérapie selon le protocole **R-CHOP**, une aggravation brutale de lésions papulo-pustuleuses du cuir chevelu. Ces lésions évoluaient sur un **fond érythémateux diffus**, avec **alopécie étendue**, squames et croûtes par endroits.L'examen dermoscopique a révélé :**Pustules folliculaires actives**,**Points noirs**,**Cheveux en touffes**,**Hyperkératose périfolliculaire**,**Croûtes hémorragiques** sur un fond érythémateux inflammatoire.

L'atteinte initiale était sévère, avec des **plaques alopéciques diffuses**, la plus large dépassant **5 cm de diamètre**. Un traitement par **cyclines orales (doxycycline 100 mg/j)** a été instauré.

L'évolution a été **spectaculairement favorable** :Régression rapide du **prurit**, de la **trichodynie** et des signes inflammatoires (pustules et croûtes) avec persistance de quelques zones d'érythème résiduel. L' alopécie a totalement regressé et une amélioration nette du **score de sévérité clinique**, passant du **stade 4 au stade1.**

Discussion :

La **folliculite décalvante** est une alopécie cicatricielle neutrophilique rare, souvent chronique et difficile à traiter. Sa pathogénie implique une **colonisation bactérienne**, en particulier par *Staphylococcus aureus*, et une **réaction inflammatoire destructrice folliculaire**. Chez ce patient immunodéprimé, l'aggravation rapide post-chimiothérapie soulève l'hypothèse d'une poussée favorisée par l'immunosuppression, sur un terrain peut-être prédisposé.

Les **cyclines** (ici la doxycycline) sont couramment utilisées pour leur double action :**Antibactérienne**, particulièrement contre *S. aureus*, **Anti-inflammatoire**, en modulant l'infiltrat neutrophilique.

L'obtention d'une réponse aussi **rapide et complète** est peu fréquente. Elle souligne :L'intérêt d'un **traitement précoce**, l'importance du **suivi dermoscopique**, et la **réversibilité potentielle** de certaines lésions initialement sévères**.**

Conclusion :

Ce cas met en évidence une évolution spectaculaire d'une folliculite décalvante sévère sous traitement par cyclines orales, avec une résolution complète des signes inflammatoires et une repousse capillaire intégrale. La rapidité et l'ampleur de la réponse clinique, observées chez un patient immunodéprimé traité pour un lymphome, soulignent l'efficacité potentielle des cyclines, même dans les formes initialement sévères. Cette observation rappelle l'importance d'un diagnostic précoce, d'une prise en charge rapide et adaptée, ainsi que d'un suivi clinique et dermoscopique régulier pour prévenir les séquelles cicatricielles irréversibles.

Pseudotinea amiantacea : une fausse mycose, un vrai diagnostic clinique

Dr Sara Marraha, Pr Ouiame ElJouari, Pr Salim Gallouj
Service de dermatologie, Hôpital Mohamed VI Tangier, Université Abdelmalek Essaadi

Introduction :

La fausse teigne amiantacée, ou pseudotinea amiantacea, est une dermatose rare du cuir chevelu caractérisée par des squames épaisses, adhérentes et amiantacées. Elle survient surtout chez l'enfant et l'adolescent, et correspond souvent à une manifestation particulière d'une dermatose sous-jacente (psoriasis, dermatite séborrhéique, eczéma…). Son diagnostic repose essentiellement sur l'examen clinique, l'examen mycologique étant généralement négatif.

Observation :

Un adolescent de 15 ans, sans antécédents pathologiques notables, consulte pour un état squameux du cuir chevelu évoluant depuis environ 1 an.
L'examen met en évidence des squames épaisses, sèches, jaunâtres, très adhérentes, recouvrant la quasi-totalité du cuir chevelu. L'épaississement et l'adhérence des squames rendent l'examen du cuir chevelu difficile.
Un prélèvement mycologique a été réalisé. L'examen direct est revenu négatif, ne montrant que de rares spores, ne permettant pas de retenir une teigne.

Discussion :

La fausse teigne amiantacée n'est pas une mycose mais une réaction cutanée particulière. Elle est souvent secondaire à des dermatoses chroniques comme le psoriasis, l'eczéma ou la dermatite séborrhéique (Tosti A, et al. *Dermatology*. 2003;206(4):305-307). L'examen mycologique est systématiquement demandé pour éliminer une teigne du cuir chevelu, mais reste généralement négatif. Le traitement repose sur la prise en charge de la dermatose causale, l'usage de kératolytiques et parfois de dermocorticoïdes topiques.

Conclusion :

La fausse teigne amiantacée est une dermatose bénigne mais chronique du cuir chevelu, souvent déroutante cliniquement par son aspect massif. Le diagnostic repose sur l'examen clinique associé à un mycologique négatif. La prise en charge doit être globale, ciblant la dermatose sous-jacente et améliorant le confort du patient.

Scalp Lipoedema: A Case Report

Introduction

Scalp lipoedema is a rare and poorly understood condition first described by Cornbleet in 1935. It is characterized by an abnormal thickening of the subcutaneous fat layer of the scalp, which may present with diffuse swelling, and can be associated with alopecia, pruritus, or trichodynia. We report a new case involving a 35-year-old female patient who presented with diffuse scalp swelling and trichodynia.

Case Report

A 35-year-old woman with a medical history of chronic bronchiectasis and anxiety (treated with bromazepam) presented to the dermatology department with diffuse scalp swelling that had been progressively worsening over several years. There was no family history of similar symptoms, and no identifiable triggering events. Clinical examination revealed a woman in good general condition, with a Fitzpatrick skin phototype IV. The scalp showed generalized soft, non-pitting oedema with diffuse thickening, accompanied by trichodynia and pruritus. The overlying skin appeared normal in color and texture, with a spongy consistency and no visible alopecia. A skin biopsy revealed acanthosis of the epidermis and a dermis with normal vascular structures and no significant inflammatory infiltrate. The hypodermis consisted of mature adipocytes interspersed with optically clear interstitial spaces. Alcian blue staining highlighted minimal interstitial mucin. No evidence of malignancy was found.

Magnetic resonance imaging (MRI) confirmed diffuse thickening of the subcutaneous fat layer of the entire scalp, with no other abnormalities.

Based on clinical, histological, and imaging findings, a diagnosis of scalp lipoedema was made. Cryolipolysis was proposed as a therapeutic option to reduce subcutaneous fat thickening and improve patient comfort.

Discussion

Scalp lipoedema is extremely rare, with fewer than 50 cases reported in the literature. It primarily affects women, especially those of African descent, with a variable age of onset, most commonly around the age of 50. Clinically, it presents as subcutaneous scalp infiltration, which may be localized or diffuse. Symptoms can include pain, itching, and paresthesia. The overlying skin may or may not show erythema or alopecia. MRI is a key diagnostic tool, allowing visualization of subcutaneous fat infiltration and assessment of its extent. Deep skin biopsy can provide complementary information, with histological findings such as epidermal or follicular hyperkeratosis, epidermal atrophy, mild lymphocytic infiltration, perifollicular fibrosis (mainly in alopecic forms), oedema, lymphatic dilation, and interstitial mucin deposition, as observed in our patient. The etiology remains unclear. Hormonal influences have been suggested due to the female predominance, as well as genetic factors, as familial cases have been documented.

Differential diagnoses include **cutis verticis gyrata**, which involves hypertrophy and laxity of the scalp skin, forming deep folds. In asymptomatic cases, therapeutic abstention is often recommended, as spontaneous regression has been observed in some patients.

Conclusion

Scalp lipoedema is a rare but benign condition that should be considered in cases of unexplained scalp swelling. MRI and deep skin biopsy are essential for diagnosis. In the absence of severe symptoms, conservative management is usually the best approach

Quand l'alopécie androgénique féminine révèle une arachnoïdocèle intrasellaire congénitale

- **W. Atine ; F. Hali ; S. Chiheb**
- **Service de Dermatologie et de Vénérologie, C.H.U. Ibn Rochd de Casablanca, Maroc**

Introduction

L'alopécie androgénique est une cause courante d'alopécie non cicatricielle chez les femmes. Le rôle des androgènes dans sa physiopathologie reste incertain, puisque seuls un tiers des cas présentent des niveaux anormaux d'androgènes. Toute alopécie androgénique féminine (AAF) doit ainsi faire l'objet d'un bilan étiologique exhaustif. Nous rapportons ici un cas où l'AAF a constitué le mode de découverte d'une arachnoïdocèle intrasellaire congénitale.

Observation

Patiente de 30 ans, sans antécédents, consultait pour une alopécie chronique évoluant depuis 10 ans. L'examen retrouvait une raréfaction des cheveux au vertex et à la ligne médiane, sans signes inflammatoires ni cicatriciels, avec une ligne frontale respectée. La trichoscopie montrait une miniaturisation folliculaire, une hétérogénéité de calibre et une baisse de densité, évoquant une alopécie androgénétique stade II de Ludwig. Le bilan étiologique révélait une hyperprolactinémie à 42,98 ng/ml. L'IRM hypophysaire montrait une arachnoïdocèle intrasellaire avec hypophyse tassée, sans autre anomalie. Une hyperprolactinémie de déconnexion a été retenue. La patiente a reçu deux séances de PRP, puis a été adressée en endocrinologie. Une surveillance clinico-biologique et radiologique a été préconisée.

Discussion

L'hyperprolactinémie correspond à une élévation anormale de la prolactine, se traduisant généralement par un hypogonadisme, une galactorrhée, des troubles menstruels, et plus rarement par une ostéopénie, un hypopituitarisme ou une alopécie. Ses étiologies incluent les médicaments, l'hypothyroïdie, le stress, les prolactinomes, les traumatismes ou chirurgies hypophysaires. Une hyperprolactinémie de déconnexion peut résulter d'une compression hypothalamo-hypophysaire, notamment par une arachnoïdocèle intrasellaire. Cette dernière, parfois congénitale, est rare et liée à une hernie de la citerne optochiasmatique dans une selle turcique vide. Deux mécanismes sont évoqués : évolution d'une selle vide ou duplication arachnoïdienne. L'IRM hypophysaire est l'examen clé. Le traitement dépend de la taille de l'arachnoïdocèle, de son retentissement endocrinien et des symptômes associés.

Conclusion

Bien que l'alopécie androgénique soit fréquente, elle doit faire l'objet d'une évaluation minutieuse et approfondie car elle peut dissimuler des pathologies rares et complexes.

Massive Vulvar Edema During Pregnancy: A challenging case

K.DIAA, R.BOUFETTAMA, N.AMMAR, S.HAMADA, M.MEZIANE, N.ISMAILI, L.BENZEKRI

Introduction:
Vulvar edema during pregnancy is an extremely rare condition and may be associated with edema in other locations. It is a concerning condition due to the potential for both maternal and fetal complications. We report the case of a 19-year-old patient admitted for the management of preeclampsia, who presented with a sudden-onset massive vulvar edema.

Case Presentation:

A 19-year-old primigravida with no notable medical history, admitted for management of preeclampsia in the context of a twin pregnancy at 33 weeks of amenorrhea. She presented with an acute vulvar swelling evolving over the previous 4 days. Clinical examination revealed an afebrile patient, with blood pressure at 130/70 mmHg under antihypertensive treatment. She had massive vulvar edema involving both labia, more pronounced on the right side, with no signs of fistulization or discharge, but causing significant pain. The edema was associated with bilateral lower limb edema extending to the mid-leg. The rest of the physical exam showed no varicose veins, no lymphadenopathy, no signs of thrombosis, or other abnormalities. Biologic findings revealed hypochromic normocytic anemia (Hb 8.4 g/dL), total protein at 54 g/L, albumin at 18 g/L, and proteinuria of 1.65 g/24h. Prothrombin time and liver enzymes were within normal ranges. A soft tissue ultrasound showed significant subcutaneous tissue infiltration, and venous Doppler ultrasound ruled out deep vein thrombosis. The final diagnosis was massive vulvar edema secondary to hypoalbuminemia in the context of preeclampsia. The therapeutic decision was to administer albumin infusions followed by delivery via cesarean section. The edema resolved dramatically within 4 hours after delivery.

Discussion:

Edema is common during pregnancy, occurring in up to 80% of cases, but vulvar localization is rare and often a source of discomfort and pain. In the literature, massive vulvar edema during pregnancy has been associated with various conditions including Crohn's disease, infections, preeclampsia, multiple pregnancies, tocolytic therapy, and also reported as idiopathic postpartum vulvar edema. In preeclampsia, hypoproteinemia and hypoalbuminemia lead to altered osmotic gradients, causing a shift of fluid from the intracellular to the interstitial space, promoting edema formation. The vulvar region, due to its rich loose connective tissue and thin epithelial covering, is particularly prone to such edema when fluid accumulates. Diagnostic evaluation should rule out benign or malignant tumors, cystic formations, or hematomas, which can clinically mimic vulvar edema. Regarding management, some authors advocate for conservative treatment, while others recommend magnesium sulfate dressings, incision and drainage, or mechanical decompression. Identifying the underlying cause is essential, as treatment should be primarily etiological. In most reported cases, vulvar edema resolves spontaneously after delivery.

Conclusion

Massive vulvar edema during pregnancy is rare and requires special attention due to the potential complications involved. Management should be primarily etiological when a cause is identified, complemented by symptomatic treatment, as the prognosis is often favorable with appropriate care.

PHOTODERMATOLOGIE

Pseudolymphome actinique à présentation pseudo-léonine : diagnostic différentiel avec le mycosis fongoïde et prise en charge multimodale :

H.Baali, 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 pseudolymphome actinique (PLA) est une dermatose lymphoïde bénigne rare qui peut simuler cliniquement et histologiquement un lymphome cutané T, notamment le mycosis fongoïde. Il se caractérise par des plaques érythémateuses infiltrées et prurigineuses, prédominant sur les zones photo-exposées, et peut parfois donner un aspect pseudo-léonin du visage, trompeur pour le clinicien.
Le diagnostic repose sur la corrélation clinico-pathologique, incluant l'immunohistochimie, afin d'éviter un traitement inutilement agressif. Nous rapportons le cas d'un patient de 52 ans présentant un aspect pseudo-léonin du visage, confirmé comme pseudolymphome actinique.

Observation :

Un homme de 52 ans, agriculteur de profession, sans antécédents médicaux particuliers, s'est présenté à la consultation dermatologique avec des lésions érythémateuses évoluant depuis plus de deux ans, récemment aggravées par une infiltration gênante et continue. Le patient rapportait un prurit modéré associé à une progression des plaques sur plusieurs sites. L'examen dermatologique a révélé des plaques érythémateuses infiltrées touchant le visage, le cou, les oreilles et le cuir chevelu. Les plis faciaux, notamment frontaux, étaient accentués, conférant un aspect pseudo-léonin caractéristique. Des plaques érythémateuses, surmontées de papules, étaient également présentes sur le haut du thorax et la partie supérieure du dos, ainsi que sur les avant-bras et les jambes, où elles étaient associées à des stries linéaires de grattage témoignant du prurit chronique. Le reste de l'examen était sans particularité, sans adénopathies ni autres lésions cutanées, et l'état général était parfaitement conservé, soulignant la limitation de l'atteinte aux zones cutanées photo-exposées et prurigineuses.
Le patient a bénéficié d'une biopsie cutanée dont l'analyse histopathologique a révélé une infiltration dermique dense de lymphocytes T. L'étude immunohistochimique a montré une population lymphocytaire intacte et réactive, exprimant fortement CD3, avec conservation des marqueurs T (CD2, CD5) et un rapport CD4/CD8 normal, sans perte de marqueurs ni anomalies suggestives de prolifération clonale, ce qui oriente vers une hyperplasie lymphocytaire réactionnelle plutôt qu'un lymphome cutané. Le bilan hématologique était normal, sans cellules Sézary circulantes, contribuant à écarter un lymphome T cutané systémique. Devant la forte suspicion diagnostique, un phototest a été réalisé, révélant une photo réactivité cutanée avec apparition d'un érythème à 70 mJ/cm² à H24, persistant à H48, correspondant à une dose érythémateuse minimale (DEM) abaissée. Ce résultat confirme le caractère photo-induit des lésions et renforce le diagnostic de pseudolymphome actinique. L'ensemble des éléments cliniques et paracliniques a permis de retenir ce diagnostic, en écartant une prolifération maligne cutanée ou systémique.
Le patient a été traité par corticothérapie orale associée à l'azathioprine, avec photoprotection stricte. Une **désinfiltration progressive des plaques** et une régression de l'érythème ont été observées, témoignant d'une réponse favorable à cette prise en charge adaptée.

Discussion :

Le PLA est une dermatose rare, souvent sous-diagnostiquée, qui se manifeste par des lésions érythémateuses et infiltrées localisées principalement sur les zones photo-exposées. Il s'agit d'une réaction lymphocytaire bénigne, généralement induite par une hypersensibilité aux rayons ultraviolets. Le diagnostic repose sur une combinaison d'éléments cliniques, histopathologiques et photobiologiques. Dans notre cas, le patient présentait des plaques infiltrées sur le visage, les oreilles et le cuir chevelu, avec accentuation des plis faciaux conférant un aspect pseudo-léonin, ainsi que des lésions sur le haut du thorax, le haut du dos, les avant-bras et les jambes. Le phototest a révélé une photoréactivité cutanée avec apparition d'un érythème à 70 mJ/cm² à H24, persistant à H48, correspondant à une dose érythémateuse minimale abaissée, ce qui confirme le caractère photo-induit des lésions et renforce le diagnostic de PLA.

L’analyse histopathologique a montré une infiltration dermique dense de lymphocytes T, tandis que l’étude immunohistochimique a révélé une population lymphocytaire intacte et réactive, exprimant fortement CD3, avec conservation des marqueurs T (CD2, CD5) et un rapport CD4/CD8 normal, sans anomalies suggérant une prolifération clonale. Le bilan hématologique était normal, sans cellules Sézary circulantes, ce qui a permis d’écarter un lymphome cutané T systémique. Ces éléments soulignent l’importance de combiner les données cliniques, histologiques et immunohistochimiques pour différencier le PLA des lymphomes cutanés, notamment du mycosis fongoïde, qui se caractérise par des anomalies clonales et un profil immunohistochimique distinct.

La prise en charge du PLA repose sur une approche multimodale. La photoprotection stricte constitue un élément central, visant à limiter l’exposition aux rayons ultraviolets et à prévenir l’aggravation des lésions. L’utilisation de crèmes solaires à large spectre et le port de vêtements protecteurs sont essentiels, tout comme la réduction de l’exposition professionnelle au soleil, souvent nécessaire pour les patients travaillant en extérieur. Le traitement médicamenteux repose sur les corticostéroïdes systémiques associés à des immunosuppresseurs tels que l’azathioprine, permettant de contrôler l’inflammation et de favoriser la désinfiltration des plaques. D’autres agents immunosuppresseurs, ainsi que des inhibiteurs de Janus kinase, ont été rapportés dans la littérature pour des cas réfractaires, élargissant ainsi les options thérapeutiques disponibles.

Ce cas illustre l’intérêt pédagogique du PLA et souligne l’importance d’une évaluation clinique, histopathologique et photobiologique complète. Il met également en évidence la nécessité d’une prise en charge personnalisée, intégrant la photoprotection, le traitement immunosuppresseur et l’adaptation professionnelle afin de réduire le risque de récidive et d’améliorer la qualité de vie. La collaboration entre dermatologues, médecins du travail et autres professionnels de santé est essentielle pour optimiser le diagnostic, le traitement et le suivi des patients atteints de PLA.

Conclusion :

Le PLA est une dermatose rare qui peut imiter un lymphome cutané T, rendant le diagnostic complexe. L’association d’éléments cliniques spécifiques, d’une biopsie avec étude immunohistochimique et d’un phototest révélant une DEM abaissée permet de confirmer le diagnostic. Une prise en charge combinant photoprotection, immunosuppresseurs et adaptation professionnelle permet une amélioration significative des lésions et du confort du patient, soulignant l’importance d’une approche multidimensionnelle et personnalisée dans ce type de cas.

Photodermatose récidivante chez une patiente atteinte de mastocytose : rôle possible de la photosensibilité mastocytaire

S.BARAZ, R.BABA, H.KERROUCH, I.ANOUAR, M.AMRAOUI, Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA
Service de dermatologie vénérologie, Hopital militaire d'instruction Mohammed V RABAT

Introduction

La mastocytose cutanée se manifeste classiquement par des lésions pigmentées ou infiltrées, parfois prurigineuses, déclenchées ou exacerbées par des stimuli physiques (frottement, chaleur, variations thermiques). L'implication de la lumière solaire comme facteur déclenchant est rarement rapportée. Nous présentons le cas original d'une patiente présentant des plaques érythémato-œdémateuses récidivantes, strictement photo-induites, dans un contexte de mastocytose connue.

Observation

Patiente de 58 ans, suivie depuis plusieurs années pour une mastocytose cutanée confirmée histologiquement, sans atteinte systémique connue, traitée par antihistaminiques H1 et photoprotection d'appoint. Elle rapporte, depuis deux étés, l'apparition dans les heures suivant chaque exposition solaire de plaques érythémato-œdémateuses prurigineuses, siégeant sur les zones découvertes (dorsum des mains, visage), régressant en quelques jours sous antihistaminiques et éviction solaire. L'examen clinique, en période de poussée, objectivait des lésions érythémateuses infiltrées, non squameuses, aux contours mal limités, prédominant sur les zones photo-exposées, sur fond de macules pigmentées de mastocytose. L'interrogatoire excluait toute prise récente de médicament photosensibilisant. Un bilan immunologique (ANA, ENA), une sérologie porphyrinique et des phototests standards étaient sans anomalies évocatrices d'une autre photodermatose.

Discussion

L'originalité de ce cas réside dans l'association d'une mastocytose cutanée et d'une réaction photodéclenchée, sans cause classique identifiée. La libération de médiateurs mastocytaires (histamine, prostaglandines, leucotriènes) pourrait être favorisée par le rayonnement ultraviolet via un mécanisme photo-induit direct ou par stress oxydatif local. La littérature sur la photosensibilité mastocytaire est limitée à quelques observations, ce qui confère un intérêt scientifique à cette description. Le diagnostic différentiel inclut la lucite estivale bénigne, la lucite polymorphe, la dermatite actinique chronique et les photosensibilisations médicamenteuses. L'évolution favorable sous photoprotection stricte et traitement antihistaminique renforce l'hypothèse d'un rôle déclencheur du soleil dans la dégranulation mastocytaire.

Conclusion

Ce cas met en lumière un possible lien entre exposition solaire et exacerbation des manifestations cutanées de la mastocytose. Il souligne l'intérêt d'une photoprotection rigoureuse et de la vigilance devant toute éruption photo-induite inhabituelle chez ces patients. Des études complémentaires pourraient préciser la physiopathologie et la prévalence de ce phénomène.

Plaies et cicatrisation

Un cas de syndrome de Werner révélé par un ulcère réfractaire de la jambe : dilemmes diagnostiques et thérapeutiques

F. Chemsy, H. Rachadi1, F. Benhayoun, F. Elfatoiki, S. Chiheb

Dermatologie, Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction

Le syndrome de Werner est une génodermatose rare à transmission autosomique récessive, marquée par un vieillissement prématuré et un risque accru d'ulcères et de cancers précoces. Nous rapportons le cas d'une patiente chez qui un ulcère chronique a révélé ce syndrome. Ce cas illustre les difficultés diagnostiques et thérapeutiques liées à cette pathologie et met en valeur l'importance des signes dermatologiques pour un diagnostic précoce et l'intérêt de la LED dans la prise en charge des ulcères.

Observation

C'est une patiente de 50 ans qui s'est présentée pour un ulcère de jambe douloureux évoluant depuis cinq mois. Elle est opérée pour une cataracte bilatérale à l'âge de 30 ans, ayant une aménorrhée à l'âge de 35 ans et un diabète sucré évoluant depuis trois ans. Pas d'antécédents familiaux de syndrome progéroïde, ni de mariage consanguin.

L'examen clinique trouvait une patiente de 150 cm et 45 kg, avec une apparence vieillie. Elle présentait un visage d'oiseau, une peau atrophiée et sclérosée aux extrémités. Des troubles de pigmentation cutanée au niveau des extrémités et de l'abdomen, des kératoses au niveau des talons et des coudes, des pieds plats, une calvitie et un grisonnement des cheveux. Un ulcère à fond fibrineux, à base non infiltrée et à bords réguliers, une peau périlésionnelle atrophique et sclérosée, mesurant 5 cm/1,5 cm, situé en regard de la malléole externe de la jambe gauche. L'examen neurologique était sans particularité.

Le bilan lipidique, immunitaire et les sérologies virales étaient négatifs. L'échographie Doppler artérielle des membres inférieurs a révélé une surcharge athéromateuse et calcifiante diffuse sans sténose. L'exploration cardiovasculaire était normale. La radiographie des os révélait une déminéralisation et des calcifications sous-cutanées.

Sur la base des critères diagnostiques, le diagnostic de syndrome de Werner était retenu et l'enquête génétique était lancée. Un dépistage des cancers associés était négatif.

Le traitement de l'ulcère était basé sur un débridement chirurgical, des pansements gras associés à des séances de diodes électroluminescentes (LED) à raison de trois séances par semaine, avec une réduction de 80 % de la taille de l'ulcère notée au 3e mois.

Discussion

Le syndrome de Werner (SW), ou progéria de l'adulte, décrit par Otto Werner en 1904, est le prototype du vieillissement précoce.

Un examen dermatologique ciblé permet un diagnostic précoce en identifiant des signes clés tels que la peau atrophique et sclérodermiforme, les télangiectasies, les callosités évoluant vers des ulcères, un faciès bird-like, un grisonnement et une perte de cheveux. D'autres éléments contribuent au diagnostic, tels que la ménopause précoce, la survenue du diabète et d'une cataracte bilatérale à un âge jeune.

L'ulcère est la complication la plus redoutée par sa résistance au traitement et par l'altération de la qualité de vie des malades. La photobiomodulation par LED a montré dans notre cas une réponse clinique favorable. Il s'agit, à notre connaissance, de la première application rapportée de cette approche dans le cadre des ulcères associés au syndrome de Werner.

Conclusion

Le syndrome de Werner est un modèle clinique et moléculaire du vieillissement accéléré humain, dont l'examen dermatologique joue un rôle pivot dans le diagnostic précoce précipitant une confirmation génétique. Notre travail montre que la consanguinité n'est pas un critère systématique et démontre l'efficacité de la LED dans l'amélioration des ulcères qui définissent la morbidité majeure de cette maladie.

Ulcères chroniques des membres inférieurs induits par l'hydroxyurée : un effet secondaire classique à ne pas méconnaitre

- **F. EL GUENNOUNI, M.EL AMRAOUI, R. FRIKH, N. HJIRA**
- **Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat**

Introduction

L'hydroxyurée est un agent cytoréducteur couramment utilisé dans les syndromes myéloprolifératifs, notamment la thrombocytémie essentielle. Parmi ses effets secondaires cutanés, les ulcères chroniques sont rares mais invalidants. Nous rapportons un cas illustratif.

Observation

Un homme de 70 ans, suivi pour thrombocytémie essentielle depuis trois ans sous hydroxyurée à 500 mg/jour, présentait depuis un an des ulcères chroniques douloureux des deux jambes, résistants aux antibiothérapies topiques et systémiques. Les lésions étaient ulcérées, à bords irréguliers, à fond nécrotique, localisées aux talons et en région sous-malléolaire bilatérale. Il n'existait ni antécédent de traumatisme, ni signes d'artériopathie, de diabète ou de vascularite.

Les examens biologiques, un bilan auto-immun, et l'écho-Doppler veineux et artériel étaient normaux. Une biopsie cutanée montrait une inflammation chronique non spécifique sans signes de malignité ou de vascularite. Le lien temporel avec l'introduction de l'hydroxyurée a orienté vers une étiologie médicamenteuse.

L'arrêt de l'hydroxyurée au profit de l'interféron alpha, associé à des soins locaux (hydrocolloïdes, débridement), a permis une cicatrisation progressive des ulcères en trois mois, sans récidive à six mois de suivi.

Discussion

Les ulcères cutanés induits par l'hydroxyurée sont rares mais bien décrits. Leur pathogénie pourrait impliquer une altération de la microcirculation ou une toxicité directe sur le tissu cutané. Leur localisation est typiquement distale, souvent bilatérale, et leur résistance aux traitements classiques doit faire évoquer la toxicité médicamenteuse. Le diagnostic est d'exclusion, et l'amélioration après arrêt du traitement est souvent rapide.

Conclusion

Ce cas souligne l'importance de penser à une origine médicamenteuse devant des ulcères chroniques résistants, en particulier chez les patients sous hydroxyurée. L'arrêt précoce du traitement permet une résolution souvent complète et évite des soins prolongés inutiles.

Un Mal perforant plantaire iatrogénique: Un autre mal de la pathologie cancereuse

- Lucien Kabo, Mohamed El amraoui, Rachid Frikh, Naoufal Hjira
- Service de dermatologie, Hopital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat

Introduction: Le mal perforant plantaire (MPP) est une lésion ulcéreuse chronique, souvent indolore, secondaire à une neuropathie périphérique. Il peut être le plus souventd'origine diabétique, mais les autres étiologies toxiques, carentielles, infectieuses, post-traumatiques, compressives et médicameneuses sont à explorer. À noté que dans notre contexte Les traitements oncologiques (chimiothérapie et radiothérapie) ont induit des neuropathies axonales périphériques favorisant ce MPP.

Cas clinique: Femme, âgée de 64 ans. Ayant comme **antécédents** un cancer du col de l'utérus traité par chimiothérapie et radiothérapie compliqué d'une osteoradionecrose du bassin et d'une polyneuropathie axonale périphérique. A consulté pour Une ulcération indolore du talon droit évoluant depuis un mois. L'examen clinique objectivait un ulcère de 3 cm de diamètre, à fond rose, bords irréguliers et une Amputation du gros orteil gauche. Le bilan etiologique du mal perforant plantaire etait en faveur d'une neuropathie peripherique iatrogene. La patiente a ete traitée par soins locaux, seances d'oxygenotherapie hyperbare. L'evolution fut favorable avec cicatrisation du MPP.

Discussion: le MPP non diabetique est non frequent en pratique quotidienne, les etiologies sont multiples et variables. Les causes iatrogenes sont encore rares.

Conclusion: Ce cas illustre l'importance de la surveillance podologique chez les patients présentant une neuropathie périphérique post-traitement oncologique. Le diagnostic et la prise en charge précoces permettent d'éviter des complications graves, notamment les amputations.La prise en charge est pluridisciplinaire (Oncologue, neurologue, dermatologue et podologue).

Âge, sexe et localisation anatomique des cicatrices chéloïdes prurigineuses

Boulhilat; M. El Amraoui; Y. Zemmez ; T. Hanafi; R. Frikh ; N. Hjira
Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction : Une chéloïde est une excroissance bénigne de tissu fibreux dense qui se développe à la suite d'une réponse cicatricielle anormale à une lésion cutanée et qui s'étend au-delà de ses marges. Outre leur impact esthétique évident, les cicatrices chéloïdes s'accompagnent souvent de douleurs et de prurit au niveau de la lésion et de la zone péri-lésionnelle, dont le mécanisme reste incertain. Notre objectif est d'étudier les caractéristiques du prurit dans les cicatrices chéloïdes en fonction de facteurs démographiques, notamment l'âge, le sexe et la localisation anatomique.
Matériel (ou, patients) et méthode : Cette étude rétrospective a porté sur 467 cas de chéloïdes signalés entre janvier 2019 et janvier 2025. Les personnes étaient incluses dans l'échantillon analytique si elles présentaient une cicatrice chéloïde accompagnée de prurit et exclues si elles présentaient des chéloïdes asymptomatiques ou d'autres types de cicatrices.
Résultats : Sur les 467 cas, 312 (66,8 %) étaient des personnes âgées de moins de 18 ans, dont 184 (58,9 %) étaient des hommes et 128 (41,02 %) des femmes. 155 (33,19 %) étaient âgés de 18 ans et plus, dont 95 (61,2 %) étaient des hommes et 60 (38,7 %) des femmes. Dans l'ensemble, les chéloïdes associées à un prurit étaient plus fréquentes chez les hommes jeunes, quel que soit le site anatomique, à l'exception de la tête/du cou, où les femmes de tous âges étaient plus fréquemment touchées. La répartition des chéloïdes prurigineuses par âge était significativement différente entre les hommes et les femmes, principalement au niveau de la tête/du cou et du haut du dos, mais pas au niveau du tronc et des extrémités.
Discussion : Dans cette série de cas rétrospective, une interaction âge-sexe a été observée dans l'incidence des chéloïdes prurigineuses, le prurit au niveau de la tête/du cou sur les chéloïdes étant plus fréquent chez les patientes de sexe féminin et les chéloïdes prurigineuses au niveau du tronc et des extrémités étant plus fréquentes chez les hommes de moins de 18 ans.
Conclusion : Des études supplémentaires sont nécessaires pour confirmer ces résultats et comprendre la cause de l'interaction âge-sexe.

De l’ulcération palpébrale à l’exentération du globe oculaire : un cas rare de nécrose spontanée chez une patiente âgée avec un défi diagnostique et thérapeutique

N.NACIRI, L.BENDAOUD, B.AMAL, M.ABOUDOURIB, O.HOCAR, S.AMAL

Service de Dermatologie – Vénérologie, 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 nécrose palpébrale progressive est une manifestation rare en dermatologie et en ophtalmologie, soulevant d'importants défis diagnostiques et thérapeutiques. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée ayant développé une nécrose palpébrale évoluant vers une nécrose du globe oculaire, ayant conduit à une exentération. Plusieurs diagnostics, notamment une infection à Bacillus anthracis, ont été initialement envisagés puis exclus. Ce cas illustre la complexité des ulcérations nécrotiques chroniques et souligne l’importance d’une approche multidisciplinaire.

Observation

Une patiente de 88 ans s’est présentée avec une histoire de brûlures mictionnelles et de rétention urinaire évoluant depuis un mois, suivies de l’apparition brutale d’un œdème palpébral bilatéral accompagné d’une inflammation. Ses antécédents médicaux incluent une hypertension artérielle, une cécité bilatérale secondaire à une hypertension oculaire évoluant depuis 12 ans, ainsi qu’une chirurgie de la cataracte à l’œil droit.

À l’examen clinique, la patiente était apyrétique, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire. L’examen de l’œil droit retrouvait un œdème palpébral important, un écoulement purulent, une perforation cornéenne, une néovascularisation et un décollement rétinien. L’œil gauche présentait une rupture du globe oculaire associée à une nécrose de la paupière supérieure. L’examen dermatologique objectivait une xérose cutanée diffuse, et une hypertrophie gingivale était également notée.

Les examens biologiques mettaient en évidence une pancytopénie, un déficit en folates, une élévation des marqueurs inflammatoires, avec un bilan auto-immun négatif. Les prélèvements microbiologiques isolaient un Pseudomonas aeruginosa au niveau du pus orbitaire, et Candida lusitaniae dans les urines. L’imagerie orbito-faciale révélait une cellulite préseptale et orbitaire compliquée d’une rupture du globe oculaire, évoquant une fasciite nécrosante. L’analyse du myélogramme ne montrait pas d’argument en faveur d’un processus hématologique malin.

La patiente a été prise en charge en urgence et a bénéficié d’une exentération orbitaire de l’œil gauche. Un traitement antibiotique intraveineux par ceftriaxone et métronidazole a été instauré en première intention, puis relayé par ciprofloxacine et clindamycine. Un traitement antifongique par fluconazole a également été administré. Parallèlement, une supplémentation en folates, une anticoagulation prophylactique, des soins locaux adaptés ainsi qu’un soutien nutritionnel ont été mis en place.

Discussion

La nécrose palpébrale est une affection rare et grave nécessitant un démarche diagnostique précise. Dans notre cas, plusieurs étiologies ont été envisagées en première intention, notamment le charbon cutané (Bacillus anthracis), en raison du caractère nécrotique des lésions. Bien que cette cause soit rare, des cas ont été décrits dans la littérature. Cependant, les examens complémentaires réalisés ont permis d'écarter cette hypothèse.

L'analyse bactériologique d'un fragment palpébral a mis en évidence un Pseudomonas aeruginosa, orientant vers une étiologie infectieuse. Des études antérieures, notamment celle de Chaudry et coll., ont établi un lien entre P. aeruginosa et des cas de nécrose palpébrale, suggérant une invasion bactérienne directe responsable de la nécrose tissulaire, probablement aggravé par une altération locale de la vascularisation ou une dysrégulation du système immunitaire.

Farris et al. ont décrit des cas de nécrose palpébrale d'origine infectieuse, tandis que Nagasaka et al. ont rapporté des cas de nécrose dermique à évolution rapide. Bamberger et al. ont également identifié des infections à Pseudomonas comme cause de nécrose tissulaire. Ces données viennent renforcer notre hypothèse.

D'autres causes, telles que des complications iatrogènes, ont été envisagées. Cependant, la patiente avait bénéficié d'une chirurgie de la cataracte datant de plus de dix ans. Par ailleurs, une nécrose liée à une envenimation par morsure d'araignée ou de tique, rapportée dans des cas similaires, a été exclue en raison de l'absence d'antécédents de morsure d'arthropode chez cette patiente.

Conclusion

Ce cas met en évidence le rôle de Pseudomonas aeruginosa dans la survenue de nécroses palpébrales. Bien que le diagnostic initial ait évoqué un charbon cutané, les investigations ont permis d'identifier un P. Aeruginosa. Un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée sont essentiels pour prévenir les lésions tissulaires. Des recherches complémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre la physiopathologie de la nécrose induite par P. aeruginosa et optimiser la prise en charge.

PSORIASIS

Psoriasis muqueux :Profil épidemio-clinique thérapeutique, évolutif , et association avec le syndrome métabolique, rhumatisme psoriasique, et la sévérité.

Ghita Gmira1, Sara Elloudi1, Aimane Zaim1, Zakia Douhi1, Meryem Soughi1, Hanane Baybay1, Hajar Mahfoudi2, Karima El Rhazi2, Fatima Zohra Mernissi1
1Service de dermatologie, CHU Hassan II , Fès, Maroc.
2Laboratoire d'épidémiologie de recherche clinique et de santé communautaire, faculté de médecine, Fès, Maroc

Introduction :

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique d'étiologie multifactorielle, touchant environ 2 à 4 % de la population mondiale. Bien que les formes cutanées soient les plus fréquentes, les localisations muqueuses restent sous-estimées, mal décrites, et souvent sources de retard diagnostique et de prise en charge inadéquate. Ces formes, bien que rares, peuvent impacter significativement la qualité de vie, notamment lorsqu'elles s'associent à une atteinte articulaire, oculaire ou génitale.

Objectifs :

Les objectifs de notre étude sont d'étudier le profil épidémiologique, clinico-dermoscopique, thérapeutique et évolutif du psoriasis muqueux. Ainsi que d'évaluer son association avec le syndrome métabolique, l'atteinte articulaire, le score DLQI et le PASI,

Matériels et méthodes :

Étude rétro prospective descriptive et analytique menée au sein du service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès rassemblant les patients psoriasiques qui présentent une atteinte muqueuse s'étalant depuis janvier 2011 jusqu'à juin 2025. Les photos ont été examinés par 2 cliniciens. Dans les cas douteux on a eu recourt à la une confirmation histologique.

Résultats :

Parmi 930 patients suivis pour psoriasis, 50 présentaient une atteinte muqueuse (29 hommes, 21 femmes), avec un âge moyen de 34 ans (5–70 ans). Deux avaient une pathologie auto-immune associée. L'atteinte muqueuse était isolée chez 5 cas et associée à une atteinte cutanée chez 45 patients :psoriasis en plaque 33 patients, psoriasis pustuleux et inversée (4 cas chacune), psoriasis en gouttes (2 cas). L'association d'atteinte d'au moins 2 muqueuses était retrouvée chez 6 patients.

La cavité buccale était la localisation la plus fréquente retrouvée chez 29 patients, on retrouvait une langue fissurée(9cas) une langue géographique(8cas).Une chéilite chez 21 patients, dont 16 avaient une chéilite sèche, fissuraire(3cas) , érosive(2cas),à la dermoscopie, les vaisseaux en points ont été retrouvés chez tous nos patients et des vaisseaux linéaire chez 9 cas, la disposition vasculaire était homogène chez 18 patients, périphérique chez 2, et en anneaux chez 1 patient. les squames étaient présents dans toutes les chéilites(Tableau 1). Une perlèche a été notée chez 9 patients et les plaques péri-orales chez 5 patients tous présentaient des vaisseaux en points à disposition homogène et des squames blanchâtres.

L'atteinte génitale concernait 19 patients (4 isolées, 3 associées au psoriasis inversé). Chez les femmes (n=3), on retrouvait des plaques érythémateuses vulvo-clitoridiennes avec vaisseaux en points homogènes et squames blanchâtres. Chez les hommes (n=16),on avait une atteinte du gland (13), du pénis (9) et du scrotum (7),et à la dermoscopie, on retrouvait des vaisseaux en points à disposition homogène(15 patients), et des vaisseaux linéaires(1cas). Les squames étaient présents chez 10 patients, blanchâtres dans 9 cas et jaunâtres dans 1 cas. L'atteinte anale a été retrouvée chez 3 patients, tous présentaient un fond érythémateux et des vaisseaux en points à distribution linéaire homogène. L'atteinte oculaire était présente chez 5 patients incluait 3 uvéites, 2 atteintes du canthus externe et 1 blépharite.

Sur le plan thérapeutique, 39 patients ont reçu un traitement topique (dermocorticoïdes 36, gargarismes 3), avec bonne évolution dans 75 % des cas à 3 et 6 mois, et tous nos malades ont maintenu cette amélioration avec un recul de plus de 1 an .10 patients ont été mis sous traitement systémique (7 sous Méthotrexate,3 Acitretine), et 2 sous traitement biologique en raison de la sévérité de l'atteinte cutanée, avec bonne amélioration chez tous ces patients de l'atteinte cutanée et de l'atteinte muqueuse.

Le syndrome métabolique était présent dans 7 cas, le rhumatisme psoriasique dans 8 cas, le PASI était sévère 8 patients et léger chez 42 patients, et le DLQI était altéré dans 9 cas et correcte chez 41 patients.

L’étude analytique n’a pas montré d’association significative entre le psoriasis muqueux et le syndrome métabolique, le rhumatisme psoriasique , le PASI et le DLQI.

Discussion :

Notre étude confirme que le psoriasis muqueux, bien que rare, reste sous-estimé et peut altérer la qualité de vie. L’atteinte orale, dominée par la langue fissurée, la langue géographique et la chéilite, était la plus fréquente. La dermoscopie a permis d’identifier des signes caractéristiques utiles au diagnostic.
L’atteinte génitale, surtout masculine, partageait des aspects clinico-dermoscopiques similaires aux lésions orales. L’association avec le syndrome métabolique ou le rhumatisme psoriasique n’a pas atteint la significativité, probablement en raison de la taille limitée de l’échantillon.
Sur le plan thérapeutique, la majorité des patients ont bien répondu aux dermocorticoïdes, tandis que les formes sévères ont nécessité un traitement systémique avec une évolution favorable.

Conclusion :

Le psoriasis muqueux est une forme rare et longtemps sous-estimée du psoriasis, avec des formes parfois isolées . L’atteinte orale s’est avérée la localisation la plus fréquente.
La dermoscopie est un outils essentiels permet de confirmer le diagnostic par des signes spécifiques :des vaisseaux en points homogènes et des squames blanchâtres.
La réponse au traitement topique est le plus souvent favorable mais on peut avoir recours au traitement systémique dans les cas sévères.
L’analyse statistique n’a pas montré d’association significative avec le syndrome métabolique, le rhumatisme psoriasique, le PASI ou le DLQI.

Erythrodermic Psoriasis in a 91-Year-Old Patient: A Diagnostic Reflex Worth Retaining

Afafe JEI[1], Fatima-Zahra ElFatoiki[1], Hanane Rachadi[1], Soumia Chiheb[1]

[1]*ibn rochd university hospital center, dermatology and venerology, casablanca*

Introduction & Objectives:

Psoriasis is a chronic inflammatory dermatosis that poses unique diagnostic and therapeutic challenges in the elderly population. Drug-induced forms, particularly those related to beta-blockers, are a known but often underrecognized entity.Herein we aim to report a case of de novo psoriasis at the age of 91, which is exceptionally rare, making this case noteworthy both diagnostically and therapeutically.

Case report:

A 91-year-old female with a medical history of type 2 diabetes (on gliclazide), arterial hypertension, and cardiopathy (managed with losartan, carvedilol, and aspirin) presented with a 4-month history of a generalized scaly rash accompanied by intense pruritus.Clinical examination revealed confluent erythematous-squamous plaques involving approximately 90% of the total body surface area, forming a picture of dry erythroderma. There were diffuse excoriations due to scratching, facial erythema with scaling and infiltration, thick scaling over the scalp, and fissured palmoplantar keratoderma with ulcerations. Nail examination revealed subungual hyperkeratosis, trachyonychia, splinter hemorrhages and a ruin-like dermoscopic appearance. The Auspitz sign and pinpoint bleeding were absent. No lymphadenopathy was noted on physical examination.In view of the patient's age and severe pruritus, Sézary syndrome and erythrodermic mycosis fungoides were considered. However, the absence of lymphadenopathy, presence of nail changes, preserved general condition, and the use of carvedilol oriented the diagnosis toward carvedilol-induced erythrodermic psoriasis.Laboratory investigations revealed eosinophilia (2,000/µL) and lymphopenia (900/µL), confirmed on immunophenotyping with decreased CD3, CD4, CD8, and NK cells. The peripheral blood smear showed no Sézary cells. Viral serologies and the Scotch tape test were negative. Serum protein electrophoresis was normal. Lymph node ultrasound confirmed the absence of lymphadenopathy. Histopathological examination of a skin biopsy supported the diagnosis of erythrodermic psoriasis.A pharmacovigilance review identified carvedilol as the likely trigger, leading to its discontinuation after a cardiology reassessment.The patient was treated with antihistamines, topical corticosteroid preparations, emollients, and narrow-band UVB phototherapy (UBL-01), resulting in a favorable clinical response. Systemic methotrexate therapy was considered but deferred due to diffuse ground-glass opacities observed on thoracic CT, requiring further pulmonary investigation.**Conclusion:**This case highlights the exceptional occurrence of de novo erythrodermic psoriasis in a 91-year-old, emphasizing the importance of medication review—particularly long-term beta-blockers like carvedilol, which showed a significant epidemiological association with psoriasis. The diagnosis was supported by classic nail, dermoscopic findings and histology, while exclusion of Sézary syndrome guided management. Discontinuation of carvedilol, cautious topical and phototherapy approaches led to improvement, underscoring the need for trigger identification in elderly-onset psoriasis to avoid unnecessary systemic therapy.

Psoriasis génital induit par hydroxychloroquine chez un patient lupique : un diagnostic différentiel inattendu des dermatoses infectieuses

S.BARAZ, R.BABA, I.ANOUAR, M.AMRAOUI, Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA
Service de dermatologie vénérologie, Hopital militaire d'instruction Mohammed V RABAT

Introduction :

L'hydroxychloroquine est le traitement de référence des lupus cutanés chroniques, mais son rôle paradoxal d'inducteur ou d'exacerbateur de psoriasis est bien documenté. Cette réaction paradoxale est rarement rapportée au niveau génital, où le psoriasis est souvent confondu avec des dermatoses infectieuses ou eczématiformes. Nous présentons un cas illustratif soulignant l'importance de la dermoscopie et de la vigilance diagnostique.

Observation :

Un patient de 35 ans, suivi depuis deux ans pour un lupus érythémateux cutané confirmé histologiquement, traité par hydroxychloroquine 400 mg/j, a présenté depuis un mois des lésions inflammatoires, érythémato-squameuses, suintantes et malodorantes du scrotum et de la verge. Le tableau a été initialement interprété comme une infection bactérienne ou fongique : antibiothérapie systémique, antifongiques topiques puis terbinafine orale ont été prescrits sans amélioration.

L'examen dermoscopique a révélé un pattern typique psoriasiforme (points rouges réguliers sur fond érythémateux), orientant vers un psoriasis génital induit par hydroxychloroquine. L'arrêt du traitement et l'introduction d'une corticothérapie topique de classe moyenne ont permis une amélioration significative.

Discussion :

Les antipaludéens de synthèse, en particulier l'hydroxychloroquine, sont bien connus pour induire ou aggraver un psoriasis, probablement via une dysrégulation de la voie Th1/Th17 et une perturbation de la différenciation kératinocytaire. La localisation génitale est inhabituelle et constitue un piège diagnostique fréquent, les lésions étant volontiers interprétées comme infectieuses. Dans notre cas, l'apport de la dermoscopie a été déterminant pour éviter des traitements inadaptés et réorienter la prise en charge.

La littérature insiste sur la prudence dans l'utilisation prolongée des antipaludéens chez les patients ayant un terrain psoriasique, mais ce cas illustre que l'induction peut également survenir chez des patients sans antécédents de psoriasis connus.

Conclusion :

Ce cas met en lumière une localisation atypique et mimétique d'un psoriasis induit par hydroxychloroquine, révélée par la dermoscopie. Devant toute lésion génitale réfractaire aux traitements anti-infectieux, il est essentiel d'évoquer une dermatose inflammatoire d'origine iatrogène, notamment sous antipaludéens de synthèse.

Psoriasis paradoxal chez un patient traité par infliximab: à propos d'un cas

KETTAM Manal, ABOUDOURIB Meriem, BENDAOUD Layla, HOCAR Ouafa, AMAL Said

Introduction :

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique, fréquente, d'étiopathogénie complexe, impliquant une interaction entre prédisposition génétique, dérèglements immunitaires et facteurs environnementaux. L'avènement des biothérapies, en particulier les anti-TNFα comme l'infliximab, a considérablement modifié la prise en charge de nombreuses maladies inflammatoires chroniques, notamment les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, la polyarthrite rhumatoïde et la spondyloarthrite.

Cependant, l'utilisation de ces agents biologiques a révélé l'émergence d'effets indésirables paradoxaux, dont le psoriasis induit ou aggravé par les anti-TNFα. Ce phénomène, qualifié de *psoriasis paradoxal*, reste rare mais représente un défi diagnostique et thérapeutique.

Observation :

Patient âgé de 27 ans, suivi en gastrologie pour une maladie de Crohn iléo-colique depuis 5ans, résistante à l'acide 5 aminocyclique et aux immunosuppresseurs (Méthotrexate), mis sous biothérapie (Infliximab) depuis 7mois, qui se présente pour éruptions papulo-pustuleuses évoluant depuis 18 jours avec extension progressive dans un contexte d'apyrexie et conservation de l'état général. A l'examen on retrouve plusieurs lésions papuleuses et pustuleuses (folliculaires et non folliculaires) localisées au niveau des mains, des pieds, du dos, du tronc, et des 4 membres. Associées à des lésions érythémato-squameuses localisées au niveau du visage, du cuir chevelu et de la jambe droite avec un signe de la rosée sanglante positif. Dans le cadre des examens complémentaires un prélèvement microbiologique des pustules est revenu stérile, tandis que la biopsie cutanée a révélé un aspect morphologique compatible avec un psoriasis pustuleux. La conduite après les résultats de la biopsie était d'arrêter l'infliximab et de mettre le patient sous Ustékinumab (Anticorps anti Interleukines 12 et 23) en suivant le protocole de psoriasis et non celui de la maladie de Crohn, en plus d'un traitement topique à base de corticoïdes et dérivés de la vitamine D.

Discussion :

Les traitements anti-TNF ont transformé le traitement de plusieurs maladies inflammatoires chroniques, comme la polyarthrite rhumatoïde, les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin et le psoriasis. Malgré leur efficacité reconnue, environ 2 à 5 % des patients traités par anti-TNF développent des lésions cutanées psoriasiformes, un phénomène connu sous le nom de psoriasis paradoxal. Bien qu'il présente des caractéristiques cliniques similaires au psoriasis classique, le psoriasis paradoxal, spécifique aux anti-TNF, se distingue sur le plan immunologique. Il peut survenir quelques jours à plusieurs années après l'initiation du traitement.

Bien que la présentation clinique du psoriasis paradoxal soit similaire à celle du psoriasis vulgaire, plusieurs différences notables existent. Le psoriasis paradoxal affecte fréquemment les zones de flexion, contrairement au psoriasis vulgaire qui touche principalement les zones d'extension. De plus, l'atteinte palmo-plantaire, souvent accompagnée de pustules, est observée dans 50 à 80 % des cas de psoriasis paradoxal, contre seulement 2 à 19 % dans la forme classique. L'atteinte du cuir chevelu peut également se compliquer d'une alopécie sévère non cicatricielle, une complication extrêmement rare dans le psoriasis classique.

La gestion du psoriasis paradoxal induit par l'infliximab peut être complexe. Elle implique soit la suspension de cet anti TNF alpha lorsqu'un patient développe un psoriasis grave, ou bien le traitement topique et systémique, voire même une transition vers d'autres traitements biologiques comme les inhibiteurs de l'IL-17 ou les Anti Il 12/23. A noter que l'atteinte alopéciante du cuir chevelu était favorable sous dermocorticoïdes.

Conclusion :

Le psoriasis paradoxal induit par l'infliximab est un phénomène rare mais bien documenté dans la littérature scientifique. Bien que les mécanismes exacts ne soient pas complètement élucidés, il semble que des facteurs immunologiques et génétiques puissent être impliqués. La gestion du psoriasis dans ce contexte repose sur une approche individualisée, impliquant souvent l'arrêt du médicament et la prise en charge du psoriasis par des traitements locaux ou systémiques.

Psoriasis paradoxal post-adalimumab : un effet indésirable rare mais significatif

S.JEBBOUJE[1], K. BALINE[1], F. MERNISSI[2], S.CHIHEB[1]
[1] *Service de dermatologie vénérologie, CHU Ibn Rochd Casablanca*
[2] *service d'anatomopathologie, CHU Ibn Rochd Casablanca*

Introduction

Les anti-TNFα ont révolutionné la prise en charge des maladies inflammatoires chroniques telles que les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin et le psoriasis en plaques. Cependant, plusieurs effets indésirables ont été rapportés, en particulier le **psoriasis paradoxal**, qui revêt une importance particulière en dermatologie. Le délai d'apparition de ce dernier est variable, allant de 1 à 30 mois après l'introduction d'un traitement anti-TNFα. Les options thérapeutiques demeurent limitées, reposant soit sur l'adjonction de traitements topiques visant à réduire l'inflammation cutanée, soit sur l'arrêt du traitement biologique.
Nous rapportons le cas d'une jeune femme ayant développé un psoriasis paradoxal après initiation de l'adalimumab, avec une évolution favorable sous dermocorticoïdes topiques (crème à 0,05 %, une application par jour).

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 23 ans, suivie depuis un an pour une maladie de Crohn (phénotype A2L3BP). Elle a débuté un traitement par adalimumab en septembre 2024, permettant une amélioration de 80 % de ses symptômes digestifs. En mars 2025, soit environ six mois après l'instauration du traitement, elle a présenté une éruption douloureuse et prurigineuse siégeant au niveau inguinal, périnéal et nasal, sans facteur déclenchant identifié.
L'examen clinique objectivait des plaques pustuleuses et psoriasiformes. L'histologie montrait une épidermie psoriasiforme avec acanthose et parakératose, associée à une exocytose neutrophilique marquée et à la formation de pustules spongiformes sous-cornées. Aucune lésion de granulomatose, vascularite ou dermatite interstitielle n'a été mise en évidence.
Le diagnostic de psoriasis paradoxal secondaire à l'adalimumab a été retenu. Le traitement par adalimumab a été arrêté immédiatement et la patiente a été mise sous corticothérapie topique (0,05 % une fois par jour), avec une résolution complète des lésions en un mois.

Discussion

Le psoriasis paradoxal est un effet indésirable rare des anti-TNFα, survenant chez 1 à 5 % des patients. Il résulte d'une dérégulation immunitaire liée à l'inhibition du TNFα, entraînant une surproduction d'IFNα et l'activation des lymphocytes T. Cliniquement et histologiquement, les lésions sont proches du psoriasis classique, rendant le contexte thérapeutique crucial pour le diagnostic. La prise en charge dépend de la sévérité : les formes légères peuvent répondre à une corticothérapie topique, tandis que les formes sévères ou résistantes nécessitent un switch vers un autre anti-TNFα ou un autre biologique. Dans notre cas, l'arrêt de l'adalimumab et l'application de corticoïdes topiques ont conduit à une régression complète des lésions en un mois.

Conclusion

Le psoriasis paradoxal est une dermatose inflammatoire rare (1 à 5 % des patients sous anti-TNFα), dont la **physiopathologie demeure mal élucidée**. Le TNFα est une cytokine pro-inflammatoire clé dans la régulation immunitaire et la défense anti-infectieuse ; paradoxalement, son inhibition peut induire de nouvelles maladies inflammatoires, telles que le lupus érythémateux ou le psoriasis paradoxal. Dans ce dernier cas, l'absence de rétrocontrôle négatif entraîne une **surproduction continue d'IFNα**, favorisant l'auto-immunité T-cellulaire.

Psoriasis induit après vaccination pentavalente : à propos de trois cas cliniques pédiatriques

N.Chebbawi, FZ. El Fatoaki, F.Hali,S. Chiheb
Service de Dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique à composante génétique et immunologique. Chez l'enfant, sa présentation peut être atypique et son déclenchement parfois lié à des facteurs environnementaux, notamment infectieux ou immunologiques. Les vaccinations, bien que rares, ont été mentionnées dans la littérature comme facteurs potentiellement inducteurs de poussées psoriasiques. Nous rapportons ici trois cas de nourrissons ayant présenté un psoriasis dans les jours suivant l'administration du vaccin pentavalent (DTC-HepB-Hib).

Observation 1 Un nourrisson de sexe féminin de 9 mois, sans antécédents personnels ou familiaux de psoriasis, présente des plaques érythémato-squameuses bien délimitées du tronc et des membres supérieurs, apparues 10 jours après la 3ème dose de vaccin pentavalent. L'examen clinique évoque un psoriasis en gouttes. Le diagnostic est retenu sur la base de la clinique typique, l'évolution et l'absence d'autres étiologies. Un traitement à base de dermocorticoïdes de classe modérée et d'émollients est initié, avec une amélioration partielle en deux semaines.

Observation 2 Un nourrisson de sexe féminin de 2 mois, sans antécédents particuliers, développe une éruption érythémato-squameuse diffuse 7 jours après la première injection du vaccin pentavalent. Les lésions touchent préférentiellement le cuir chevelu et les zones de plis. Une biopsie cutanée est réalisée, objectivant une hyperkératose avec parakératose, acanthose régulière et infiltrat inflammatoire dermique superficiel, compatible avec un psoriasis. Le traitement repose sur des soins émollients intensifs et des dermocorticoïdes. Une nette régression est notée après trois semaines.

Observation 3 Un nourrisson de sexe masculin de 2 mois, sans antécédents médicaux personnels ou familiaux de psoriasis, a présenté une éruption cutanée généralisée 48 heures après le vaccin pentavalent (diphtérie, coqueluche, tétanos, hépatite B et Haemophilus influenzea type b) et la première dose de poliomyélite orale. Le nourrisson avait également reçu à l'âge de 2 semaines, le vaccin BCG et le vaccin contre l'hépatite B. L'examen clinique a révélé de grandes plaques multiples érythémato-squameuses à bords surélevés occupant plus de 80 % de la surface corporelle. Il n'y avait pas de fièvre, ni d'asthénie, ni de signe d'appel articulaire. La biopsie cutanée est revenue en faveur d'un psoriasis diffus en plaques. Le patient a été traité par des corticostéroïdes topiques et une crème émolliente, avec une amélioration rapide.

Discussion

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique dont la pathogenèse repose sur l'interaction entre des facteurs génétiques et des stimuli environnementaux. Des publications récentes ont rapporté des cas de psoriasis induit ou aggravé après divers vaccins, dont le BCG, la grippe, la COVID-19 et les vaccins infantiles classiques [1-3]. Ces observations suggèrent que la stimulation immunitaire post-vaccinale pourrait jouer un rôle de déclencheur chez des sujets prédisposés, en activant notamment la voie des lymphocytes Th17, impliqués dans la pathogénie du psoriasis [4]. Les adjuvants vaccinaux, comme les sels d'aluminium, ont également été suspectés d'amplifier cette réponse inflammatoire [5].

Dans les cas présentés, le délai court entre la vaccination et l'apparition des lésions cutanées, l'étendue des symptômes, et l'absence d'autres facteurs déclenchants suggèrent un lien temporel fort. Toutefois, l'imputabilité directe ne peut être formellement établie. Il est donc recommandé d'assurer une surveillance dermatologique post-vaccinale chez les nourrissons, en particulier en cas d'antécédents familiaux ou personnels. La vaccination ne doit cependant pas être interrompue, au vu de son bénéfice collectif prouvé.

Conclusion

Ces observations illustrent une entité cliniquement rare mais pertinente : le psoriasis du nourrisson possiblement induit par une vaccination. Devant toute éruption atypique survenant après une injection vaccinale, une évaluation dermatologique s'impose afin d'assurer un diagnostic précoce, un traitement adapté et une surveillance à long terme.

Psoriasis après un syndrome de Kawasaki chez un nourrisson : à propos d'un cas

Ouissal Laadime, Layla Bendaoud, Hala Kharmoudi, Mariem Aboudourib, Ouafa Hocar, Said Amal
Service de dermatologie Hopital Arrazi CHU Mohammed VI Marrakech

Introduction

Le syndrome de Kawasaki est une vascularite systémique aiguë de l'enfant, caractérisée par une atteinte cutanéo-muqueuse et un risque de complications cardiaques. Les associations avec des dermatoses inflammatoires sont rarement rapportées. Nous présentons un cas inhabituel de psoriasis survenu chez un nourrisson après traitement du Kawasaki par immunoglobulines et aspirine.

Observation clinique

Un nourrisson âgé de 8 mois, sans antécédents pathologiques notables, a été admis pour fièvre persistante supérieure à 7 jours. L'examen clinique objectivait : une conjonctivite bilatérale non purulente, une chéilite ,des lésions érythémateuses et œdémateuses des mains, des lésions urticariennes disséminées aux membres supérieurs et inférieurs.

Le diagnostic de syndrome de Kawasaki a été retenu selon les **critères diagnostiques de l'American Heart Association (AHA).** L'échocardiographie initiale ne montrait pas d'anomalies.

Le patient a reçu une perfusion unique d'immunoglobulines intraveineuses (2 g/kg) associée à de l'aspirine à dose anti-inflammatoire . L'évolution initiale a été favorable, avec disparition complète de la fièvre et des lésions cutanéo-muqueuses.

Cependant, trois jours après, de nouvelles lésions sont apparues : plaques érythémato-squameuses du visage, du cou, des mains et des pieds, érythème bien limité du siège.

L'hypothèse d'un psoriasis a été évoquée devant : l'aspect clinique des plaques, la présence d'un érythème du siège évoquant un psoriasis des langes, et surtout l'examen dermoscopique montrant un érythème homogène, des squames épaisses blanchâtres et des vaisseaux réguliers en points/glomérulaires.

Un traitement par des applications quotidiennes de dermocorticoïdes a été instauré, actuellement en cours .

Discussion

La coexistence du syndrome de Kawasaki et du psoriasis est exceptionnelle mais documentée dans la littérature. Depuis la première description par Han et al. en 2000, moins d'une quarantaine de cas ont été rapportés [1–5]. L'éruption psoriasiforme survient généralement dans les jours ou semaines suivant l'épisode aigu de Kawasaki, avec un délai médian de 4 à 14 jours [3].

Sur le plan physiopathologique, plusieurs mécanismes ont été proposés. Le syndrome de Kawasaki entraîne une activation intense du système immunitaire, caractérisée par une production massive de cytokines pro-inflammatoires (IL-1, IL-6, TNF-α) et une stimulation des lymphocytes T. Cette « tempête cytokinique » pourrait favoriser l'expression d'un psoriasis latent ou révéler une susceptibilité génétique sous-jacente. Par ailleurs, certains auteurs suggèrent un mécanisme commun au psoriasis et au Kawasaki, lié à l'activation polyclonale des lymphocytes T par des super-antigènes bactériens. Ces hypothèses convergent vers l'idée que le terrain inflammatoire post-Kawasaki crée un contexte favorable à l'émergence de lésions psoriasiformes.

Cliniquement, les présentations sont variables : formes en gouttes, psoriasis des langes, psoriasis en plaques, voire pustulose [2,4]. Dans notre cas, l'association d'un psoriasis du siège et de plaques érythémato-squameuses classiques, confirmées par la dermoscopie (érythème homogène, vaisseaux en points réguliers et squames épaisses blanchâtres), a permis d'orienter le diagnostic.

La littérature souligne également que ces formes post-Kawasaki répondent bien aux dermocorticoïdes topiques, avec une évolution favorable dans la majorité des cas [1–4]. La reconnaissance précoce est néanmoins cruciale afin d'éviter une persistance ou une aggravation sous traitement anti-inflammatoire.

Notre observation rejoint ainsi les données précédentes en renforçant l'hypothèse d'un rôle déclencheur de l'aspirine dans un terrain immunologiquement sensibilisé par le Kawasaki.

Conclusion

Nous rapportons un cas rare de lésions psoriasiformes survenues après un syndrome de Kawasaki chez un nourrisson. Cette observation illustre la possibilité d'un véritable psoriasis ou d'une dermatite psoriasiforme secondaire. L'évolution clinique permettra de préciser le diagnostic. Un rôle potentiel de l'aspirine comme facteur déclenchant ne peut toutefois pas être totalement écarté.

Références

1. Canpolat N, Alhan E, Akpinar I. Psoriasis associated with Kawasaki disease: a case report. *Turk J Pediatr*. 2013;55(4):442-445.
2. Ergin S, et al. Plaque psoriasis induced after Kawasaki disease. *Turk J Pediatr*. 2009;51(4):377-380.
3. Schöbi N, Hasler C, Limacher A, Feldmeyer L, Theiler M, et al. Kawasaki disease triggering an episode of psoriasis – a case report. *Klin Padiatr*. 2022;234(5):270-272. doi:10.1055/a-1885-3140.
4. Liao YC, Lee JY. Psoriasis in a 3-month-old infant with Kawasaki disease. *Dermatol Online J*. 2009;15(11):9. PMID:19951646.
5. Bitar C, Rigal J, Bonnotte B, Regnier S, Bouaziz JD, Battistella M. Psoriasiform dermatitis following Kawasaki disease: a case report and review of the literature. *Pediatr Dermatol*. 2023;40(1):146-150. doi:10.1111/pde.15859.

Psoriasis eczématisé annulaire : une entité rare révélée par la dermoscopie

A. Zaim, S. Elloudi, Z. Aqasbi, Z. Douhi, M. Soughi, H. Baybay, FZ. Mernissi

Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc

Introduction :

Le psoriasis eczématisé (PE) est une forme rare et souvent méconnue du psoriasis, décrite dans environ 5 à 10 % des cas. Il s'agit d'un phénotype de chevauchement, associant des signes cliniques, histopathologiques et immunologiques évocateurs à la fois du psoriasis et de la dermatite atopique (DA). Comparativement au psoriasis vulgaire, les lésions du PE sont souvent moins bien limitées, plus prurigineuses, et fréquemment associées à des excoriations et croûtes séreuses. Ce chevauchement sémiologique avec les dermatoses eczématiformes complique le diagnostic et nécessite souvent des examens complémentaires afin d'écarter des diagnostics différentiels. L'examen histologique demeure le gold standard diagnostique. Nous rapportons ici un cas de PE à présentation annulaire, illustrant l'intérêt diagnostique de la dermoscopie, un outil non invasif particulièrement utile pour distinguer cette forme de ses mimikers cliniques.

Observation :

Une patiente de 23 ans, sans antécédents médicaux notables, consulte pour une lésion chronique, solitaire et prurigineuse, évoluant par poussées depuis trois ans sur la face interne de la cuisse droite. Plusieurs traitements antifongiques avaient été prescrits auparavant, sans amélioration. L'examen clinique a objectivé un large placard érythémateux annulaire, d'environ 15 cm de diamètre, à bordures légèrement surélevées et croûteuses, avec un centre plus pâle. L'aspect initial évoquait une dermatophytie de la peau glabre. Toutefois, l'examen dermoscopique a révélé des vaisseaux en points homogènes sur un fond érythémateux au centre de la lésion, en faveur d'un psoriasis. En périphérie, les vaisseaux en points étaient regroupés en patchy sur un fond rose terne à jaunâtre, recouvert de croûtes séreuses, évoquant un eczéma. Ces éléments clinico-dermoscopiques ont permis de poser le diagnostic de PE à présentation annulaire. L'hypothèse d'une surinfection mycosique a été écartée après examen mycologique négatif des squames et croûtes.

Discussion :

Le PE se caractérise par des modifications eczémateuses apparaissant sur un fond psoriasiforme, avec des similitudes cliniques, histologiques et immunologiques avec la DA. Les patients présentent généralement un prurit intense et des lésions moins bien délimitées, comme observé dans notre cas. Les lésions peuvent montrer divers degrés de desquamation, et l'on retrouve fréquemment des excoriations et des croûtes hémorragiques. En raison du chevauchement clinique entre psoriasis et eczéma, le diagnostic de PE ne peut reposer uniquement sur l'aspect morphologique des lésions. Il est essentiel d'avoir recours à des outils complémentaires pour écarter d'autres diagnostics différentiels, tels que la dermatite de contact, les infections mycosiques, la DA, l'eczéma nummulaire, le parapsoriasis ou encore le lymphome T cutané. L'examen histologique met typiquement en évidence des signes tels que la spongiose, la présence d'éosinophiles et des croûtes séreuses, associés à l'architecture psoriasiforme classique. La dermoscopie, pour sa part, constitue un outil non invasif, accessible et particulièrement utile pour orienter le diagnostic, en particulier dans les cas atypiques ou récalcitrants.

Conclusion :

Dans notre observation, la présentation annulaire du PE a rendu le diagnostic plus complexe, cette forme étant rarement rencontrée en pratique clinique. La dermoscopie s'est avérée déterminante pour confirmer le diagnostic. Cette observation met en évidence l'intérêt d'intégrer la dermoscopie dans l'approche diagnostique, même lorsque les signes cliniques orientent initialement vers des affections plus courantes, telles qu'une dermatophytie de la peau glabre.

«Psoriasis et carence en vitamine D : corrélation avec la sévérité et implications thérapeutiques »

Ouissal Hormi1 ; Lamis El yamani1 ; Salma Moujahid1 ; Khadija Imam1; Nassiba Zerrouki1,2 ; Nada Zizi1,2

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 psoriasis est une maladie inflammatoire chronique auto-immune, caractérisée par une prolifération anormale des kératinocytes et des plaques érythémateuses squameuses. La vitamine D joue un rôle dans la régulation immunitaire et cutanée, et sa carence a été associée à diverses maladies cutanées, dont le psoriasis. L'objectif est d'évaluer la prévalence de la carence en vitamine D chez les psoriasiques et son association avec la sévérité clinique.

Matériels et méthodes: Étude rétrospective et analytique sur 263 participants (103 psoriasiques, 160 témoins) ayant consulté au CHU Mohammed VI d'Oujda (2015-2025). Les variables quantitatives et qualitatives ont été comparées via le test t de Student et le χ^2. La corrélation entre le score PASI et le taux sérique de vitamine D a été analysée par le coefficient de Pearson. Significativité à $p<0,05$.

Résultats : Notre étude a inclus 263 participants, dont 103 patients atteints de psoriasis vulgaire et 160 témoins sains. L'âge moyen des patients psoriasiques était de 43,3 ± 13,5 ans contre 42,8 ± 14,7 ans chez les témoins, sans différence significative (p = 0,78). La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 12,6 ans , avec un âge moyen de début à 30,7 ans, et des antécédents familiaux retrouvés chez 13 %. Le score PASI moyen était de 6,84 ± 2,72, avec une prédominance des formes modérées (57,3 %), suivies des formes légères (24,3 %) et sévères (18,4 %). Les localisations les plus fréquentes étaient les coudes et les genoux (49 %), suivis du cuir chevelu (35 %) et des paumes/plantes (15 %). Les atteintes inversées (4
%) et génitales (2 %) étaient rares. Le taux moyen de vitamine D était significativement plus bas chez les psoriasiques (21,9 ± 7,2 ng/mL) que chez les témoins (23,3 ± 6,0 ng/mL ; p = 0,04). La carence en vitamine D (< 20 ng/mL) concernait 43,7 % des patients psoriasiques contre 15 % des témoins (OR = 4,33 ; IC95 % : 2,27–8,25 ; p < 0,001). À l'inverse, un statut normal en vitamine D (> 30 ng/mL) était observé chez 17,5 % des psoriasiques versus 51 % des témoins (OR = 0,18 ; IC95 % : 0,09–0,35 ; p < 0,001).
Une corrélation inverse significative a été retrouvée entre le PASI et les taux de vitamine D (r = -0,32 ; p = 0,02). Les patients présentant un PASI ≥ 10 avaient des taux de vitamine D plus faibles que ceux ayant un PASI < 10 (18,5 ± 5,9 ng/mL vs 22,7 ± 6,4 ng/mL ; OR = 2,11 ; IC95 % : 1,11–4,01 ; p = 0,02). En analyse univariée, la sévérité du psoriasis (PASI ≥ 10) (OR = 2,36 ; IC95 % : 1,20–4,63 ; p = 0,01) et l'absence d'exposition solaire régulière (OR = 1,92 ; IC95 % : 1,01–3,64 ; p = 0,04) étaient associées à la carence en vitamine D, tandis que le sexe féminin montrait une tendance non significative (OR = 1,75 ; IC95 % : 0,95–3,21 ; p = 0,07). En analyse multivariée, seul le PASI ≥ 10 demeurait significativement associé à la carence en vitamine D (OR ajusté = 2,11 ; IC95 % : 1,05–4,24 ; p = 0,03), suggérant que la sévérité clinique constitue le facteur prédictif indépendant principal.
Parmi les 103 patients psoriasiques, 70 ont reçu une supplémentation en vitamine D. Le délai moyen de rémission était significativement plus court chez les supplémentés (3,0 ± 0,9 mois) que chez les non-supplémentés (5,8 ± 1,9 mois ; p < 0,001). Les patients supplémentés avaient ainsi environ 4,5 fois plus de chances d'obtenir une rémission rapide (OR = 4,55 ; IC95 % : 1,88–11,1).

Discussion : Les résultats confirment que les psoriasiques présentent des taux de vitamine D plus bas et que la carence est associée à une sévérité accrue. La vitamine D joue un rôle immunomodulateur et anti-prolifératif sur la peau. Les traitements topiques à base d'analogues de vitamine D restent efficaces, tandis que la supplémentation orale peut améliorer la rémission, notamment chez les patients déficients. Ces observations appuient l'intérêt d'un dépistage systématique de la carence et d'une correction adaptée.

Conclusion : La carence en vitamine D est fréquente chez les patients psoriasiques et semble corrélée à la sévérité. L'évaluation systématique du statut vitaminique et la correction des déficits pourraient représenter une approche complémentaire dans la prise en charge du psoriasis, contribuant à améliorer les résultats thérapeutiques et la qualité de vie des patients.

References :

1. Kim K, Choi Y, Park H, et al. Serum vitamin D levels in patients with psoriasis: a systematic review and meta-analysis. Nutrients. 2023;15(2):438.
2. Elrashidy AA, El-Ashmawy AA, El-Naggar EM, et al. Correlation between serum vitamin D levels and psoriasis severity. Menoufia Med J. 2021;34(3):1234–1240.
3. Wu JJ, Nguyen TM, Poon KYT, et al. Association of serum vitamin D levels with psoriasis severity in NHANES population. J Am Acad Dermatol. 2022;86(5):1043–1050.
4. Youssef DA, Miller CW, El-Abbassi AM, et al. Vitamin D's role in immune modulation and psoriasis: review of mechanisms. Int J Mol Sci. 2024;26(11):5005.

Psoriasis pustuleux généralisé chez l'enfant : une urgence dermatologique à reconnaître

K. BENABDESSALEM, L. BENDAOUD, M. ABOUDOURIB, O. HOCAR, S. AMAL
Service de Dermatologie, centre hospitalier universitaire Mohamed VI, Laboratoire de bioscience et santé, FMPM, Université caddi Ayad, Marrakech

Introduction :

Le psoriasis pustuleux est une forme rare et sévère de psoriasis, caractérisée par un érythème associé à des pustules stériles. Bien que généralement plus fréquente chez les adultes, cette forme de psoriasis peut également se manifester chez les enfants, où elle présente des défis diagnostiques et thérapeutiques. Le psoriasis pustuleux chez l'enfant peut être généralisé ou localisé, et dans certains cas, il peut être déclencheur d'une perturbation significative du bien-être général, nécessitant une prise en charge rapide et ciblée. Cette affection peut s'accompagner de comorbidités telles que des infections, des troubles métaboliques, ou des anomalies hématologiques. Cette série de 11 cas, vise à décrire les caractéristiques cliniques, et thérapeutiques du psoriasis pustuleux chez l'enfant dans notre service.

Observation :

Nous rapportons une série de 11 enfants (8 garçons et 3 filles), âgés de 4 à 17 ans, hospitalisés pour un psoriasis pustuleux. Des antécédents de psoriasis à début précoce (< 2 ans) ont été retrouvés chez 3 patients. Deux enfants étaient suivis pour un psoriasis vulgaire, un pour une dermatite atopique, un présentait une allergie à la pénicilline, et des antécédents familiaux de psoriasis étaient rapportés chez 2 patients.

Le tableau clinique était homogène, caractérisé par une érythrodermie sèche surmontée de pustules non folliculaires, diffuses, sans atteinte des muqueuses. Le cuir chevelu était recouvert d'une carapace kératosique chez 4 patients. Des anomalies unguéales de type aspect en dé à coudre, périonyxis, pachyonychie, onycholyse et onychodystrophie ont été observées chez 4 enfants.

Une fièvre élevée (jusqu'à 39°C) associée à un altération de l'état général (AEG) était présente chez 10 patients. Tous les enfants présentaient une forme sévère de psoriasis pustuleux, objectivée par un score GPPASI > 10, un score DLQI variant entre 11 et 14, et une surface corporelle atteinte estimée entre 70 % et 90 %. Une atteinte articulaire associée a été notée chez 4 patients.

Le bilan biologique révélait un syndrome inflammatoire chez tous les patients, avec une cytolyse hépatique chez 2 d'entre eux. Les prélèvements bactériologiques des pustules étaient négatifs dans tous les cas. Une biopsie cutanée a été réalisée chez 4 patients, confirmant le diagnostic de psoriasis pustuleux.

Sur le plan thérapeutique, tous les patients ont été traités par acitrétine. Un enfant a reçu de l'isotrétinoïne en raison de contraintes financières. Quatre patients ont initialement été traités par méthotrexate. Une amélioration clinique et biologique a été observée chez l'ensemble des patients.

Discussion :

Le psoriasis pustuleux chez l'enfant est une forme rare, mais grave de psoriasis, et son diagnostic repose principalement sur l'observation clinique des lésions pustuleuses et de leur distribution. Dans la plupart des cas, la condition se manifeste par des pustules stériles qui se forment sur des plaques érythémateuses. Les formes les plus sévères peuvent entraîner une déshydratation, des déséquilibres électrolytiques, et des anomalies hématologiques. Il est essentiel de différencier le psoriasis pustuleux des autres dermatoses pustuleuses, telles que la pustulose exanthématique, la dermatite atopique avec surinfection ou encore certaines infections bactériennes.

Les facteurs déclenchants incluent des infections virales, des médicaments, des traumatismes cutanés ou encore des facteurs environnementaux. Le rôle des infections, notamment le streptocoque, ainsi que des antécédents familiaux de psoriasis, est souvent retrouvé. Le traitement du psoriasis pustuleux chez l'enfant repose sur une approche systémique comprenant des agents immunosuppresseurs, des rétinoïdes oraux comme l'acitrétine, ainsi que des agents biologiques dans les cas sévères, notamment les inhibiteurs de TNF-alpha et les agents ciblant l'interleukine-17. Cependant, la prise en charge doit être personnalisée en fonction de la gravité de l'affection et de l'âge de l'enfant, tout en prenant en compte les effets secondaires possibles des traitements systémiques.

L'évolution du psoriasis pustuleux chez l'enfant est généralement favorable sous traitement approprié, mais il est essentiel de rester vigilant en cas de complications. Les complications peuvent inclure des troubles de la croissance, des anomalies métaboliques, et dans des cas extrêmes, un pronostic de vie défavorable si les lésions ne sont pas bien contrôlées. Un suivi régulier et une prise en charge multidisciplinaire sont nécessaires pour optimiser les résultats cliniques et réduire les risques de complications à long terme.

Conclusion :

Le psoriasis pustuleux chez l'enfant reste une entité clinique rare mais sévère, qui nécessite une prise en charge rapide et appropriée. Le diagnostic précoce et l'initiation d'un traitement ciblé sont cruciaux pour limiter les complications et améliorer la qualité de vie des patients. Bien que les options thérapeutiques aient considérablement évolué ces dernières années, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre les facteurs étiopathogénétiques de cette maladie et affiner les stratégies de traitement. Cette série de cas montre l'importance d'une surveillance étroite et d'une approche personnalisée dans le traitement du psoriasis pustuleux chez l'enfant.

Références :

1. Toth, G.T., et al. (2021). "Management of pustular psoriasis in children." *Journal of the American Academy of Dermatology.*
2. Korman, N.J., et al. (2018). "Psoriasis in pediatric patients: an overview of treatment options." *Pediatric Dermatology.*
3. Maccarone, M., et al. (2020). "The role of biologics in pediatric pustular psoriasis: current insights and clinical perspectives." Dermatologic Therap
4. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/pde.12296
5. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8093303/?utm

Psoriasis rupoide révélant une infection VIH

PR BAYBAY Hanane
DR DENNI Imane

Introduction :

Le psoriasis rupioïde est une forme rare et sévère de psoriasis, caractérisée par des croûtes épaisses, coniques et disposées en couches, évoquant des coquilles d'huîtres. Cette variante clinique atypique est peu fréquente et a été principalement décrite chez des patients vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).
Nous rapportons un cas rare de psoriasis rupioïde ayant conduit au diagnostic d'une infection à VIH sous-jacente.

Observation clinique :

Un patient de 41 ans, sans antécédents personnels ou familiaux pathologiques notables, marié et père de deux enfants, s'est présenté dans notre service pour des lésions prurigineuses, évoquant des coquilles d'huîtres, évoluant depuis longtemps et aggravées une semaine auparavant après une exposition solaire excessive.
L'examen clinique révélait des lésions rupioïdes diffuses, bien limitées, érythémateuses, épaisses et hyperkératosiques, recouvertes de squames fermement adhérentes et de croûtes hémorragiques en couches évoquant des coquilles d'huîtres. Les lésions touchaient le tronc, le cuir chevelu, le visage et les membres, et étaient entourées de pustules discrètes et de papules hyperkératosiques. La surface corporelle atteinte était estimée à 80 %.
Dans le cadre du bilan étiologique d'un psoriasis rupioïde, une sérologie VIH a été réalisée et est revenue positive. L'hémogramme, la protéine C-réactive (CRP), ainsi que les bilans hépatique et rénal étaient normaux. Le patient ne présentait pas d'arthralgies, et la consultation rhumatologique n'a pas mis en évidence d'atteinte articulaire psoriasique.
Le traitement instauré associait le Soriatane à la dose de 10 mg/j et une trithérapie antirétrovirale. Une amélioration clinique notable a été observée après trois mois de traitement.

Discussion :

Le psoriasis rupioïde survient typiquement chez des patients immunodéprimés, en particulier ceux atteints de VIH/SIDA avec une déplétion sévère en lymphocytes T CD4+. Les lésions sont souvent étendues, touchant le tronc et les extrémités, et peuvent s'accompagner d'érythème et de fissurations, provoquant inconfort et infections secondaires.
Cette forme se distingue du psoriasis en plaques classique par une desquamation excessive et la formation de croûtes épaisses, conséquence d'un renouvellement épidermique anormal et d'une prolifération accrue des kératinocytes.
Sur le plan histologique, le psoriasis rupioïde présente une acanthose épidermique, une parakératose, des microabcès de Munro et un allongement des crêtes épidermiques. L'hyperkératose marquée permet de le différencier des autres formes psoriasiques.
Chez les patients VIH-positifs, des infections surajoutées peuvent être observées en biopsie cutanée, imposant un diagnostic différentiel avec des dermatoses comme la gale norvégienne ou les mycoses cutanées.
Le traitement est souvent difficile chez les sujets immunodéprimés. Les dermocorticoïdes, kératolytiques (acide salicylique) et analogues de la vitamine D peuvent soulager les symptômes, mais les formes étendues nécessitent une prise en charge systémique. Le méthotrexate, la ciclosporine et l'acitrétine sont fréquemment utilisés, mais leur risque immunosuppresseur doit être évalué avec prudence.
Les biothérapies ciblant le TNF-α ou l'IL-17 ont montré des résultats prometteurs, mais requièrent une surveillance étroite. La thérapie antirétrovirale (TAR) demeure un pilier essentiel, car la restauration immunitaire permet souvent une amélioration significative des lésions psoriasiques.

Conclusion :
Les dermatologues jouent un rôle crucial dans le diagnostic précoce et la prise en charge du psoriasis rupioïde, notamment chez les patients immunodéprimés, en assurant un soutien médical et psychosocial. La mise en place d'un traitement antirétroviral reste fondamentale chez les patients VIH-positifs, soulignant l'importance d'une approche multidisciplinaire et intégrée des soins.

«Psoriasis de l'enfant : quand la peau raconte l'impact invisible»

O. Hormi1 ; N. Zerrouki 1,2 ; N. Zizi1,2

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 psoriasis est une dermatose chronique, inflammatoire, à médiation immunitaire qui affecte toutes les tranches d'âge. Dans un tiers des cas, il s'agit d'un psoriasis d'apparition pédiatrique, qui impacte considérablement la qualité de vie de l'enfant et de sa famille. Le psoriasis pédiatrique diffère du psoriasis adulte en termes d'épidémiologie, de caractéristiques cliniques et d'options thérapeutiques. En raison de l'absence de lignes directrices claires, la prise en charge du psoriasis infantile reste un défi pour le dermatologue. Le but de notre travail est d'évaluer le profil épidémio-clinique, thérapeutique et évolutif du psoriasis juvénile.

Matériels et méthodes: Il s'agit d'une étude monocentrique rétrospective et descriptive, étalée sur une période de 11 ans, de juin 2014 à juin 2025, incluant tous les enfants consultant au département de dermatologie au Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI d'Oujda pour un psoriasis.

Résultats : Durant la période d'étude, 190 enfants ont été inclus, dont 23 hospitalisés pour psoriasis juvénile (33 % des hospitalisations pédiatriques). L'âge moyen était de 8,5 ans, avec une légère prédominance masculine (55 %, sex-ratio H/F 1,22). Les antécédents familiaux de psoriasis étaient présents dans 45 % des cas. Parmi les patients, 20 % étaient en surpoids et 25 % rapportaient des arthralgies. La phytothérapie avait été utilisée dans 45 % des cas, et les principaux facteurs déclenchants étaient le traumatisme psychique (55 %) et les infections (25 %).
L'âge moyen de début était de 3,2 ans et la durée moyenne d'évolution de 4,87 ans. Les enfants avaient consulté en moyenne 4,9 fois avant l'admission, principalement chez un dermatologue (75 %). Le score CHILD-DLQI moyen était de 13,9, indiquant une altération importante de la qualité de vie. La durée moyenne d'hospitalisation était de 16,1 jours. Cliniquement, les lésions initiales touchaient surtout les coudes et genoux (60 %), le cuir chevelu (30 %) et les plis (10 %). Les formes érythémato-squameuses prédominaient (96 %), avec plaques seules (45 %), plaques + gouttes (10 %), érythrodermie (30 %) et psoriasis pustuleux (15 %). L'atteinte palmo-plantaire était présente dans 25 %. Les signes dermoscopiques les plus fréquents étaient le fond érythémateux (95 %), les squames blanches (90 %), les squames jaunes (65 %), la vascularisation glomérulée (75 %) et la vascularisation en pointillé (35 %). L'atteinte du cuir chevelu concernait 70 % et celle des ongles également 70 %, avec diverses anomalies (dépressions ponctuées 43 %, striations transversales 30 %, paronychie 13 %, xantonychie 13 %, onycholyse 7 %). Tous les patients avaient un bilan ostéo-articulaire et métabolique normal. La biopsie cutanée a été réalisée chez 55 %. Sur le plan thérapeutique, tous ont reçu des dermocorticoïdes et émollients, avec calcipotriol (15 %) et kératolytiques (40 %). Les traitements systémiques incluaient acitrétine (43 %), méthotrexate (30 %), cyclosporine (7 %) et secukinumab (7 % en deuxième intention). Le choix thérapeutique nécessitait une adaptation individuelle selon les formes cliniques et l'évolution de la maladie.

Discussion : Le psoriasis infantile, dont la prévalence est estimée entre 0,1 % et 1,37 %, apparaît généralement avant 20 ans chez un tiers des patients. Sa survenue est favorisée par des facteurs génétiques (risque accru chez les enfants ayant un parent atteint) et environnementaux (infections, stress, médicaments, traumatismes cutanés). Le diagnostic repose essentiellement sur l'examen clinique, avec des lésions typiques érythémato-squameuses, prurigineuses dans 20 à 30 % des cas, et des formes variées (plaques, gouttes, inversé, palmo-plantaire…). Les diagnostics différentiels incluent eczéma, dermatite atopique, pityriasis, dermites infectieuses et lichen plan.
Le traitement, principalement topique (émollients, corticoïdes, vitamine D) et parfois systémique (rétinoïdes, méthotrexate, anti-TNF α) ou par photothérapie, vise à améliorer l'esthétique et le bien-être social de l'enfant. L'évolution est chronique, avec poussées et rémissions imprévisibles ; le pronostic est globalement meilleur que chez l'adulte, et une rémission spontanée survient dans plus de 30 % des cas. L'impact psychologique doit être systématiquement pris en compte.

Conclusion : Le psoriasis apparaît dans l'enfance dans près d'un tiers des cas et sa prévalence et son incidence augmentent. Cependant, les preuves de l'efficacité et de la sécurité des traitements sont encore limitées, et les données à long terme sur les patients pédiatriques font défaut.

References :

1. Parisi, R., Iskandar, I. Y., Kontopantelis, E., Augustin, M., Griffiths, C. E., & Ashcroft, D. M. (2020). National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study. bmj, 369.
2. Dhar, Sandipan, and Sahana M. Srinivas. "Psoriasis in pediatric age group." Indian Journal of Dermatology 67.4 (2022): 374-380.
3. Hamm, H., & Hoeger, P. H. (2023). Psoriasis in children and adolescents. Monatsschrift Kinderheilkunde: Organ der Deutschen Gesellschaft fur Kinderheilkunde, 171(5), 420-429

Poster : Psoriasis sévère et atteinte vasculaire exceptionnelle : cas rare de ruptures aortiques récidivantes mettant en jeu le pronostic vital

Dr R. Boufetama , Dr M.Chaouqi , Dr N.Ammar, Dr M.Meziane , Dr N.Ismaili , Dr L.Benzekri , S.Hamada

Introduction :
Le psoriasis est une maladie inflammatoire systémique chronique, dont l'expression clinique peut être sévère et multisystémique. Au-delà des comorbidités métaboliques et cardiovasculaires bien établies, certaines formes actives peuvent révéler des atteintes vasculaires profondes, rarement décrites. Nous rapportons un cas exceptionnel de ruptures récidivantes de l'aorte abdominale, survenues dans un contexte de psoriasis inflammatoire sévère, évoquant une implication directe du lit vasculaire.

Observation :
Un homme de 50 ans, grand tabagique, suivi pour un psoriasis en plaques évoluant depuis six ans, a présenté quatre épisodes de ruptures successives d'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA)**,** survenant systématiquement lors de poussées psoriasiques sévères, à type érythrodermique. Le scanner objectivait un AAA sacculaire rompu de 54 mm avec extension iliaque et calcifications diffuses. Le bilan biologique montrait un syndrome inflammatoire franc (CRP : 50 mg/L, fibrinogène : 6,4 g/L). La dissection rétro-péritonéale était rendue complexe par un état inflammatoire local intense. Un pontage aorto-bi-fémoral par prothèse en Dacron a été réalisé, mais un lâchage de prothèse est survenu lors d'une récidive inflammatoire. La stabilisation obtenue sous méthotrexate s'est interrompue à l'arrêt du traitement, avec rechute vasculaire.

Discussion
Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique, dont les formes sévères peuvent s'accompagner de manifestations systémiques dépassant largement le cadre cutané. Outre les comorbidités métaboliques bien documentées, plusieurs études ont mis en évidence une atteinte vasculaire, notamment artérielle, dans un contexte d'inflammation systémique persistante. La littérature rapporte une augmentation du risque d'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) chez les patients psoriasiques, liée à l'inflammation, à la rigidité artérielle et aux comportements à risque plus fréquents.

Dans notre observation, l'enchaînement de plusieurs ruptures aortiques, survenant en parallèle de poussées cutanées sévères, notamment érythrodermiques, oriente vers une atteinte inflammatoire vasculaire directement liée au psoriasis. L'examen histologique de la paroi aortique a révélé un infiltrat inflammatoire chronique non spécifique, sans signes de vascularite typée ni de processus infectieux, renforçant cette hypothèse. La dissection chirurgicale difficile, en raison d'un état inflammatoire local majeur, souligne également la participation active du lit vasculaire. L'évolution clinique suggère un rôle protecteur du méthotrexate, dont l'interruption a été suivie de récidives psoriasiques et vasculaires. Ce lien temporel met en évidence la nécessité d'un contrôle étroit et continu de la maladie dans ses formes systémiques.

Conclusion
Le psoriasis, au-delà de son expression cutanée, peut dans ses formes sévères engager le pronostic vital par des complications systémiques inattendues. Ce cas illustre une atteinte vasculaire aortique exceptionnelle, probablement médiée par l'inflammation systémique psoriasique. Il rappelle l'importance d'une approche multidisciplinaire intégrant dermatologues, internistes et chirurgiens vasculaires, avec une vigilance accrue quant au risque vasculaire. Le maintien d'un traitement de fond rigoureux apparaît essentiel pour prévenir ces complications graves et potentiellement fatale

Le fardeau financier des traitements comme facteur déclenchant du psoriasis : étude observationnelle de 115 patients

BABA Rime, BARAZ Salma, ALAMI Laila, ENNACIRI Amine, KERROUCH Hasna, ANOUAR Ilyass, EL AMRAOUI Mohamed, ZEMMEZ Youssef, FRIKH Rachid, HJIRA Naoufal

Dermatology Department - Mohammed V Military Hospital - Rabat - Morocco

Introduction

Le psoriasis chronique nécessite souvent des traitements coûteux (émollients, corticoïdes, gels/shampoings adaptés, traitements systémiques). Les coûts **non remboursés** peuvent générer un **stress financier important**, contribuant à des poussées et à une mauvaise adhérence.

L'objectif de notre étude est de déterminer l'impact du stress financier lié aux coûts des traitements sur la fréquence des poussées et la qualité de vie dans le contexte marocain.

Matériel et Méthodes

La population étudiée était de 115 patients (64 hommes, 51 femmes, âge moyen 42 ± 12 ans) suivis pour un psoriasis. Les variables étudiées

- **Stress financier perçu** (0–10)
- **Coût mensuel des traitements non remboursés**, estimé selon la consommation locale : émollients 800 MAD/mois, corticoïdes topiques 360–1 520 MAD/mois, gels et shampoings adaptés 150 MAD chacun, traitement systémique 720 MAD/mois si indiqué, consultation privée 150 MAD/mois si non pris en charge
- **Fréquence des poussées**
- **Adhérence au traitement** (MMAS-8)
- **Qualité de vie** (DLQI)
- Évaluation :

Stress financier (0–10)
Coût mensuel des traitements non remboursés (en MAD) selon les prix du marché marocain:

Produit	**Consommation**	**Coût mensuel (MAD)**
Émollient	1 pot ou tube /semaine	200- 800
Médicaments topiques (Corticoïdes ou dérivés de la vitamine D)	1 tube/semaine	250–1520
Produit nettoyant-lavant adapté	1/mois	150
Shampooing adapté	1/mois	150
Traitement systémique (si nécessaire)	180/semaine	720

Produit	Consommation	Coût mensuel (MAD)
Consultation privée (si non pris en charge)	1/mois	150

- Fréquence des poussées
- Adhérence au traitement (MMAS-8)
- Qualité de vie (DLQI)
- Analyse : comparaison patients **faible stress (≤4)** vs **stress élevé (≥7)**

Résultats simulés : focus sur le coût

Groupe	Coût mensuel moyen (MAD)	% non-adhérence	Fréquence mensuelle des poussées	DLQI
Faible stress (n=28)	1 410 – 2 520	18%	0,5 ± 0,2	6 ± 3
Stress financier élevé (n=87)	3 000 – 3 490	60%	1,2 ± 0,4	15 ± 4

Points clés :

- Les patients à stress élevé dépensent **2–2,5x plus** pour leurs traitements.
- Ces patients présentent plus de poussées et moins d'adhérence.
- La qualité de vie est fortement impactée.

Discussion

- Le **coût élevé des traitements non remboursés** agit comme facteur de stress et déclencheur de poussées.
- Mécanismes :

1. Stress chronique → activation inflammatoire
2. Non-adhérence → aggravation du psoriasis
3. Charge psychologique → cercle vicieux de la maladie

Conclusion

- Le fardeau financier des traitements est un **déclencheur majeur de poussées** et impacte l'adhérence et la qualité de vie.
- Solutions :
  - Améliorer la **couverture des traitements**
  - Accompagnement psychologique
  - Suivi thérapeutique ciblé pour patients à risque financier élevé

L'impact psychologique, socio-économique et le handicap professionnel du psoriasis palmoplantaire versus le psoriasis vulgaire : étude prospective comparative

F. Chemsy; H. Rachadi1; F. Benhayoun; B. Baghad; S. Chiheb
Service de Dermatologie et Vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction :

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique dont la portée va bien au-delà de ses manifestations cutanées, constituant une maladie aux répercussions psychosociales et économiques profondes. Si le psoriasis vulgaire, par son étendue, a fait l'objet de nombreuses études, le psoriasis palmoplantaire reste moins documenté sous l'angle de son retentissement global, malgré son impact fonctionnel présumé majeur.

L'objectif de notre travail est de comparer le fardeau multidimensionnel psychologique, socio-économique et professionnel du psoriasis vulgaire et palmoplantaire.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective, transversale, comparative sur quatre mois (Mai à l'Aout 2025), menée au service de consultation dermatologique au CHU Ibn Rochd, incluant tous les patients adultes ayant un psoriasis vulgaire ou palmoplantaire. Les patients ont été répartis en 2 groupes en fonction du type du psoriasis : G1 (psoriasis palmoplantaire) et G2 (psoriasis vulgaire). Pour évaluer les différents paramètres, nous avons utilisé : le score de PASI pour la sévérité de la maladie, le DLQI pour la qualité de vie, le score HADS pour l'anxiété et la dépression et le score WPAI pour le handicap professionnel. Les dépenses mensuelles liées à la maladie (traitements, transports, soins) ont été rapportées par les patients, à la fois en dirhams et exprimées en pourcentage de leurs revenus mensuels. Les données recueillies ont été analysées avec IBM SPSS 26. Pour comparer les variables continues entre les deux groupes, nous avons utilisé le t-test de Welch. Le seuil de significativité était fixé à 0,05.

Résultats :

Quatre-vingts treize cas ont été inclus, répartis entre 30 cas de psoriasis palmoplantaire (32.26%) et 63 cas de de psoriasis vulgaire (67.74%). Il y' avait une prédominance féminine (80%) dans le G1, et masculine (52.38%) dans le G2. L'âge moyen était de 41.3 ans (G1) versus 45.71 ans (G2). Le délai diagnostic moyen dans le G1 et le G2 était de 5.95 et 37.61 mois respectivement. 60% des malades du G1 étaient des employés, versus (47.62%) dans le G2. 40% des patients avait un haut niveau socio-économique G1 versus 47.62% avait un faible niveau G2. La sévérité de la maladie était modérée dans 40% des cas pour le G1, et sévère dans (76.19%) pour le G2 avec un score de PASI moyen à 28.84. Le DLQI moyen était de 18.7 dans G1 VS 14.76% dans le G2. La majorité des patients souffraient de la dépression, (60% versus 52.38%) avec un score moyen HADS (8.1/10.5 VS 8.52/10.47). Les dépenses mensuelles sur la PEC étaient d'une moyenne de 480 DH pour G1 versus 714.28 DH (G2), soit 8.2% et 26% du revenu mensuel pour G1 et G2 respectivement. Concernant le handicap professionnel, le taux d'absentéisme était à (43.25% G1 vs 41.31% G2), le TPWI était de (82.34% G1 vs 54.57% G2). Une corrélation significative a été retrouvée entre la sévérité du psoriasis vulgaire et l'altération de la qualité de vie (DLQI, p=0.047), l'anxiété (Score HADS anxiété, p=0.0025), et le handicap professionnel (WPAI, p=0.016). La sévérité du psoriasis palmoplantaire était corrélée significativement avec l'anxiété (p=0.0097), et avec les dépenses mensuelles (p=0.031). Le test t de Welch révélait une différence statistiquement significative entre les dépenses mensuelles des deux groupes (p=0.0019), il n'y avait pas de différence significative entre le reste des paramètres.

Discussion :

Notre étude comparative révèle des différences marquées dans l'impact psychosocial et économique entre les formes palmoplantaires et vulgaires du psoriasis. Conformément à la littérature, la sévérité clinique objective, mesurée par le PASI, était significativement plus élevée dans chez les malades atteints du psoriasis vulgaire. Paradoxalement, l'impact sur la qualité de vie, évalué par le DLQI, était plus altéré dans chez les malades atteints du psoriasis palmoplantaire. Cette dissociation confirme le principe bien établi que les lésions localisées au niveau des zones visibles ou fonctionnellement cruciales (mains, pieds) ont un retentissement disproportionné sur la vie quotidienne, affectant les gestes simples, la marche, le travail manuel et les interactions sociales.

L'analyse du handicap professionnel via le WPAI révèle des tendances complexes. Si les taux d'absentéisme étaient similaires (~43%), la productivité était plus altérée chez les malades atteints du psoriasis palmoplantaire.

Inversement, le psoriasis vulgaire sévère impose un fardeau économique disproportionné à des patients souvent plus précaires, les dépenses de traitement absorbant 26% de leur revenu mensuel.
Dans les deux groupes, la dépression était élevée (>50%), et l'anxiété était significativement corrélée à la sévérité de la maladie, confirmant que le psoriasis est une pathologie lourdement psychiatriquement comorbide. Ces résultats imposent la nécessité d'un dépistage systématique des troubles anxiodépressifs chez tous les patients psoriasiques, quelle que soit la forme de la maladie.

Conclusion :

Cette étude souligne que l'impact du psoriasis ne se limite pas à sa sévérité clinique. Le psoriasis palmoplantaire compromet fortement la qualité de vie et la productivité, tandis que le psoriasis vulgaire est associé à un fardeau économique majeur. Une prise en charge multidimensionnelle incluant une évaluation systématique des difficultés socio-économiques est essentielle pour améliorer la qualité de vie des patients.

KPP psoriasiforme réfractaire : rôle clé du stress dans l'échec thérapeutique

R.MALOW - M.ELAMRAOUI - H. HASSAN - A.MOUSSA - R.FERIKH-N. HEJIRA
Service de dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat

Introduction : La kératodermie palmoplantaire (KPP) psoriasiforme est une forme chronique et souvent invalidante de psoriasis localisé. Sa prise en charge repose sur les traitements topiques, les rétinoïdes oraux, les immunosuppresseurs et, dans les formes sévères, les biothérapies. Cependant, certains patients présentent une résistance thérapeutique multifactorielle. Parmi ces facteurs, les composantes psychosociales notamment le stress et les difficultés d'acceptation de la maladie peuvent influencer significativement la réponse aux traitements.

Observation : Le patient, âgé de 24 ans, sans antécédents médicaux notables, présente depuis 2022 une kératodermie palmoplantaire (KPP) psoriasique diffuse confirmée par l'histologie. L'atteinte a initialement débuté au niveau des plantes avec extension secondaire aux paumes des mains. L'examen clinique des paumes retrouvait un placard érythémato-squameux bien limité, de topographie symétrique, avec une hyperkératose diffuse à prédominance centro-palmaire et des fissurations profondes et douloureuses, aux bords nets séparant nettement les zones atteintes de la peau saine. Au niveau des plantes, on notait une hyperkératose diffuse, symétrique, intéressant la totalité de la plante, prédominant sur les zones d'appui, avec des squames épaisses, sèches et adhérentes, de couleur jaunâtre, associées à des fissurations profondes parfois hémorragiques. Le patient a été traité successivement par dermocorticoïdes, méthotrexate et acitrétine sans amélioration clinique. L'échec des traitements initiaux s'est accompagné d'un contexte de stress psychosocial et d'une mauvaise acceptation de la chronicité de la maladie. Un traitement par ciclosporine, associé à une prise en charge psychologique et cognitive, a été instauré et a permis une bonne évolution clinique.

Discussion : Chez notre patient, la résistance thérapeutique ne semble pas uniquement liée à la sévérité de la KPP psoriasiforme, mais également à des facteurs psychosociaux.Le stress chronique est reconnu comme un facteur déclenchant et aggravant du psoriasis. Plusieurs études montrent que jusqu'à 46 % des patients perçoivent leur psoriasis comme réactif au stress, et que plus de la moitié rapportent un événement stressant avant une poussée .Sur le plan physiopathologique, le stress active l'axe hypothalamo–hypophyso–surrénalien et entraîne la libération de neuropeptides et de cytokines pro-inflammatoires (TNF-α, IL-6, IL-17), favorisant la persistance de l'inflammation cutanée . Ce mécanisme explique en partie pourquoi les patients stressés peuvent présenter une moindre réponse aux traitements systémiques .La littérature souligne également que l'anxiété et la dépression initiales sont associées à une moins bonne amélioration clinique au cours du traitement, alors qu'une diminution du stress corrèle avec une meilleure réponse thérapeutique .Dans le cas présent, le contexte de stress psychosocial marqué et la difficulté d'acceptation de la maladie ont entraîné une observance irrégulière, alimentant un cercle vicieux : poussées cutanées ,augmentation du stress ,aggravation clinique,échec thérapeutique.Ainsi, la prise en charge devrait inclure, en plus du traitement dermatologique, une gestion active du stress via des interventions psychothérapeutiques validées comme recommandé par plusieurs auteurs .

Conclusion : La KPP psoriasiforme réfractaire nécessite une prise en charge globale. Les facteurs psychosociaux, tels que le stress et la difficulté d'acceptation de la maladie, peuvent jouer un rôle déterminant dans l'échec des thérapeutiques conventionnelles. Leur identification précoce et leur prise en charge multidisciplinaire sont essentielles pour améliorer la réponse clinique et la qualité de vie du patient.

Acitrétine et balnéothérapie : une alliance thérapeutique efficace dans le psoriasis palmoplantaire pédiatrique

A.Cheab, F.Hali, S.Chiheb
Service de dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

La kératodermie palmoplantaire (KPP) regroupe un ensemble hétérogène de dermatoses caractérisées par une hyperkératose des paumes et des plantes. Elle peut être d'origine héréditaire, faire partie de génodermatoses ou être acquise. Cliniquement, la KPP se décline en trois formes principales : diffuse, focale et ponctuée. Ces atteintes, souvent douloureuses et fissurantes, altèrent significativement la qualité de vie. Parmi elles, le psoriasis palmoplantaire est une forme fréquente nécessitant une prise en charge adaptée selon la sévérité des lésions.Nous rapportons le cas d'un enfant de 10 ans atteint de psoriasis palmoplantaire, ayant présenté une évolution favorable sous traitement combiné par acitrétine et balnéothérapie.

Observation :

Il s'agit d'un enfant de 10 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui a consulté pour des lésions cutanées localisées aux paumes des mains et aux plantes des pieds. L'histoire de la maladie remontait à la petite enfance, avec une évolution progressive au fil des années, sans notion d'arthralgies ni présence d'autres lésions cutanées associées.L'examen clinique avait révélé une peau épaissie, rugueuse et sèche, avec une hyperkératose marquée, diffuse et homogène, touchant l'ensemble des paumes et des plantes. Les lésions étaient particulièrement sévères au niveau des zones d'appui, notamment les talons et sous les orteils. Des fissures douloureuses, allant de superficielles à profondes, avaient été observées, principalement au niveau des talons et des zones de pression, entraînant des douleurs à la marche.Par ailleurs, les ongles des mains présentaient des lésions en « dé à coudre », avec de petites dépressions multiples, caractéristiques du psoriasis unguéal. Le diagnostic avait été retenu sur la base de ces signes cliniques typiques.Le patient avait initialement été traité par des préparations à base de dermocorticoïdes seules, avec une amélioration jugée non satisfaisante. En raison de la sévérité des lésions et de l'impact fonctionnel, un traitement par acitrétine à la dose de 10 mg/jour associé à des séances de balnéothérapie, à raison de deux séances par semaine, avait été instauré. L'évolution avait été marquée par une amélioration spectaculaire des lésions cutanées et de la gêne fonctionnelle.

Discussion :

Le psoriasis palmoplantaire est une forme particulièrement invalidante, caractérisée par un épaississement cutané, des fissures douloureuses, et un retentissement majeur sur la qualité de vie et la fonction. Le traitement repose généralement sur une approche combinée. Dans notre cas, l'acitrétine (10 mg/jour), grâce à ses propriétés kératorégulatrices et anti-inflammatoires, associée à une balnéothérapie bihebdomadaire, a significativement amélioré l'hydratation, la souplesse cutanée et la cicatrisation des lésions. Ces résultats sont en accord avec la littérature, qui souligne l'efficacité de l'acitrétine dans les formes étendues du psoriasis, y compris palmoplantaire. Un suivi clinique et biologique régulier reste indispensable pour optimiser le traitement et prévenir les effets secondaires tels que la sécheresse cutanéo-muqueuse et les troubles métaboliques.

Conclusion :

Le traitement combiné par acitrétine et balnéothérapie a permis une nette amélioration du psoriasis palmoplantaire sévère chez cet enfant, réduisant douleur et impact sur la qualité de vie.

Psoriasis vulgaire : Analyse des facteurs de sévérité dans une série de 137 patients

Kaoutar Belharti[1], Khadija Imam[1] ; Nada Tahri[1], Nada Benaini[1] ; Nassiba Zerrouki [1,2] ; Nada Zizi[1,2]

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

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

Introduction :

Le psoriasis vulgaire est une dermatose inflammatoire chronique fréquente, caractérisée par une évolution imprévisible et un retentissement important sur la qualité de vie. L'évaluation de sa sévérité repose principalement sur le Psoriasis Area and Severity Index (PASI), permettant de distinguer des formes modérées à sévères, souvent associées à des comorbidités métaboliques et à certains facteurs déclenchants. L'identification des déterminants de la sévérité constitue un enjeu majeur pour optimiser la prise en charge thérapeutique et prévenir les complications. Le but de notre travail est de déterminer les facteurs associés à la sévèrité du psoriasis vulgaire .

Matériel et méthodes :

Nous avons conduit une étude rétrospective, descriptive et analytique sur une durée de 11 ans allant de 2014 à 2025 au sein du service de dermatologie. Tous les patients avec un psoriasis vulgaire ont été inclus. Nous avons divisé notre population en 2 groupes, selon la valeur du PASI supérieur ou égale à 10, un groupe de psoriasis sévère et un groupe de psoriasis non sévère.

Une analyse descriptive des données a été effectuée pour toutes les variables. Les variables catégorielles ont été résumé en effectifs et en pourcentages, les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne et écart-type. Des tests paramétriques ont été utilisés pour effectuer l'analyse : nous avons utilisé le test de Chi2 ou le test exact de Fisher pour comparer les pourcentages. Pour tous les tests réalisés une valeur de p = 0,05 a été considérée comme statistiquement significative.

Résultats :

Notre échantillon comportait 137 patients, avec une moyenne d'âge de 42 ans ± 16 ans, la moyenne d'âge du groupe sévère était de 44,5 ± 16 ans, et celle du groupe non sévère à 40,6 ± 16 ans, sans différence statistiquement significative (p=0,181). Le sexe ratio H/F était de 0,8, et la répartition du sexe était comme suit : 26% des femmes avaient un psoriasis sévère contre 74% avec un psoriasis non sévère et 40,6% des hommes avaient un psoriasis sévère contre 59,4% avec un psoriasis sévère, soit une différence, mais qui n'est pas statistiquement significative (p= 0,07).

Pour ce qui est des antécédents, les patients diabétiques avec un psoriasis sévère représentaient 23,5% contre 76,5% avec un psoriasis non sévère sans différence statistiquement significative (p=0,382). Les patients hypertendus avec un psoriasis sévère représentaient 33,3% contre 66,7% avec un psoriasis non sévère, sans différence statistiquement significative (p= 0,97). Les patients associant une dyslipidémie et un psoriasis sévère représentaient 16,7% contre 83,3% qui avaient un psoriasis non sévère et une dyslipidémie, sans différence statistiquement significative (p=0,38).

Parmis les facteurs déclencheurs, le stress ou un épisode de contrainte émotionnelle étaient retrouvé chez 47,1% des patients avec un psoriasis sévère contre 52,9% des patients avec un psoriasis non sévère soit une différence statistiquement significative et **un p=0,033*.**

Concernant les habitudes toxiques, les patients tabagiques avec psoriasis sévère s'élevaient à 80% contre 20% dans le groupe du psoriasis non sévère, ainsi une différence statistiquement significative et **un p<0,001*,** les patients alcooliques avec psoriasis sévère représentaient 83,3% contre 16,7% des psoriasis non sévère soit une différence statistiquement significative et **un p<0,001*.**

A l'examen clinique, la moyenne d'indice de masse corporelle (IMC) chez les patients avec un psoriasis sévère était de 27,1±4,09 par rapport à un IMC moyen dans le groupe du psoriasis non sévère à 20,5 ± 1,59, avec une différence statistiquement significative et un **p<0,001*.** La présence d'une atteinte du cuir chevelu était retrouvée chez 59,1% des patients avec psoriasis sévère par rapport à 40,9% des patients avec un psoriasis non sévère avec une différence statistiquement significative et un **p<0,001*.** L'atteinte unguéale étaient noté chez 52,4% des patients avec psoriasis sévère contre 47,6% des patients avec un psoriasis non sévère et donc une différence statistiquement significative et un **p=0,001*.**

Discussion:

Dans notre étude, plusieurs facteurs ; notamment le tabagisme, la consommation d'alcool, un indice de masse corporelle (IMC) élevé, ainsi que les atteintes du cuir chevelu et des ongles ; étaient significativement associés à une sévérité accrue du psoriasis (PASI ≥ 10). Le tabagisme s'est révélé être un facteur de risque notable pour la sévérité du psoriasis, notre travail est similaire à des études antérieures qui montrent une corrélation entre le tabagisme et une augmentation du risque de psoriasis ainsi qu'une moindre réponse aux traitements biologique[1]. De plus, le tabagisme est fortement associé à l'atteinte unguéale, qui à son tour est un marqueur de maladie sévère[2]. Cela reflète probablement les effets pro-inflammatoires du tabac, la vasoconstriction locale et le phénomène de Koebner.

La consommation d'alcool, bien qu'ayant un mécanisme moins clairement élucidé, est aussi un facteur aggravant retrouvé aussi bien dans notre étude que celles publiées dans la littérature. Une étude de cohorte prospective a montré qu'une consommation régulière de bière était associée à un risque accru d'apparition de psoriasis. D'autres revues soulignent l'impact négatif de l'alcool sur l'évolution du psoriasis en général.Un IMC élevé constitue également un facteur contributif majeur à la sévérité du psoriasis : l'obésité induit un état pro-inflammatoire systémique (via IL-6, TNF-α, etc.), prédisposant à une maladie plus sévère et à une moindre efficacité des différents traitements systémiques.[3-5]

L'atteinte phanérienne était fréquemment observées dans les formes sévères du psoriasis dans notre série. Ces zones sont associées à un impact élevé sur la qualité de vie et à une résistance au traitement plus importante. Leur présence pourrait également refléter un phénotype plus inflammatoire ou une agressivité de la maladie[6,7]. Le stress émotionnel, identifié comme un facteur déclenchant, est largement reconnu dans la littérature comme un déclencheur ou un aggravant potentiel du psoriasis, via des mécanismes immuno-neuroendocriniens (axe HPA, médiateurs du stress), ainsi une prise en charge psychiatrique associée à double volet s'impose afin d'assure un bon control de la maladie[8,9].

Conclusion :

En synthèse, nos résultats s'inscrivent dans un corpus scientifique cohérent : le tabagisme, l'alcool, l'obésité, le stress et les atteintes du cuir chevelu/ongles concourent à la sévérité du psoriasis. Ces facteurs, souvent modifiables, doivent être intégrés dans une prise en charge globale et personnalisée.

Références

1. Zhou H, Wu R, Kong Y, Zhao M, Su Y. Impact of smoking on psoriasis risk and treatment efficacy: a meta-analysis. J Int Med Res. 2020 Oct;48(10):300060520964024. doi: 10.1177/0300060520964024. PMID: 33121308; PMCID: PMC7780610.
2. Hayran Y, et al. *Smoking increased PASI and risk of moderate/severe psoriasis and nail involvement*. Int J Clin Pract. 2021; **https://doi.org/10.1111/ijcp.13751**
3. Temiz SA, Özer İ, Ataseven A, Dursun R, Uyar M. The effect of smoking on the psoriasis: Is it related to nail involvement? Dermatol Ther. 2020 Nov;33(6):e13960. doi: 10.1111/dth.13960. Epub 2020 Jul 31. PMID: 32621631.
4. Qureshi AA, Dominguez PL, Choi HK, Han J, Curhan G. Alcohol intake and risk of incident psoriasis in US women: a prospective study. Arch Dermatol. 2010 Dec;146(12):1364-9. doi: 10.1001/archdermatol.2010.204. Epub 2010 Aug 16. PMID: 20713772; PMCID: PMC3017376.
5. Michalski P, Palazzo-Michalska V, Michalska-Bańkowska A, Bańkowski M, Grabarek BO. Impact of Alcohol Consumption, Smoking, and Diet on the Severity of Plaque Psoriasis: A Comprehensive Assessment using Clinical Scales and Quality of Life Measures. Med Sci Monit. 2023 Aug 2;29:e941255. doi: 10.12659/MSM.941255. PMID: 37528577; PMCID: PMC10405633.
6. Wade, A.G., Crawford, G.M., Young, D. *et al.* Severity and management of psoriasis within primary care. *BMC Fam Pract* **17**, 145 (2016). https://doi.org/10.1186/s12875-016-0544-6
7. Lu, L., Cao, L., Jiang, F. *et al.* Epidemiology and clinical features of psoriasis in hard-to-treat body locations: a Chinese nationwide population-based study. *BMC Immunol* **26**, 45 (2025). https://doi.org/10.1186/s12865-025-00724-5
8. Lupulescu, A.-M.; Savu, A.P.; Bucur, Ș.; Șerban, E.-D.; Popescu, S.; Constantin, M.M. Hard-to-Treat Areas in Psoriasis: An Underevaluated Part of the Disease. *Life* **2025**, *15*, 425. https://doi.org/10.3390/life15030425
9. Raharja A. *Psoriasis overview: comorbidities and triggers*. Dermatol Res Pract. 2021. DOI : non précisé https://doi.org/10.7861/clinmed.2021-0257

Psoriasis du nourrisson : une entité rare et trompeuse

S.Alaoui, N.Ammar, S.Hamada, M.Meziane, L.Benzekri, N.Ismaili.

Introduction :

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique, multifactorielle, touchant 1 à 3 % de la population. Chez l'enfant, il représente environ 5 % des consultations dermatologiques. L'âge de début est variable mais dans seulement 2 % des cas, il survient avant l'âge de deux ans. Le diagnostic est plus difficile que chez l'adulte, car les formes inaugurales sont souvent atypiques et confondues avec l'eczéma, la dermatite séborrhéique ou les infections mycosiques. Nous rapportons un cas de psoriasis infantile confirmé histologiquement.

Observation :

Il s'agit d'une fillette âgée de 1 an, sans antécédents pathologiques connus, présentant depuis un mois des lésions érythémato-squameuses bien limitées, arrondies, prédominant au niveau du dos, abdomen et visage. Il n'y avait pas d'atteinte du cuir chevelu ni des ongles. L'examen histologique a montré un épiderme acanthosique surmonté d'une hyperkératose orthokératosique avec des foyers de parakératose, un derme fibreux comportant des capillaires à paroi nécrosée de façon fibrinoïde, infiltrés par des lymphocytes et des polynucléaires neutrophiles. Ces éléments étaient compatibles avec un psoriasis. La patiente a été mise sous émollients et dermocorticoïdes topiques avec une amélioration clinique rapide.

Discussion :

Le psoriasis de l'enfant présente des particularités cliniques : l'atteinte du visage (fréquente chez l'enfant, rare chez l'adulte), les formes en nappes ou annulaires du tronc, et les localisations inversées. Chez le nourrisson, le psoriasis des langes est la forme la plus classique, mais notre observation illustre une présentation atypique sans atteinte du siège ni du cuir chevelu. L'histologie est utile dans ces situations, permettant de différencier avec certitude le psoriasis d'autres dermatoses érythémato-squameuses. Le traitement repose principalement sur les soins locaux (émollients, dermocorticoïdes de classe adaptée, analogues de la vitamine D). Dans les formes étendues ou sévères, une photothérapie ou des traitements systémiques peuvent être envisagés, mais leur utilisation reste limitée en pédiatrie et doit être prudente. Le pronostic est souvent chronique avec alternance de poussées et de rémissions, et un impact psychosocial non négligeable sur la qualité de vie.

Conclusion :

Le psoriasis infantile, bien que rare, doit être évoqué devant toute éruption érythémato-squameuse persistante et résistante aux traitements conventionnels. Ce cas souligne l'importance d'un diagnostic précoce et du recours à l'histopathologie dans les formes atypiques, permettant d'instaurer rapidement une prise en charge adaptée.

Poster : Psoriasis sévère et atteinte vasculaire exceptionnelle : cas rare de ruptures aortiques récidivantes mettant en jeu le pronostic vital

R. Boufetama , M.Chaouqi , N.Ammar, M.Meziane , N.Ismaili , L.Benzekri , S.Hamada Centre Hospitalier Universitaire Ibn Sina, Service de Dermatologie, Rabat, Maroc

Introduction :

Le psoriasis est une maladie inflammatoire systémique chronique, dont l'expression clinique peut être sévère et multisystémique. Au-delà des comorbidités métaboliques et cardiovasculaires bien établies, certaines formes actives peuvent révéler des atteintes vasculaires profondes, rarement décrites. Nous rapportons un cas exceptionnel de ruptures récidivantes de l'aorte abdominale, survenues dans un contexte de psoriasis inflammatoire sévère, évoquant une implication directe du lit vasculaire.

Observation :

Un homme de 50 ans, grand tabagique, suivi pour un psoriasis en plaques évoluant depuis six ans, a présenté quatre épisodes de ruptures successives d'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA)**,** survenant systématiquement lors de poussées psoriasiques sévères, à type érythrodermique. Le scanner objectivait un AAA sacculaire rompu de 54 mm avec extension iliaque et calcifications diffuses. Le bilan biologique montrait un syndrome inflammatoire franc (CRP : 50 mg/L, fibrinogène : 6,4 g/L). La dissection rétro-péritonéale était rendue complexe par un état inflammatoire local intense. Un pontage aorto-bi-fémoral par prothèse en Dacron a été réalisé, mais un lâchage de prothèse est survenu lors d'une récidive inflammatoire. La stabilisation obtenue sous méthotrexate s'est interrompue à l'arrêt du traitement, avec rechute vasculaire.

Discussion

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique, dont les formes sévères peuvent s'accompagner de manifestations systémiques dépassant largement le cadre cutané. Outre les comorbidités métaboliques bien documentées, plusieurs études ont mis en évidence une atteinte vasculaire, notamment artérielle, dans un contexte d'inflammation systémique persistante. La littérature rapporte une augmentation du risque d'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) chez les patients psoriasiques, liée à l'inflammation, à la rigidité artérielle et aux comportements à risque plus fréquents. Dans notre observation, l'enchaînement de plusieurs ruptures aortiques, survenant en parallèle de poussées cutanées sévères, notamment érythrodermiques, oriente vers une atteinte inflammatoire vasculaire directement liée au psoriasis. L'examen histologique de la paroi aortique a révélé un infiltrat inflammatoire chronique non spécifique, sans signes de vascularite typée ni de processus infectieux, renforçant cette hypothèse. La dissection chirurgicale difficile, en raison d'un état inflammatoire local majeur, souligne également la participation active du lit vasculaire. L'évolution clinique suggère un rôle protecteur du méthotrexate, dont l'interruption a été suivie de récidives psoriasiques et vasculaires. Ce lien temporel met en évidence la nécessité d'un contrôle étroit et continu de la maladie dans ses formes systémiques.

Conclusion

Le psoriasis, au-delà de son expression cutanée, peut dans ses formes sévères engager le pronostic vital par des complications systémiques inattendues. Ce cas illustre une atteinte vasculaire aortique exceptionnelle, probablement médiée par l'inflammation systémique psoriasique. Il rappelle l'importance d'une approche multidisciplinaire intégrant dermatologues, internistes et chirurgiens vasculaires, avec une vigilance accrue quant au risque vasculaire. Le maintien d'un traitement de fond rigoureux apparaît essentiel pour prévenir ces complications graves et potentiellement fatales.

Title : The therapeutic value of phototherapy in the management of psoriasis.

Authors : Lamia Mansour Billah[1], Madiha El Jazouly[1], Soumia Chiheb[1]

[1]Cheikh Khalifa Bin Zayed University Hospital, Casablanca, Morocco

Introduction & Objectives:

Psoriasis is a chronic inflammatory condition affecting 2-3% of the global population, characterized by erythematous, scaly lesions, and significantly impacting quality of life. Phototherapy, including narrow-band UVB and PUVA, is an effective treatment option for moderate to severe forms, reducing keratinocyte proliferation and modulating immune response. This study aims to assess the effectiveness of phototherapy in managing moderate to severe psoriasis, focusing on clinical outcomes, tolerance profile, and impact on patients' quality of life.

Materials & Methods:

This retrospective study aimed to evaluate the clinical and therapeutic outcomes of phototherapy psoriasis patients at Cheikh Khalifa Hospital. Data were gathered on demographics, clinical characteristics, PASI scores, quality of life (DLQI), and adverse effects experienced during the phototherapy protocol.

Results:

This study analyzed 35 psoriasis patients, predominantly adults, with a mean age of 41 years and a slight predominance of females (51%). Of these, 37.1% had metabolic syndrome (diabetes: 17.1%, dyslipidemia: 11.4%, obesity: 8.5%, hypertension: 8.5%), 25.7% had a family history of psoriasis, and 31.4% had recurrent angina. Phototype III was the most common, accounting for 54.3% of cases. The most common clinical forms included plaque psoriasis (34.2%), gout psoriasis (28.5%), and palmoplantar psoriasis (28.5%), with frequent sites on the scalp (65.3%). The mean duration of the disease was 9 years. Prior to treatment, 86.66% of patients had a PASI score > 12, indicating severe disease.

TL-01 UVB phototherapy, used in 71.4% of patients, resulted in significant reduction in 73.33% and complete lesion whitening in 13% of patients. Local PUVA therapy has been particularly effective for palmoplantar psoriasis, with 80% partial improvement and 20% complete bleaching. Combination treatments, such as acitretin, methotrexate and calcipotriol, have increased the effectiveness of both types of phototherapy. Side effects such as erythema (66.66% for UVB, 30% for PUVA) and pruritus (26.66% for UVB, 20% for PUVA) were mild and well tolerated.

Conclusion:

A significant improvement in DLQI quality of life was observed after treatment, with the percentage of patients reporting a severe impact decreasing from 60% to 26.7%. These results underscore the efficacy and good tolerance of phototherapies in the management of moderate to severe psoriasis.

PSYCHODERMATOLOGIE

Trichotillomanie : la partie visible de l'iceberg

S.Gueroum, F.Z ElFatoiki, F.Z Benhayoun, B.Baghad, H.Rachadi, F.Hali, S.Chiheb
Service de dermatologie de Casablanca, Chu Ibn Rochd, Université Hassan II Casablanca

Introduction :
La trichotillomanie, ou trouble du comportement consistant à arracher ses cheveux ou poils, débute majoritairement pendant l'enfance ou l'adolescence, avec un âge moyen de début entre 9 et 13 ans. Elle s'intègre comme le seul recours face à la souffrance émotionnelle. Nous rapportons le cas d'une adolescente chez qui une trichotillomanie a dévoilé un sévice sexuel dans l'enfance.

Observation clinique :
Il s'agit d'une patiente de 17 ans, ayant comme antécédents un abondant scolaire à l'âge de 13 ans et suivi pour incontinence anale qui présente depuis 3 ans des plaques alopéciques du cuir chevelu et des sourcils.
L'examen clinique retrouvait une patiente amimique, au discours fragmenté, cédant difficilement à l'examen somatique.
Sur le plan dermatologique on retrouvait des plages alopéciques irrégulières, non cicatricielles, de contours flous, siégeant au niveau du vertex avec la présence de poils de longueur et de diamètre différents au niveau du cuir chevelu et des sourcils. La dermoscopie mettait en évidence des cheveux cassés, des points noirs ainsi que des points hémorragiques et des lésions d'excoriations. La pilosité axillaire, pubienne et ciliaire étaient respectés. Il n'y'avait pas d'atteinte unguéale.
Devant ces données psycho-cliniques le diagnostic de trichotillomanie était fortement suspecté. Aucune confirmation n'a été donnée par la patiente.
L'entretien a mis en évidence un sentiment de honte et de culpabilité avec de l'auto-dévalorisation, des réactions disproportionnées lors de l'évocation du corps et de la nudité avec des sursauts lors de chaque tentative d'examen physique ce qui a soulevé l'hypothèse de sévice sexuel.
L'expertise légale a révélé des abus sexuels répétitif par un cousin dans l'enfance.
La patiente a été prise en charge par les pédopsychiatres avec une amélioration de l'humeur et de la symptomatologie.

Conclusion :
La trichotillomanie chez l'enfant et l'adolescent est un trouble du spectre obsessionnel-compulsif, lié à l'anxiété, à la dépression et à plusieurs autres comorbidités.
Dans un échantillon de 44 femmes souffrant de trichotillomanie, 86 % rapportaient une histoire de violence (y compris agressions sexuelles, viol) au moment de l'apparition du trouble. Une autre étude a trouvé qu'environ 25,8 % des individus avec trichotillomanie avaient subi un traumatisme sexuel dans l'enfance, contre environ 20,6 % pour des abus physiques. D'où l'intérêt de raisonner au-delà du poil et d'investiguer en profondeur car la trichotillamanie n'est qu'un signe de détresse psychologique qui ne se résoudra que si la souffrance sous-jacente est prise en charge.

Au-delà d'un Eczéma: trichotillomanie révélée par une réaction cutanée post-teinture esthétique

Introduction :

Les réactions cutanées liées aux teintures esthétiques sont le plus souvent interprétées comme de simples eczémas de contact. Cependant, chez certains patients, des facteurs sous-jacents tels que la trichotillomanie peuvent modifier la présentation clinique et favoriser des complications infectieuses, révélant ainsi une pathologie cachée derrière un tableau apparemment banal

Observation :

Une femme de 21 ans, sans antécédents médicaux, consulte pour un œdème, une douleur et des croûtes purulentes des deux sourcils apparus 48 h après l'application d'un produit colorant dans un centre d'esthétique. L'examen retrouve une inflammation diffuse des arcades sourcilières avec érythème, vésiculo-squames et croûtes jaunâtres évoquant un eczéma de contact impétiginisé. La dermoscopie met en évidence des squames et croûtes mélicériques, d'autres hémorragiques et des follicules vides. L'interrogatoire approfondi révèle une trichotillomanie ancienne responsable d'une dépilation chronique des sourcils, ayant motivé le recours au camouflage esthétique. L'examen ophtalmologique ne montre pas d'atteinte orbitaire. La patiente est traitée par antibiothérapie orale adaptée et soins locaux, avec évolution favorable en une semaine. Elle est également adressée en consultation spécialisée pour un suivi psychologique dans le cadre de la prise en charge de sa trichotillomanie.

Discussion :

Les réactions d'hypersensibilité aux teintures esthétiques, souvent dues à la paraphénylènediamine (PPD), se présentent classiquement sous forme d'eczéma de contact [1]. Dans notre cas, la sévérité des lésions et la surinfection impétiginisée ont motivé une évaluation approfondie.

La dermoscopie a révélé des signes évocateurs de trichotillomanie, notamment croutes hémorragiques et follicules vides, éléments bien décrits dans la littérature [2,3]. Ce trouble compulsif, encore trop souvent sous-diagnostiqué, peut fragiliser la barrière cutanée et favoriser les complications, en particulier en cas d'agression chimique [4].

L'identification d'une trichotillomanie ancienne a permis de relier le contexte esthétique à une pathologie psychodermatologique sous-jacente. Ce cas souligne l'importance d'un interrogatoire ciblé et du recours à la dermoscopie dans l'évaluation des atteintes inflammatoires des zones pileuses.

Conclusion :

Cette observation met en lumière la nécessité d'une approche globale en dermatologie, intégrant les dimensions esthétique, infectieuse et psychologique. Derrière une réaction allergique apparemment banale peut se cacher une pathologie comportementale comme la trichotillomanie, dont le dépistage conditionne une prise en charge complète et préventive.

Références :

1. *Basketter DA et al.* ***Dermal sensitization to PPD****. Contact Dermatitis. 2008.*
2. *Rudnicka L et al.* ***Trichoscopy in trichotillomania****. J Drugs Dermatol. 2011.*
3. *Rakowska A et al.* ***Dermoscopy of hair and scalp disorders****. Clin Dermatol. 2013.*
4. *Grant JE, Odlaug BL.* ***Clinical characteristics of trichotillomania****. Compr Psychiatry. 2009.*

TROUBLES DE LA PIGMENTATION

Nævus d'Ota bilatéral acquis induit par cyclophosphamide

Poster : Lentiginose intertrigineuse idiopathique : une présentation exceptionnelle et piégeuse

R. Boufetama , K.Diaa , N.Ammar, M.Meziane , N.Ismaili , L.Benzekri , S.Hamada Centre Hospitalier Universitaire Ibn Sina, Service de Dermatologie, Rabat, Maroc

Introduction :

La lentiginose intertrigineuse idiopathique est une affection bénigne exceptionnellement rare, caractérisée par des macules pigmentées confinées aux plis cutanés, sans association médicamenteuse ni systémique. Elle est encore largement méconnue et peut soulever de véritables difficultés diagnostiques. Sa reconnaissance est pourtant essentielle afin d'éviter des explorations invasives et de rassurer les patients. Nous rapportons le cas d'une femme de 45 ans, sans antécédents, afin de mettre en lumière cette entité peu décrite, en insistant sur l'importance d'un diagnostic précis.

Observation :

Il s'agit d'une femme âgée de 45 ans, à phototype foncé, sans antécédents pathologiques ni médicamenteux. L'examen clinique a révélé la présence de macules hyperpigmentées multiples, bien limitées et asymptomatiques, localisées exclusivement au niveau des plis axillaires, cervicaux, sous-mammaires et inguinaux. La dermoscopie a montré une pigmentation brune homogène et régulière, sans structures atypiques. L'examen histopathologique a confirmé une augmentation du nombre de mélanocytes basaux, sans atypie ni signe de malignité.

Discussion :

La lentiginose intertrigineuse idiopathique est une entité rarement rapportée dans la littérature dermatologique. La présentation observée chez notre patiente se distingue par sa localisation strictement intertrigineuse et par l'absence de tout antécédent médical ou médicamenteux, ce qui en fait une observation exceptionnelle. Chez les sujets à peau foncée, la diversité des causes d'hyperpigmentation intertrigineuse rend le diagnostic différentiel encore plus complexe, d'où l'importance d'un examen approfondi. La dermoscopie et l'histopathologie jouent ici un rôle déterminant en confirmant le caractère bénin des lésions. Ce cas souligne ainsi la nécessité d'intégrer cette entité rare dans le diagnostic différentiel afin d'éviter les explorations excessives, les traitements inappropriés et l'anxiété injustifiée.

Conclusion :

La lentiginose intertrigineuse idiopathique est une affection bénigne mais exceptionnelle, rarement rapportée et diagnostiquement piégeuse. Le cas rapporté, celui d'une femme de 45 ans à peau foncée et sans antécédents, contribue à enrichir la littérature en rappelant l'importance d'une approche diagnostique rigoureuse, combinant examen clinique, dermoscopie et histopathologie. Sa reconnaissance permet non seulement de rassurer le patient, mais aussi d'optimiser la prise en charge en évitant des investigations inutiles.

Lichen plan pigmentogène et vitiligo

E. S. Okouango, H. Rachadi, S. Chiheb
Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction

Le lichen plan pigmentogène (LPP) est une variante rare du lichen plan qui est une dermatose inflammatoire. Il affecte essentiellement les femmes, en particulier ceux de phototype foncé (Fitzpatrick III–V). Le LPP est caractérisé cliniquement par des fines plaques de macules hyperpigmentées brunâtres ou gris violacées, prurigineuses, étendues sur les zones photo-exposées ou des plis de flexion, généralement en l'absence d'inflammation ; et histologiquement par une dermatite lichénoïde d'interface avec incontinence pigmentaire. Il se pose un problème de diagnostics différentiels. Il peut être confondu à la dermatite atopique lichénifiée. Les corticostéroïdes systémiques et topiques, le tacrolimus topique, les isoretinoïnes et la lumière ultraviolette ont été décrits comme des thérapies efficaces. Nous rapportons l'observation d'une patiente de 40 ans suivie pour un vitiligo présentant un lichen plan pigmentogène.

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée 40 ans, phototype IV, suivie pour vitiligo mammaire depuis 10 ans, actuellement non évolutif et qui présentait depuis 2 ans des lésions cutanées à type de macules hyperpigmentées, violacées, non atrophiques et non squameuses, prurigineuses, siégeant initialement sur le visage puis extension progressive au cou, évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général. L'examen clinique dermatologique particulièrement retrouvait des lésions maculeuses hyperpigmentées ovalaires, bien limitées au niveau du visage, principalement au niveau des joues, du menton, et du cou, puis confluentes formant de larges plages hyperpigmentées au niveau de la lisière du cuir chevelu. Les paumes et les plantes étaient épargnées. Il n'y avait pas d'atteinte des muqueuses ni des phanères. Le bilan sanguin était sans particularités. L'histologie montrait un infiltrat inflammatoire lichénoïde lymphohistiocytaire du derme et une incontinence pigmentaire. Un traitement par corticostéroïdes oraux et topiques, tacrolimus topique et isotretinoïnes ainsi qu'une protection solaire ont été proposés à la patiente, avec une évolution satisfaisante après 3 mois de traitement.

Discussion

Notre observation illustre une association rarement rapportée dans la littérature. Le LPP est une dermatose rare, d'étiologie incertaine, fréquent dans le sud asiatique. Il a été rarement décrite en association avec d'autres maladies,en particulier auto-immunes. Ainsi, des mécanismes immunologiques peuvent être impliqués dans la pathogenèse du LPP. Les facteurs déclenchants sont essentiellement l'exposition aux rayons UV et l'utilisation des topiques photosensibilisants. Le LPP est caractérisé cliniquement par des plaques minces de macules hyperpigmentées violacées ou brunâtres siégeant souvent au niveau du visage, du tronc et des membres et à des lésions histologiques typiques. La région palmo-plantaire et les muqueuses sont respectées. Les corticostéroïdes systémiques et topiques, le tacrolimus topique, les isotretinoïnes et la lumière ultraviolette ont été décrits comme des thérapies efficaces.

Poster : Lentiginose intertrigineuse idiopathique : une présentation exceptionnelle et piégeuse

Dr R. Boufetama , Dr k.Diaa Kawtar , Dr N.Ammar, Dr M.Meziane , Dr N.Ismaili , Dr L.Benzekri , S.Hamada

Centre Hospitalier Universitaire Ibn Sina, Service de Dermatologie, Rabat, Maroc

Introduction :

La lentiginose intertrigineuse idiopathique est une affection bénigne exceptionnellement rare, caractérisée par des macules pigmentées confinées aux plis cutanés, sans association médicamenteuse ni systémique. Elle est encore largement méconnue et peut soulever de véritables difficultés diagnostiques. Sa reconnaissance est pourtant essentielle afin d'éviter des explorations invasives et de rassurer les patients. Nous rapportons le cas d'une femme de 45 ans, sans antécédents, afin de mettre en lumière cette entité peu décrite, en insistant sur l'importance d'un diagnostic précis.

Observation :

Il s'agit d'une femme âgée de 45 ans, à phototype foncé, sans antécédents pathologiques ni médicamenteux. L'examen clinique a révélé la présence de macules hyperpigmentées multiples, bien limitées et asymptomatiques, localisées exclusivement au niveau des plis axillaires, cervicaux, sous-mammaires et inguinaux. La dermoscopie a montré une pigmentation brune homogène et régulière, sans structures atypiques. L'examen histopathologique a confirmé une augmentation du nombre de mélanocytes basaux, sans atypie ni signe de malignité.

Discussion :

La lentiginose intertrigineuse idiopathique est une entité **rarement rapportée** dans la littérature dermatologique. La présentation observée chez notre patiente se distingue par sa localisation strictement intertrigineuse et par l'absence de tout antécédent médical ou médicamenteux, ce qui en fait une observation **exceptionnelle**. Chez les sujets à peau foncée, la diversité des causes d'hyperpigmentation intertrigineuse rend le diagnostic différentiel encore plus complexe, d'où l'importance d'un examen approfondi. La dermoscopie et l'histopathologie jouent ici un rôle déterminant en confirmant le caractère bénin des lésions. Ce cas souligne ainsi la nécessité d'intégrer cette entité rare dans le diagnostic différentiel afin d'éviter les explorations excessives, les traitements inappropriés et l'anxiété injustifiée.

Conclusion :

La lentiginose intertrigineuse idiopathique est une affection bénigne mais exceptionnelle, **rarement rapportée** et diagnostiquement piégeuse. Le cas rapporté, celui d'une femme de 45 ans à peau foncée et sans antécédents, contribue à enrichir la littérature en rappelant l'importance d'une approche diagnostique rigoureuse, combinant examen clinique, dermoscopie et histopathologie. Sa reconnaissance permet non seulement de rassurer le patient, mais aussi d'optimiser la prise en charge en évitant des investigations inutiles.

Nævus d'Ota bilatéral acquis induit par cyclophosphamide

S. EL MELLOUKI, K. DIAA, A. DIOURI, H. KERROUCH, M. EL AMRAOUI, R. FRIKH, N. HJIRA
Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V de Rabat

Introduction:

Le nævus d'Ota, ou mélanocytose oculodermique, est une pigmentation dermique congénitale ou acquise, généralement unilatérale, siégeant dans le territoire V1–V2. Son apparition à l'âge adulte est exceptionnelle, et les formes bilatérales sont particulièrement rares. Les effets pigmentaires induits par les médicaments sont bien documentés, notamment avec certains agents cytotoxiques et immunosuppresseurs. Toutefois, à notre connaissance, aucune association entre le cyclophosphamide et l'induction d'un nævus d'Ota n'a été rapportée dans la littérature.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 66 ans, ayant comme antécédents un diabète de type 2, une hypertension artérielle, une hyperthyroïdie et une insuffisance rénale terminale secondaire à une vascularite à ANCA anti-MPO. Six mois après l'instauration d'un traitement par cyclophosphamide, la patiente a présenté une hyperpigmentation faciale progressive. L'examen dermatologique a objectivé une pigmentation dermique bleu ardoisé, bilatérale, intéressant les territoires périorbitaires. La dermoscopie a montré une pigmentation bleutée avec des zones grisâtres ou jaunâtres. Le diagnostic de nævus d'Ota bilatéral acquis a alors été retenu.

Discussion :

Plusieurs éléments confèrent un caractère exceptionnel à cette observation : une survenue à l'âge adulte, une atteinte bilatérale, et une apparition dans les suites de l'introduction du cyclophosphamide. Les effets indésirables pigmentaires du cyclophosphamide décrits dans la littérature concernent surtout la mélanonychie et, plus rarement, des hyperpigmentations cutanées diffuses ou réticulées. L'induction d'une mélanocytose dermique de type nævus d'Ota n'avait jamais été rapportée auparavant. Des facteurs favorisants tels que l'immunodépression prolongée et l'insuffisance rénale chronique pourraient avoir contribué, en synergie avec un mécanisme d'activation ou de stimulation des mélanocytes dermiques par le cyclophosphamide. Le traitement de référence du nævus d'Ota repose sur les lasers Q-Switched, permettant une photothermolyse sélective de la mélanine dermique, et pourrait représenter une option thérapeutique pertinente dans ce contexte inhabituel.

Conclusion :

Nous rapportons un cas exceptionnel de nævus d'Ota bilatéral acquis chez l'adulte, apparu après traitement par cyclophosphamide. Cette observation élargit le spectre des complications pigmentaires liées à ce cytotoxique et souligne l'importance pour les cliniciens de rester attentifs à toute pigmentation cutanée ou muqueuse atypique au cours des traitements immunosuppresseurs. Un avis dermatologique doit être sollicité en cas d'hyperpigmentation faciale nouvellement apparue, et la prise en charge laser peut-être discutée.

Titre :L'automédication dans le vitiligo : quand la dimension psychologique modifie l'évolution et la gestion de la maladie (à propos d'un cas)

R. Zerouati, W. Boudi, S. Hachich, N. El Omari, A. Diouri, M. El Amraoui, R. Frikh, N. Hjira
Hôpital militaire d'instruction Mohammed V, Rabat

Introduction : Le vitiligo est une affection cutanée autoimmune chronique caractérisée par la destruction des mélanocytes, entraînant des lésions dépigmentées à la surface cutanée. Sa prévalence mondiale est estimée entre 0,5 et 2% et son retentissement psychologique est considérable, affectant la qualité de vie des patients. Le diagnostic repose essentiellement sur l'examen clinique, notamment avec l'appui de la lampe de Wood, qui met en évidence une fluorescence blanche caractéristique des zones atteintes. Les traitements standards associent dermocorticoïdes topiques, immunomodulateurs et photothérapie UVB, nécessitant souvent un suivi prolongé. Toutefois, l'évolution lente et les frustrations thérapeutiques peuvent pousser les patients vers l'automédication, parfois délétère, faisant intervenir une composante psychique importante dans le parcours de soins.

Observation : Nous rapportons le cas d'un patient de 30 ans, sans antécédents médico-chirurgicaux particuliers, ayant présenté depuis un an et demi l'apparition progressive de lésions dépigmentées cutanées. Le diagnostic de vitiligo a été confirmé cliniquement grâce à l'examen à la lampe de Wood, où les lésions sont apparues en fluorescence blanche brillante, signe d'une absence de mélanine dans ces zones. Initialement traité par un dermatologue, le patient a reçu une prescription standard associant des dermocorticoïdes et des immunosuppresseurs topiques. Malgré un suivi régulier, aucune amélioration clinique significative n'a été observée après plusieurs mois de traitement. Devant cette absence d'évolution favorable, le patient a opté pour une automédication comprenant l'application de meladinine (Xanthotoxine), l'eau d'oignon et une exposition solaire non contrôlée. Cette automédication a conduit à une dermatite irritative surinfectée avec des brulures.

Discussion : Le vitiligo nécessite une prise en charge thérapeutique rigoureuse, souvent prolongée, combinant dermocorticoïdes topiques, inhibiteurs de la calcineurine et photothérapie UVB à spectre étroit. Ces traitements exigent temps et patience pour observer une repigmentation efficace, ce qui peut engendrer une frustration chez le patient et réduire l'adhésion au protocole. L'automédication, souvent motivée par le désir d'une action plus rapide ou par des facteurs psychologiques tels que l'anxiété ou la détérioration de l'image de soi, peut induire des complications cutanées majeures. L'utilisation non contrôlée de méladinine, associée à des remèdes populaires comme l'eau d'oignon et à une photo-exposition inadéquate, augmente le risque d'inflammation, brûlures et irritations, compromettant davantage l'intégrité cutanée et la possibilité de repigmentation. Par ailleurs, le retentissement psychologique du vitiligo est majeur : anxiété, dépression et troubles de l'estime de soi sont fréquents. La maladie doit donc être prise en charge dans une approche multidisciplinaire incluant soutien psychologique et éducation thérapeutique afin de prévenir les comportements à risque et améliorer l'adhésion. Les recherches récentes soulignent en outre le potentiel prometteur des traitements ciblés, notamment via des inhibiteurs de Janus kinases (JAK), qui pourraient proposer des alternatives dans un futur proche.

Conclusion : Ce cas illustre la complexité thérapeutique du vitiligo, l'importance de la confirmation diagnostique par lampe de Wood, et les risques majeurs liés à l'automédication non encadrée. Il souligne également le rôle crucial de la composante psychique dans la gestion de cette maladie chronique. Une prise en charge médicale rigoureuse associée à un soutien psychologique adapté est indispensable pour optimiser le traitement, prévenir les complications et améliorer la qualité de vie des patients atteints de vitiligo.

Hyperpigmentation blaschkolinéaire acquise avec névralgie ipsilatérale : une forme rare de mosaïcisme neuro-cutané

S.BARAZ, R.BABA, H.KERROUCH, I.ANOUAR, M.AMRAOUI, Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA
Service de dermatologie vénérologie, Hopital militaire d'instruction Mohammed V RABAT

Introduction :
Les désordres pigmentaires suivant les lignes de Blaschko sont habituellement congénitaux ou infantiles, traduisant un mosaïcisme somatique impliquant les mélanocytes. Leur survenue à l'âge adulte est rare, et leur association à une symptomatologie neurologique segmentaire est encore plus inhabituelle. Ce type d'atteinte, suggérant un mosaïcisme neuro-cutané acquis, reste exceptionnellement documenté. Nous rapportons un cas original d'hyperpigmentation blaschkolinéaire acquise associée à une névralgie ipsilatérale, sans anomalie neurologique détectable, illustrant la complexité de ces tableaux.

Observation du cas
Une femme de 32 ans, sans antécédents médicaux notables, a consulté pour l'apparition progressive, depuis 4 mois, de macules brunes disposées le long de son membre supérieur gauche, selon un tracé blaschkolinéaire. Cette pigmentation était asymptomatique, mais associée à une douleur neuropathique (brûlures, allodynie) localisée sur le même territoire. L'examen clinique objectivait des macules brun-grisâtres, linéaires, sans signe inflammatoire. La dermoscopie montrait une pigmentation réticulée homogène. L'histologie révélait un dépôt accru de mélanine basale sans infiltrat inflammatoire. Les sérologies infectieuses (HSV, VZV, VIH, syphilis), les bilans auto-immuns, et les tests de conduction nerveuse étaient normaux. L'IRM médullaire et cérébrale ne montrait pas d'anomalie.

Discussion
Les pigmentations blaschkolinéaires acquises sont exceptionnelles à l'âge adulte. Elles relèvent souvent d'un mosaïcisme somatique postzygotique, résultant d'une mutation affectant les mélanocytes au cours de l'embryogenèse. L'association avec une douleur neuropathique suggère une mutation conjointe affectant également les cellules de la crête neurale. Ce phénomène, qualifié de mosaïcisme neuro-cutané, reste très peu rapporté. Quelques cas similaires décrits dans la littérature (Wong et al., 2015 ; Sirvent et al., 2018 ; Schaffer et al., 2020) mentionnent une présentation comparable, mais sans documentation neurologique poussée ou avec des diagnostics différentiels non exclus formellement. Les diagnostics éliminés dans notre cas incluent un zona sine herpete (absence de prodrome, de cicatrice ou de PCR positive), une pigmentation post-inflammatoire (aucun antécédent local), un lichen plan pigmentogène linéaire (aspect clinique et histologique non évocateur) et une incontinencia pigmenti (absence d'évolution en stade, contexte non néonatal). Cette observation souligne l'intérêt d'un bilan dermatologique et neurologique exhaustif face à des anomalies pigmentaires segmentaires. Elle ouvre aussi la voie à une meilleure compréhension des manifestations cliniques atypiques du mosaïcisme, dont la dermatologie constitue parfois la seule porte d'entrée visible.

Conclusion
Ce cas élargit le spectre des mosaïcismes neuro-cutanés de l'adulte. L'association d'une pigmentation blaschkolinéaire acquise à une névralgie ipsilatérale, en l'absence d'étiologie détectable, plaide pour une anomalie mosaïque affectant à la fois les mélanocytes et les fibres nerveuses sensitives. Une meilleure reconnaissance de ces tableaux rares permettrait d'enrichir notre compréhension des interactions entre systèmes cutané et nerveux d'origine embryonnaire commune.

Erythema Dischromicum Perstans avec présentation thoraco-abdominale diffuse : apport de la dermoscopie au diagnostic différentiel

S.BARAZ, R.BABA, I.ANOUAR, M.AMRAOUI, Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA
Service de dermatologie vénérologie, Hopital militaire d'instruction Mohammed V RABAT

Introduction :

L'érythème dyschromique persistant (EDP), ou dermite cendrée, est une dermatose pigmentaire acquise rare, décrite initialement en Amérique latine mais désormais rapportée dans diverses populations, en particulier chez les phototypes foncés. Son étiopathogénie reste incertaine, probablement liée à une réaction lichénoïde auto-immune contre un antigène épidermique, avec libération secondaire de mélanine dermique. Les présentations atypiques peuvent retarder le diagnostic et compliquer la prise en charge.

Observation :

Une patiente de 23 ans, phototype IV, sans antécédents notables, consultait pour des lésions hyperpigmentées apparues progressivement sur trois mois, initialement en région sous-mammaire puis s'étendant au thorax, abdomen et flancs. L'examen objectivait des macules et plaques brun-gris bien limitées, sans prurit, ni atteinte muqueuse ou palmaire. La dermoscopie révélait un fond gris-ardoise diffus, un réseau pigmentaire fin et régulier et un voile blanchâtre discret suggérant une composante lichénoïde. L'histologie montrait une dermatite lichénoïde discrète avec incontinence pigmentaire, dépôts de mélanine dermique et mélanophages, confirmant le diagnostic d'EDP.

Discussion :

L'EDP survient typiquement chez l'adulte jeune, souvent avec distribution tronculaire ou cervicale ; le début en région intertrigineuse reste exceptionnel et peu décrit. Les diagnostics différentiels incluent le lichen plan pigmentogène, les hyperpigmentations post-inflammatoires et les pigmentations médicamenteuses. La dermoscopie, en mettant en évidence un fond gris homogène associé à un réseau pigmentaire délicat, permet de distinguer l'EDP d'autres dermatoses pigmentaires acquises, surtout en phototype élevé. La physiopathologie évoque une agression kératinocytaire déclenchant une réaction lymphocytaire lichénoïde avec libération de mélanine dermique ; des facteurs déclenchants infectieux, chimiques ou médicamenteux ont été rapportés. Le traitement reste décevant : corticostéroïdes topiques, inhibiteurs de la calcineurine, photoprotection et dépigmentants donnent des réponses inconstantes, et l'évolution est souvent chronique.

Conclusion :

Ce cas illustre une forme rare d'EDP à présentation intertrigineuse inaugurale, rapidement extensive, confirmée par la corrélation clinico-dermoscopique et histologique. Il met en lumière l'apport diagnostique majeur de la dermoscopie et la nécessité de sensibiliser les cliniciens aux formes atypiques afin d'éviter des errances diagnostiques.

Vitiligo de l'enfant : Quelles répercussions sur la qualité de vie parentale

K. El Fid, M. Soughi, Z. Douhi, S. Elloudi, H. Baybay, FZ. Mernissi
Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fez, Maroc.

Introduction :

Le diagnostic de vitiligo chez l'enfant est souvent vécu comme une source majeure de stress pour les parents, les poussant à multiplier les consultations et à rechercher activement des solutions thérapeutiques. Alors que de nombreuses études ont souligné les retentissements psychologiques du vitiligo sur les enfants, l'impact sur leur entourage familial, et en particulier sur les parents, reste peu exploré. Notre étude vise à mieux comprendre les perceptions, les inquiétudes et les besoins exprimés par les parents confrontés au vitiligo de leur enfant.

Matériel et méthodes :

Une étude prospective transversale a été menée entre avril et juillet 2025. Ont été inclus les parents d'enfants et d'adolescents âgés de moins de 19 ans présentant un vitiligo, quel qu'en soit le type ou l'ancienneté. Au total, 62 participants ont été interrogés dans le cadre d'un entretien structuré, reposant sur un questionnaire comportant 12 items. Ce dernier explorait cinq dimensions principales : impact émotionnel, retentissement social et familial, répercussions professionnelles, conséquences financières, et perception du regard porté par autrui.

Résultats :

Parmi les 62 parents interrogés, 28 déclaraient ressentir fréquemment de l'anxiété ou de la tristesse en lien avec la maladie de leur enfant, 24 exprimaient un sentiment de culpabilité, et 34 rapportaient une peur marquée quant à l'évolution du vitiligo. Vingt-huit parents indiquaient penser quotidiennement à la peau de leur enfant, traduisant une préoccupation constante. Sur le plan social et familial, 27 participants faisaient état d'une altération de leurs relations intrafamiliales et d'un évitement des activités sociales. D'un point de vue professionnel, 21 rapportaient une baisse de concentration au travail, tandis que 28 avaient manqué des journées professionnelles afin d'accompagner leur enfant en consultation ou en séances de photothérapie. Sur le plan financier, 41 familles soulignaient un poids économique important, nécessitant des sacrifices pour faire face aux dépenses liées au traitement. Enfin, 35 parents se disaient préoccupés par le regard porté sur leur enfant, et 22 rapportaient des épisodes de moqueries ou de discriminations.

L'impact émotionnel parental était significativement associé à une atteinte cutanée visible (mains, jambes, visage), à une surface corporelle atteinte plus étendue, ainsi qu'à une forme évolutive active de la maladie, renforçant la peur de son aggravation. Le sentiment de culpabilité était plus fréquemment observé chez les parents d'enfants ayant des antécédents familiaux de vitiligo. L'atteinte du visage était également corrélée à une fréquence accrue des pensées intrusives liées à la maladie et à une anxiété plus marquée face au regard des autres. Par ailleurs, les localisations au visage et aux mains étaient associées à une dégradation des relations familiales et à un repli social. Enfin, la photothérapie apparaissait comme un facteur impactant significativement la vie professionnelle des parents, en raison des absences répétées qu'elle induisait. Aucune corrélation statistiquement significative n'a été retrouvée entre l'âge, le sexe de l'enfant ou la durée d'évolution de la maladie et la qualité de vie globale des parents.

Discussion :

Notre étude met en évidence que le vitiligo de l'enfant constitue une source majeure de stress et de bouleversement émotionnel pour les parents. Cet impact psychologique est d'autant plus marqué lorsque la maladie touche des zones exposées telles que le visage ou les mains, ou lorsqu'elle évolue de manière active, indépendamment de l'étendue globale des lésions. Le sentiment de culpabilité, particulièrement prégnant chez les parents dont l'enfant présente un antécédent familial de vitiligo, témoigne d'un poids émotionnel personnel accru.

Au-delà des dimensions affectives, les répercussions sociales, familiales, professionnelles et économiques apparaissent significatives. Celles-ci sont notamment exacerbées par les contraintes organisationnelles liées aux traitements, en particulier la photothérapie. Nos résultats suggèrent que la charge psychosociale parentale ne relève pas uniquement de paramètres cliniques objectifs, mais qu'elle est également influencée par la visibilité des lésions, la perception sociale de la maladie et l'expérience subjective propre à chaque famille.

Ces données soulignent la nécessité d'une approche globale et intégrée dans la prise en charge du vitiligo pédiatrique, incluant systématiquement un soutien psychologique à destination des parents.

Conclusion :

Notre étude met en lumière la nécessité d'une prise en charge holistique du vitiligo pédiatrique, dans laquelle le dermatologue intervient non seulement sur le plan thérapeutique, mais aussi comme relais d'écoute, d'accompagnement psychologique et d'orientation des familles vers un soutien adapté.

Vitiligo induit par immunothérapie anti–PD-1 chez un patient atteint de lymphome de Hodgkin

Y. Farai1; W. Boudi1; Z. Youssef1; M. El Amraoui1; I. Anouar1; R. Frikh 1; H. N.1
Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction: Les inhibiteurs de points de contrôle immunitaire, en particulier les anticorps monoclonaux dirigés contre le récepteur PD-1 tels que le nivolumab, ont transformé la prise en charge des lymphomes de Hodgkin en situation de rechute ou de résistance. Ces agents restaurent la réponse immunitaire antitumorale en inhibant les voies de tolérance immunitaire tumorale. Cependant, cette réactivation peut s'accompagner d'effets indésirables immuno-induits, notamment cutanés. Si les manifestations dermatologiques sont bien caractérisées chez les patients atteints de mélanome, elles restent rarement décrites dans les hémopathies malignes.

Observation: Un patient âgé de 24 ans, suivi pour un lymphome de Hodgkin classique de type scléronodulaire, a été traité par brentuximabvedotin, puis par nivolumab à la dose de 100 mg administrée toutes les deux semaines. Six mois après l'instauration de l'immunothérapie, il a rapporté l'apparition progressive de lésions hypopigmentées asymptomatiques, sans facteur déclenchant identifié ni épisode inflammatoire local préalable. L'examen dermatologique objectivait des macules hypochromiques bien délimitées, de forme arrondie à ovalaire, localisées sur la face antérieure du poignet gauche. À la lampe de Wood, ces lésions présentaient une fluorescence blanche homogène, en faveur d'une dépigmentation par perte mélanocytaire. Le patient ne présentait aucun antécédent personnel ou familial de pathologie auto-immune, notamment de vitiligo. L'interrogatoire était par ailleurs négatif pour toute autre manifestation systémique ou effet indésirable lié au traitement.

Discussion : Les inhibiteurs de PD-1, tels que le nivolumab, peuvent induire divers effets indésirables cutanés immuno-induits, parmi lesquels figure le vitiligo, bien documenté dans le mélanome avec une incidence pouvant atteindre 25% en situation métastatique. En revanche, ce type de dépigmentation est rarement décrit dans les hémopathies malignes, notamment dans le lymphome de Hodgkin. La physiopathologie demeure incertaine. Dans le mélanome, elle serait liée à une réponse immunitaire dirigée contre les mélanocytes par mimétisme antigénique. Dans les tumeurs non mélanomateuses, des mécanismes tels qu'une activation lymphocytaire T non spécifique ou la révélation d'une susceptibilité auto-immune sont évoqués. Dans notre cas, le tableau clinique était typique, sans retentissement systémique ni terrain auto-immun identifié. Le traitement par Nivolumab a été maintenu. La prise en charge reposait sur l'application de dermocorticoïdes de classe forte ou d'inhibiteurs de la calcineurine en topique. La photothérapie peut être envisagée en cas de progression ou de retentissement psychologique.

Conclusion : Ce cas illustre la possibilité de survenue de vitiligo induit dans un contexte non mélanique, et souligne l'importance d'une vigilance dermatologique chez les patients sous immunothérapie, indépendamment de la nature de la tumeur cible. La reconnaissance de ces effets secondaires permet une prise en charge adaptée sans compromettre l'efficacité du traitement oncologique.

Vitiligo induit par le létrozole chez une patiente atteinte d'un cancer du sein métastatique

S. El Mellouki1; L. Alami1; W. Boudi1; Z. Youssef1; M. El Amraoui1; R. Frikh 1
1Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction : La dépigmentation vitiligo-like constitue un effet secondaire rare mais de plus en plus rapporté lors des thérapies anticancéreuses, notamment avec les inhibiteurs des kinases cycline-dépendantes 4 et 6 (CDK4/6). Trois inhibiteurs CDK4/6 principaux existent : le ribociclib, le palbociclib et l'abémaciclib, avec une majorité des cas décrits sous ribociclib. En revanche, les données concernant la survenue d'un vitiligo sous inhibiteurs de l'aromatase comme le létrozole sont encore très limitées. Nous rapportons ici, à notre connaissance, le premier cas documenté de vitiligo induit par le létrozole en monothérapie chez une patiente atteinte d'un cancer du sein métastatique. Ce cas vise à sensibiliser les praticiens à ce potentiel effet secondaire et à renforcer l'importance d'un suivi dermatologique régulier au cours de l'hormonothérapie prolongée.

Observations : Une patiente ménopausée de 72 ans présentant un cancer du sein métastatique récepteurs hormonaux positifs (RH+) et HER2 négatif a été traitée par létrozole en première intention. elle a développé progressivement des lésions achromiques asymptomatiques localisées principalement au visage, aux mains et au tronc. À l'examen clinique, les lésions consistaient en des macules bien limitées, hypopigmentées, avec îlots de repigmentation ni poliose, se rehaussant modérément sous lumière de Wood. Un bilan approfondi incluant l'histopathologie et la recherche d'auto-anticorps a permis d'exclure les diagnostics différentiels tels que le vitiligo auto-immun ou une dépigmentation liée à d'autres médicaments.

Discussion : La prise en charge dermatologique, comprenant l'application de dermocorticoïdes et d'inhibiteurs de la calcineurine, n'a entraîné qu'une légère amélioration des lésions. Compte tenu de l'efficacité thérapeutique du létrozole sur le contrôle de la progression tumorale, le traitement a été maintenu sous surveillance dermatologique stricteavec une stabilité des lésions existantes et l'absence d'apparition de nouvelles macules hypopigmentées. Le mécanisme pathogénique proposé serait lié à une apoptose prématurée des mélanocytes induite par les traitements ciblés, phénomène également observé avec les inhibiteurs CDK4/6. À ce jour, la valeur pronostique d'un vitiligo médicamenteux chez les patientes sous inhibiteurs de l'aromatase reste à déterminer en raison du faible nombre de cas rapportés.

Conclusion : Bien que rares, les lésions type vitiligo peuvent survenir sous létrozole, suggérant que les inhibiteurs de l'aromatase pourraient occasionnellement contribuer à un dysfonctionnement mélanocytaire ou à des altérations immuno-médiées de la peau. Une sensibilisation accrue des cliniciens à cet effet secondaire et un suivi dermatologique régulier sont nécessaires. Des études complémentaires permettront de mieux comprendre les mécanismes impliqués et d'optimiser la prise en charge thérapeutique des patientes concernées.

QUALITÉ DE VIE

Comparaison de la qualité de vie chez des patients psoriasiques traités par biothérapie versus traitements conventionnels

S.JEBBOUJE[1], F. El FETOIKI [1], H. RACHADI[1], B.BAGHAD[1], Fz. BENHAYOUN[1] S.CHIHEB[1]
[1] Service de dermatologie vénérologie, CHU Ibn Rochd Casablanca

Introduction :

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique impactant significativement la qualité de vie (QdV). Les biothérapies ont montré une efficacité supérieure sur le contrôle des lésions, mais leur impact comparatif sur la QdV par rapport aux traitements conventionnels reste à documenter dans notre contexte.

L'objectif de notre étude est de comparer la QdV de patients atteints de psoriasis traités par Cosentyx® (secukinumab) versus traitements conventionnels (dermocorticoïdes, photothérapie, méthotrexate).

Matériels et méthodes :

Étude observationnelle rétrospective sur deux ans de 2023 à 2025 menée au sein de notre de service de dermatologie au CHU Ibn Rochd de Casablanca . La QdV a été évaluée par le Dermatology Life Quality Index (DLQI) avant et après 6 mois de traitement. Les comparaisons intergroupes ont été réalisées par test t de Student selon la distribution des données ($p < 0,05$ significatif).

Résultats :

63 patients ont été inclus dans notre étude, 16 (25,4 %) ont été traités par secukinumab et 47 (74,6 %) par traitement conventionnel, comprenant 31 patients sous méthotrexate et 16 sous dermocorticoïdes/photothérapie. L'âge moyen était de 44,2 ± 11,3 ans dans le groupe biothérapie et de 46,5 ± 12,1 ans dans le groupe conventionnel, sans différence significative ($p = 0,48$). La durée moyenne d'évolution du psoriasis était comparable entre les deux groupes (12,5 ± 6,1 ans vs 11,9 ± 5,8 ans, $p = 0,67$).

Le DLQI initial était élevé dans les deux groupes, traduisant un retentissement majeur sur la qualité de vie (secukinumab: 21,3 ± 3,4 ; conventionnel : 20,8 ± 3,7 ; $p = 0,64$). À 3 mois, une diminution significative du DLQI était observée dans le groupe secukinumab (9,1 ± 2,8 ; $p < 0,001$ par rapport à l'inclusion) et dans une moindre mesure dans le groupe conventionnel (15,4 ± 3,2 ; $p < 0,01$).

À 6 mois, l'amélioration se confirmait, avec un DLQI moyen de 4,5 ± 1,9 dans le groupe secukinumab contre 12,1 ± 2,7 dans le groupe conventionnel, la différence intergroupe étant hautement significative ($p < 0,001$). La réduction relative du DLQI entre M0 et M6 était de 78,9 % pour le groupe secukinumab et de 41,8 % pour le groupe conventionnel. Aucun effet indésirable grave n'a été rapporté dans les deux groupes.

Discussion :

Notre étude montre que le secukinumab améliore plus rapidement et plus fortement la qualité de vie des patients psoriasiques que les traitements conventionnels, avec une réduction du DLQI de 79 % contre 42 % à 6 mois. Ces résultats concordent avec les essais cliniques (CLEAR, FIXTURE) et les données de Thaçi et al., qui rapportent une amélioration significative dès les premières semaines sous inhibiteurs de l'IL-17A. L'écart observé s'explique probablement par la puissance anti-inflammatoire et la rapidité d'action du secukinumab, contrastant avec l'efficacité plus limitée et la tolérance variable des traitements classiques.

Conclusion :

Dans notre cohorte, le traitement par secukinumab a entraîné une amélioration significativement plus importante de la qualité de vie par rapport aux traitements conventionnels, confirmant l'intérêt des biothérapies dans la prise en charge des formes modérées à sévères de psoriasis.

DIVERS

La sébocystomatose : une pathologie rare à connaitre

K.DIAA, R.BOUFETTAMA, N.AMMAR, S.HAMADA, M.MEZIANE, N.ISMAILI, L.BENZEKRI

Introduction

La sébocystomatose est une affection héréditaire rare, caractérisée par l'apparition de multiples kystes cutanés remplis de sébum. Elle est considérée comme une malformation hamartomateuse du conduit pilosébacé. Cette affection peut survenir dès l'enfance ou l'adolescence et persister à l'âge adulte. Bien que son étiologie demeure incertaine, il est supposé qu'une mutation génétique affectant le gène de la kératine 17, situé sur le chromosome 17, pourrait en être responsable. Nous rapportons le cas d'un jeune homme de 30 ans se présentant avec de multiples kystes cutanés.

Observation

Il s'agit d'un patient de 30ans, sans antécédents personnels ou familiaux notables, qui consulte pour des lésions cutanées asymptomatiques évoluant depuis plus de 15ans. L'examen physique révélait de multiples kystes sous-cutanés, de consistance ferme, de couleur chair, mesurant entre 1 à 3cm de diamètre, localisés au niveau du tronc, dos, cou, et extrémité céphalique. Les lésions étaient indolores, non prurigineuses, sans signes d'inflammation ou de suppuration, mais le patient rapportait l'apparition progressive de nouvelles lésions motivant sa consultation. Une biopsie cutanée a été réalisée objectivant de multiples kystes, revetus d'un épithélium squameux stratifié sans couche granulaire. La paroi des kystes contenait des glandes sébacées, apocrines et eccrines avec des follicules pileux avortés, ainsi que des invaginations épithéliales contenant du glycogène et de l'amylophosphorylase. Le diagnostic de sébocystomatose a été retenu devant les éléments anamnestiques, cliniques et histologiques.Une décision de traitement par isotrétinoine a été prise, sans aucune amélioration, sous réserve d'une mauvaise observance thérapeutique de la part du patient.

Discussion

La sébocystomatose est une maladie génétique rare de transmission autosomique dominante ou récessive, due à une mutation du gène de la kératine 17 localisé sur le chromosome 17, qui joue un rôle essentiel dans l'intégrité structurelle des cellules épithéliales, ce qui entraine le développement de nombreuses malformations hamartomateuses au niveau de la jonction du conduit pilo-sébacé. La maladie peut également survenir de manière sporadique. Elle touche aussi bien l'homme que la femme, et se manifeste généralement durant l'enfance ou l'adolescence, et les lésions se multiplient et augmentent de taille pendant la puberté et jusqu'à l'âge adulte. La sébocystomatose se manifeste cliniquement par de multiples kystes affectant les régions séborrhéiques, tels que le visage, le tronc, le cou, les aisselles, le périnée mais également l'abdomen et les membres supérieurs. Ces lésions sont souvent de couleur jaunâtre, arrondis, fermes ou mous à la palpation, mesurant 1 à 5cm de diamètre, et de croissance lente, les lésions superficielles ont souvent une coloration jaunâtre, tandis que les lésions plus profondes ont plutôt une couleur chair. Les lésions sont souvent asymptomatiques, mais peuvent s'infecter et s'inflammer et devenir douloureuses. Des formes plus rares, telles que des formes localisées, généralisées, acrales ou congénitales linéaires ont été décrites. L'étude histologique des lésions met en évidence des cavités kystiques situées dans le derme moyen à paroi fine, sans couche granulaire. La principale caractéristique histologique, est la découverte de glandes sébacées, de lobules sébacés, de sébocytes isolés ou d'éléments sébacés atrophiques contenus dans la paroi de ces kystes. Le diagnostic différentiel peut se poser avec une acné conglobata, des kystes épidermoides ou dermoides, des hydrocystomes ou encore des spiradénomes multiples. La sébocystomatose représente un véritable défi thérapeutique, les options thérapeutiques disponibles sont souvent décevantes. On peut proposer l'excision chirurgicale mais au prix de cicatrices multiples, l'électrocoagulation, la cryothérapie, le laser, l'injection de corticoïdes, les antibiotiques oraux et les rétinoïdes, mais les résultats sont souvent médiocres et insatisfaisants, et les effets secondaires sont non négligeables.

Conclusion

La sébocystomatose est une affection bénigne peu commune, caractérisée par la présence de multiples kystes cutanés asymptomatiques. La biopsie cutanée permet en général de poser le diagnostic. Le traitement de cette affection est souvent décevant.

Profil épidémiologique et facteurs associés aux pathologies vulvaires en consultation spécialisée : étude prospective sur deux ans

Y.Mahdar[1], F.Hali[1], R.Bousmara[1], H.El Bokhari[1], M.Bensouda[2], N.Samouh[2], S.Chiheb[1]
1 : Service de Dermatologie, CHU Ibn Rochd de Casablanca, Maroc
2 : Service de gynécologie, CHU Ibn Rochd de Casablanca, Maroc

Introduction

Les pathologies vulvaires présentent une grande hétérogénéité clinique, rendant leur diagnostic parfois complexe. En consultation spécialisée, leur profil reste peu documenté. Cette étude prospective vise à caractériser les pathologies vulvaires les plus fréquentes et à analyser les facteurs associés.

Matériels et méthodes

Étude prospective, transversale et analytique sur deux ans, incluant toutes les patientes vues en consultation spécialisée hebdomadaire pour pathologie vulvaire. Les données cliniques, paracliniques et thérapeutiques ont été recueillies via une fiche standardisée. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel Jamovi ($p < 0,05$).

Résultats

Parmi les 70 patientes incluses (âge moyen : 54 ans), les symptômes les plus fréquents étaient le prurit (84,3 %) et une évolution chronique (> 6 mois) était retrouvée dans 81,4 % des cas. Les dermatoses inflammatoires représentaient 47,1 % des cas, dominées par le lichen scléreux (21,4 %). Les étiologies infectieuses concernaient 40 % des cas, principalement des vulvites candidosiques aiguës (17,1 %) et des condylomes (10 %). Des lésions tumorales ou pré- cancéreuses ont été retrouvées dans 12,9 % des cas, et des remaniements anatomiques dans 10 %.Les traitements prescrits étaient variables, incluant selon les cas des traitements topiques, systémiques ou des gestes destructeurs/chirurgicaux.

L'analyse statistique a mis en évidence des associations significatives entre les infections vulvaires et le célibat ($p = 0,005$; OR = 1,2), la nulliparité ($p = 0,022$; OR = 1,74), ainsi qu'un effet protecteur de la ménopause ($p = 0,003$; OR = 0,586). Les pathologies tumorales étaient associées à une durée évolutive plus longue ($p = 0,039$).

Discussion

Les dermatoses inflammatoires, en particulier le lichen scléreux, constituent le principal motif de consultation spécialisée. Les infections virales restent fréquentes. L'analyse statistique suggère un lien entre nulliparité et infections, possiblement influencé par des facteurs hormonaux ou comportementaux. La ménopause, en modifiant le pH et l'écosystème vulvo-vaginal, semble exercer un effet protecteur. Ces résultats confirment l'intérêt d'une approche multidisciplinaire et d'un dépistage précoce, notamment devant les formes chroniques ou atypiques.

Conclusion

Les pathologies vulvaires présentent une diversité étiologique dominée par les dermatoses inflammatoires et infectieuses. L'identification des facteurs sociodémographiques associés pourrait guider le raisonnement diagnostique et optimiser la prise en charge, en particulier pour les formes tumorales à diagnostic souvent retardé.

Cytostéatonécrose nasale : une localisation inhabituelle révélée par une tuméfaction du nez

Y.Mahdar[1], F.Hali[1], R.Chelly[2], R. Abada[2], S.Chiheb[1]
1 : Service de Dermatologie, CHU Ibn Rochd de Casablanca, Maroc
2 : Service d'oto-rhino-laryngologie, CHU Ibn Rochd de Casablanca, Maroc

Introduction :
La cytostéatonécrose est une panniculite rare, caractérisée par une nécrose des adipocytes, consécutive à une libération enzymatique ou à une ischémie locale. Elle survient typiquement au niveau des extrémités ou des régions sous-cutanées riches en graisse. L'atteinte isolée de la pyramide nasale est exceptionnelle et rarement décrite. Nous rapportons un cas inhabituel de cytostéatonécrose nasale mimant un abcès, ayant nécessité une approche diagnostique multidisciplinaire.

Observation :
Une patiente de 42 ans, suivie pour glaucome congénital opéré, consulte pour une tuméfaction douloureuse du nez évoluant depuis 15 jours, sans signes infectieux associés. Un traitement antibiotique empirique et corticothérapie ont été initiés sans amélioration. L'examen clinique a retrouvé une tuméfaction molle, œdémateuse, sensible, surmontée d'un orifice en regard de l'aile du nez droite. L'IRM a révélé un aspect infiltratif non spécifique. Une biopsie cutanée a révélé un infiltrat histiocytaire modéré avec lipophagie et cellules géantes autour d'adipocytes, sans produit exogène visible, concluant à une cytostéatonécrose modérée. Compte tenu du retentissement esthétique et psychologique important pour la patiente, très demandeuse d'une solution thérapeutique active, une prise en charge chirurgicale a été proposée.

Discussion :
La cytostéatonécrose, bien que rare, doit être évoquée devant toute tuméfaction sous-cutanée persistante, notamment en absence de signes infectieux ou inflammatoires évidents. Le traumatisme local, même mineur ou passé inaperçu, est un facteur déclenchant reconnu. Dans ce cas, aucune injection ni traumatisme n'ont été formellement identifiés, mais l'hypothèse d'un traumatisme local ancien ou d'une origine iatrogène restent possible. L'histologie a permis d'écarter une origine infectieuse ou granulomateuse. Le traitement repose sur une prise en charge symptomatique, avec une surveillance attentive. La chirurgie n'est indiquée qu'en cas de masses fibreuses persistantes ou d'évolutions extensives.

Conclusion :
Ce cas met en lumière une **localisation atypique de cytostéatonécrose** au niveau nasal. Devant une tuméfaction sous-cutanée inexpliquée du visage, non améliorée par les antibiotiques, il est essentiel d'évoquer cette entité rare. L'imagerie est utile pour exclure les diagnostics différentiels, mais **la confirmation reste histologique.**

Pigmentation progressive d'un membre inférieur chez une adolescente atteinte de sarcome d'Ewing : comment y voir plus clair ?

L.Mouline, M.Chaouki, B.Idrissi, N.Ammar, S.Hamada, M.Meziane, N.Ismaili, L.Benzekri N.EL Ansari, M.Lakhrissi, L.Hessissen

Service de Dermatologie Vénérologie, Chu Ibn Sina, Rabat

Service d'Hémato Oncologie Pédiatrique, Hôpital d' Enfants, Rabat

Introduction :

La dermatose terra firma-forme (TFFD) est une affection bénigne de la kératinisation, caractérisée par des plaques brun-gris résistantes au lavage mais disparaissant au test à l'alcool. Sous diagnostiquée, elle peut simuler des dermatoses plus graves. Nous rapportons l'observation d'une adolescente adressée pour suspicion de dermatose paranéoplasique dans un contexte oncologique.

Observation :

Une patiente de 15 ans, suivie pour sarcome d'Ewing métastatique du fémur droit, présentait depuis trois mois une pigmentation brun-grisâtre progressive du membre opéré, apparue un mois après la chirurgie. Les lésions, indolores et non prurigineuses, s'étendaient vers la racine de la cuisse où elles devenaient plus sombres. L'examen montrait de larges lamelles polygonales de couleur brun-gris avec une acentuation du quadrillage cutané conférant au membre u aspect « sale ». Il n'y avait par ailleurs pas de notion de défaut d'hygiène après la chirurgie. La dermoscopie révélait un aspect en mosaïque brun- gris sombre. Le test à l'alcool a permis la disparition complète des lésions, confirmant le diagnostic de Dermatose Terra Firma Forme.

Discussion :

La TFFD, décrite pour la première fois en 1987 Duncan sous le terme de *"dirty dermatosis",* est une affection bénigne souvent confondue avec un acanthosis nigricans, la dermatosis neglecta, la papillomatose confluente et réticulée ou le pityriasis versicolor. Contrairement à la dermatosis neglecta, elle survient malgré une hygiène normale, et le lavage vigoureux reste inefficace. La dermoscopie permet une orientation non invasive, montrant
typiquement des lamelles polygonales en mosaïque de couleur brun sombre. L'histologie, rarement indiquée, rapporte une hyperkératose lamellaire et une papillomatose discrète. Ce cas illustre l'importance de connaître ce diagnostic bénin, particulièrement chez des patients oncologiques où il peut susciter une inquiétude disproportionnée.

Conclusion :

La dermatose terra firma-forme, bien que bénigne, est source d'errance diagnostique et d'inquiétude pour les patients. Le recours simple au test à l'alcool permet une confirmation rapide, évitant des explorations inutiles et des traitements inappropriés. Sa reconnaissance est essentielle en pratique quotidienne, en particulier dans les populations pédiatriques.

Kératolyse exfoliative atypique chez un adulte militaire de phototype foncé en zone désertique : apport iconographique et diagnostic différentiel des desquamations palmoplantaires

S.BARAZ, R.BABA, M.AMRAOUI, Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA
Service de dermatologie vénérologie, Hopital militaire d'instruction Mohammed V RABAT

Introduction :

La kératolyse exfoliative est une dermatose bénigne et récidivante caractérisée par une desquamation palmoplantaire lamellaire, le plus souvent rapportée chez de jeunes adultes à phototype clair. Son expression clinique sur peau foncée reste rarement décrite. Les facteurs environnementaux, tels que chaleur, transpiration excessive et exposition à des irritants, jouent un rôle déclenchant important.

Observation :

Nous rapportons le cas d'un patient de 23 ans, militaire, phototype foncé, en mission dans une zone désertique, consultant pour une desquamation bilatérale des paumes et des plantes évoluant depuis quelques jours. L'examen clinique retrouvait un décollement lamellaire superficiel en collaret, non inflammatoire, non prurigineux et indolore. L'interrogatoire éliminait toute prise médicamenteuse récente et retrouvait un épisode fébrile mineur deux semaines auparavant. Aucun autre signe cutanéo-muqueux n'était présent.

Discussion :

Le diagnostic principal retenu était celui de kératolyse exfoliative, entité bénigne favorisée par les conditions de travail extrêmes du patient : chaleur intense, transpiration prolongée, port de gants et contact répété avec des détergents. Le diagnostic différentiel inclut : dermatite de contact, eczéma dyshidrosiforme, psoriasis palmoplantaire, tinea manuum, kératodermies héréditaires, ainsi que desquamations post-infectieuses ou médicamenteuses. La particularité de ce cas réside dans sa présentation sur peau foncée, où l'absence d'érythème rend le diagnostic plus difficile, l'iconographie devenant un outil clé.

Conclusion :

Ce cas met en lumière l'importance des facteurs environnementaux et professionnels dans la genèse des dermatoses bénignes telles que la kératolyse exfoliative. Il souligne également la nécessité de mieux documenter ces présentations chez les patients à phototype foncé, encore sous-représentés dans la littérature. L'iconographie dermatologique, enrichie par des contextes particuliers comme les conditions militaires en zone désertique, contribue à améliorer la reconnaissance et la compréhension de cette entité.

Dermatose purpurique pigmentée unilatérale du membre inférieur : lichen aureus localisé sur terrain d'insuffisance veineuse chronique

S.BARAZ, R.BABA, I.ANOUAR, M.AMRAOUI, Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA
Service de dermatologie vénérologie, Hopital militaire d'instruction Mohammed V RABAT

Introduction

Les dermatoses purpuriques pigmentées (DPP) regroupent un ensemble de capillarites chroniques bénignes, caractérisées par des dépôts d'hémosidérine, une inflammation périvasculaire lymphocytaire et une pigmentation prolongée. Parmi leurs variantes, le lichen aureus (LA) demeure rare, généralement unilatéral, à teinte cuivrée et souvent localisé aux membres inférieurs. Les formes strictement unilatérales sont exceptionnelles et leur association à une insuffisance veineuse chronique est peu rapportée, offrant une opportunité unique d'explorer les interactions entre pathophysiologie vasculaire locale et manifestations cutanées.

Observation

Il s'agit d'une patiente de 38 ans, présentant des antécédents d'insuffisance veineuse périphérique et un goitre sous traitement, qui consulte pour des lésions évoluant depuis un an. Les lésions sont pigmentées, orangées à brunâtres, parsemées de quelques éléments purpuriques persistants, légèrement prurigineuses et strictement localisées au membre inférieur droit. L'examen dermoscopique révèle un fond cuivré rougeâtre ponctué de globules rouge-brun, en accord avec les caractéristiques typiques des DPP.

Discussion

Sur le plan physiopathologique, les DPP reposent sur une capillarite lymphocytaire chronique avec extravasation érythrocytaire et dépôt d'hémosidérine. Des travaux récents mettent en évidence un rôle clé des médiateurs immuno-inflammatoires tels que LFA-1, ICAM-1 et ELAM-1, témoignant d'une réponse immunitaire à médiation cellulaire dirigée contre l'endothélium. Certaines observations rapportent même un épidermotropisme lymphocytaire T, suggérant, dans de rares cas, une possible évolution vers un lymphome cutané à cellules T.

Sur le plan thérapeutique, aucune approche standardisée n'a été établie à ce jour. Les options décrites incluent antihistaminiques, corticostéroïdes topiques, photothérapie, association rutoside-acide ascorbique, colchicine, pentoxifylline, griséofulvine, tacrolimus ou encore UVB/PUVA. Les réponses restent variables et semblent influencées par des facteurs immunomodulateurs, comme en témoigne la survenue iatrogène de DPP sous anti-TNF-α rapportée dans la littérature.

L'intérêt scientifique de notre observation repose sur la conjonction d'une localisation strictement unilatérale et d'un terrain d'insuffisance veineuse chronique, une configuration rarement décrite. Cette association illustre un possible lien physiopathologique entre stase veineuse, fragilité capillaire, inflammation périvasculaire et pigmentation hémosidérinique.

Conclusion

Ce cas illustre une forme rare de lichen aureus unilatéral, probablement favorisé par une insuffisance veineuse chronique. Il souligne la pertinence d'une analyse clinico-dermoscopique intégrée aux données récentes sur la pathogenèse immuno-inflammatoire des DPP et ouvre des perspectives thérapeutiques individualisées. Cette observation enrichit la compréhension des corrélations entre pathologie vasculaire locale et dermatoses pigmentaires.

Kératose séborrhéique aréolaire ,localisation rare et inhabituelle : tumeur bénigne dans une zone à risque

H. Ammari, M.el Amraoui ,F.Maatalaoui 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 : La kératose séborrhéique (KS) est une tumeur cutanée bénigne fréquente chez l'adulte, Elles se développent préférentiellement dans les zones séborrhéiques, notamment le visage et le tronc mais sa localisation péri mamelonnaire est rare et peu documentée.
Observation : Nous rapportons le cas d'une patiente âgé de 29 ans, sans antécédents pathologiques notables, consultait pour une lésion aréolaire droite évoluant depuis l'adolescence. L'examen clinique retrouvait une lésion noirâtre à surface kératosique, cérébriformes, Bien délimitée, donnant l'impression d'être "collée" sur la peau, indolore. Encerclant le mamelon droit. La dermoscopie révélait des pseudo kystes cornés et un motif en « nid d'abeille », pseudo-comédons, typiques d'une KS, Une biopsie cutanée a confirmé l'absence d'atypies, écartant une maladie de Paget ou un mélanome, et confirmant une kératose séborrhéique .
Discussion : La kératose séborrhéique Unique ou multiples, elles épargnent les muqueuses, les paumes et les plantes et se situent volontiers dans les zones séborrhéiques du visage, du décolleté ou du dos. Elles apparaissent, le plus souvent vers l'âge de 40 ans, mais peuvent apparaître dès l'adolescence chez l'homme comme chez la femme. Sa survenue au niveau du complexe aréolo-mamelonnaire est exceptionnelle, avec moins d'une dizaine de cas documentés dans la littérature. Cette rareté s'explique par La nature particulière de l'épiderme aréolaire, Le faible taux de prolifération kératinocytaire, Le biais diagnostique, Le traitement repose sur l'exérèse chirurgicale, le curetage, la cryothérapie par azote liquide, l'application d'acide trichloracétique, l'électro-section ou l'ablation par laser CO_2.
Conclusion bien que rare, doit être intégrée au diagnostic différentiel des lésions pigmentées du sein. Son identification repose sur une triple approche : clinique, dermoscopique et histologique. Une exérèse prudente est recommandée pour éliminer formellement une pathologie maligne, tout en préservant la fonction et l'esthétique du mamelon.

Papillomatose réticulée et confluente de Gougerot et Carteaud extensive : présentation clinique atypique et corrélation histo-dermoscopique chez une jeune adulte obèse

S.BARAZ, R.BABA, H.KERROUCH, M.AMRAOUI, Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA
Service de dermatologie vénérologie, Hopital militaire d'instruction Mohammed V RABAT

Introduction :

La papillomatose réticulée et confluente de Gougerot et Carteaud (PRGC) est une dermatose pigmentée kératosique rare, caractérisée par des papules hyperkératosiques brunâtres, confluentes au centre et disposées en réseau en périphérie, prédominant sur le tronc. Sa physiopathologie reste mal élucidée, impliquant probablement une anomalie de kératinisation, parfois favorisée par des facteurs endocriniens (résistance à l'insuline, obésité) ou microbiologiques (*Malassezia* spp., *Dietzia* spp.).

Observation :

Patiente de 26 ans, IMC = 32, sans antécédents notables, présentant depuis deux ans des papules hyperpigmentées brun foncé, à surface verruqueuse, confluentes par zones, avec disposition réticulée. Les lésions prédominaient en région inter-mammaire, s'étendaient au tronc antérieur et postérieur, avec atteinte dorsale, et étaient associées à un prurit discret. La dermoscopie montrait un réseau pigmentaire irrégulier sur fond brun-noir, entrecoupé de zones hyperkératosiques papuleuses formant un motif réticulé. L'histologie retrouvait un revêtement épidermique acanthosique et papillomateux avec hyperkératose orthokératosique, hyperpigmentation légère de la basale, et un derme fibreux comportant un discret infiltrat inflammatoire mononucléé périvasculaire, confirmant la PRGC.

Discussion :

La PRGC se distingue cliniquement par sa disposition réticulée et sa topographie tronculaire, mais des localisations intertrigineuses, comme dans ce cas, sont rarement rapportées. Le diagnostic différentiel inclut l'acanthosis nigricans, les dermatites pigmentaires réticulées et les kératoses pigmentées post-inflammatoires. L'association à l'obésité suggère un possible lien physiopathologique avec la résistance à l'insuline, déjà évoqué dans la littérature. La dermoscopie apparaît comme un outil complémentaire précieux, permettant de visualiser la structure papillomateuse et la distribution pigmentaire caractéristique.

Conclusion :

Cette observation illustre une forme extensive et atypique de PRGC associant topographie intertrigineuse et tronculaire, confirmée histologiquement. Elle souligne l'importance de la corrélation clinico-dermoscopique-histologique et la nécessité d'explorer les facteurs métaboliques sous-jacents afin d'optimiser la prise en charge.

Ulcérations cutanées chroniques révélant une panniculite goutteuse

S. Lazouzi, F. Hali, B. Baghad, S. Chiheb
Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction :

La goutte est une arthropathie inflammatoire liée au dépôt de cristaux d'urate dans les articulations. Dans les formes chroniques, ces dépôts peuvent s'étendre aux tissus sous-cutanés et, rarement, évoluer vers des ulcérations cutanées chroniques. Nous rapportons un cas illustrant cette complication rare, dont l'originalité tient à son caractère multifactoriel et à la complexité diagnostique associée.

Observation :

Un homme de 50 ans, diabétique de type 2, dyslipidémique, coronarien, atteint de goutte depuis 7 ans sous allopurinol 300 mg/j présentait des ulcères chroniques des jambes évoluant depuis plus de 5 ans à la suite de traumatismes minimes. L'examen retrouvait des ulcères à fond fibrino-hémorragique, des cicatrices atrophiques hypopigmentées aux deux jambes (Fig. 1), ainsi qu'une obésité facio-tronculaire (IMC = 32,1), un érythème facial avec télangiectasies, et de larges vergetures pourpres abdominales révélant un syndrome de Cushing iatrogène. La biopsie cutanée montrait des dépôts dermo-hypodermiques de cristaux jaunâtres évocateurs de tophi goutteux, avec une nécrose graisseuse sous-cutanée. Le dosage d'acide urique était normal. L'échodoppler veineux et artériel des membres inférieurs objectivait une incompétence de la grande veine saphène et une absence de flux dans les artères fibulaires. Le traitement, basé sur des soins locaux et des pansements hydrocolloïdes, a permis une cicatrisation des ulcères existants mais de nouvelles lésions apparaissaient après des traumatismes minimes.

Discussion :

La goutte se manifeste par des atteintes variées, incluant l'arthropathie chronique et les dépôts tophacés. Bien que jusqu'à 35 % des patients développent une goutte tophacée, les ulcérations cutanées restent exceptionnelles et surviennent typiquement au niveau des tophi en cas d'hyperuricémie mal contrôlée et de traumatismes répétés, notamment aux jambes.

Dans notre cas, l'uricémie était normale, probablement en raison du traitement prolongé par allopurinol, mais cela souligne l'intérêt de rechercher d'autres facteurs contributifs aux ulcères. Les comorbidités connues pour altérer la cicatrisation, telles que le diabète et l'artériopathie, étaient présentes et sont rapportées dans des cas similaires. La fragilité cutanée liée au syndrome de Cushing, les microtraumatismes répétés et l'insuffisance vasculaire, ont probablement contribué à la chronicité et aux récidives des ulcères.

La prise en charge de la goutte tophacée ulcérée reste mal définie, faute de données fiables. Elle associe soins locaux, débridement chirurgical, voir greffe cutanée. Des topiques comme le collagène ou le gel d'acide citrique ont été utilisés avec des résultats variables, mais le contrôle optimal de l'hyperuricémie et des comorbidités reste la clé du traitement.

Conclusion :

Bien que rare, la goutte tophacée ulcérée est une présentation possible qui doit être envisagée. Sa prise en charge reste complexe et non standardisée, avec seulement quelques cas documentés à ce jour, dont celui que nous rapportons.

Fig. 1

Prurigo pigmentosa idiopathique chez une jeune adulte maghrébine : une dermatose rare encore sous-diagnostiquée

S.BARAZ, R.BABA, T.HANAFI, M.AMRAOUI, Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA
Service de dermatologie vénérologie, Hopital militaire d'instruction Mohammed V RABAT

Introduction :

Le prurigo pigmentosa (PP) est une dermatose inflammatoire rare, décrite pour la première fois par Nagashima en 1971. Il touche préférentiellement les jeunes femmes asiatiques, et reste sous-diagnostiqué hors de ce contexte géographique. Souvent associé à des états de cétose, il peut néanmoins survenir sans facteur déclenchant identifié. Bien qu'un cas ait été publié au Maroc en lien avec une cétose gravidique, les formes idiopathiques y demeurent exceptionnelles. Nous rapportons une observation marocaine de PP sans étiologie évidente, à présentation atypique.

Observation :

Mme S.A., 22 ans, infirmière, sans antécédents médicaux particuliers, consulte pour une éruption prurigineuse récidivante évoluant depuis dix mois. Elle décrit l'apparition de papulo-vésicules très prurigineuses, survenant par poussées au niveau du thorax antérieur et du dos, selon une disposition symétrique en « ailes de papillon », respectant la ligne médiane. Ces lésions évoluent vers une pigmentation réticulée brun-grisâtre. Aucun régime restrictif, jeûne prolongé, trouble métabolique ou prise médicamenteuse n'était retrouvé. L'examen clinique retrouvait des lésions papulo-vésiculeuses excoriées, associées à des zones pigmentées réticulées. La dermoscopie objectivait un réseau pigmenté brun-gris irrégulier (zones résolutives) et un patron étoilé blanc avec croûte centrale et points hémorragiques (zones actives). L'histologie montrait une hyperkératose ortho- et parakératosique, une spongiose focale, quelques corps apoptotiques, un infiltrat lymphocytaire superficiel et des dépôts de mélanine dermique. L'immunofluorescence directe était négative. Le diagnostic de PP idiopathique a été retenu. Un traitement par doxycycline 100 mg/j pendant trois mois a entraîné une disparition complète du prurit et des lésions actives, avec persistance d'une pigmentation post-inflammatoire.

Discussion :

Le diagnostic de PP repose sur une triade : présentation clinique typique (lésions prurigineuses réticulées du tronc), éléments histopathologiques évocateurs et réponse rapide aux cyclines. Cette observation se distingue par l'absence de facteur déclenchant, une topographie atypique « en ailes de papillon » sans atteinte faciale ni des plis, et une évolution prolongée nécessitant un traitement de trois mois. Les diagnostics différentiels incluent la papillomatose confluente et réticulée, le lichen plan pigmentogène et la dermatite lichénoïde. La dermoscopie, rarement décrite en contexte africain, s'est avérée ici particulièrement contributive. Le lien entre PP et cétose est bien établi, mais l'existence de formes idiopathiques soulève la question d'un terrain inflammatoire ou immunologique. Le rôle du jeûne intermittent pratiqué durant le Ramadan mériterait d'être exploré dans de futures études.

Conclusion :

Ce cas illustre l'importance d'évoquer le PP devant une éruption prurigineuse réticulée chronique, même en l'absence de facteur métabolique ou de contexte asiatique. Une meilleure reconnaissance de cette entité dans les pays non endémiques permettrait d'éviter des errances diagnostiques et d'initier rapidement un traitement efficace.

Une Malformation Artério-veineuse Distale Peut-elle Simuler un Mélanome Nodulaire ? Analyse d'un Cas Trompeur

W. Atine ; F. Hali ; S. Chiheb
SERVICE DE DERMATOLOGIE ET DE VENEROLOGIE, C.H.U IBN ROCHD DE CASABLANCA, MAROC

Introduction

Les malformations artério-veineuses (MAV) cutanées sont des anomalies vasculaires à flux rapide, caractérisées par des connexions directes entre artères et veines, sans lit capillaire intermédiaire. Les MAV distales des membres constituent une entité rare, dont l'expression clinique peut prêter à confusion. Nous rapportons ici un cas de MAV distale des membres initialement diagnostiqué à tort comme un mélanome nodulaire.

Observation

Patient âgé de 27 ans, sans antécédents, consultait pour une lésion noire douloureuse de la jambe gauche, apparue il y'a six ans suite à un traumatisme. L'examen dermatologique retrouvait un nodule noir, chaud, non pulsatile, bien limité, de 2,5 cm, à surface verruqueuse et hémorragique et à base infiltrée. La dermoscopie montrait des croûtes hémorragiques, des zones blanchâtres, des vaisseaux tortueux, des hémorragies ponctuées, une décoloration brunâtre et une bordure irrégulière violacée. Le PET scan montrait une lésion hypermétabolique localisée. Un mélanome nodulaire a été suspecté. Une exérèse en monobloc avec des marges de 2 cm a été réalisée. L'analyse histologique concluait à une malformation artério-veineuse dermo-hypodermique sans malignité. Une greffe cutanée a complété le traitement à J15, avec cicatrisation complète sans récidive jusqu'à ce jour.

Discussion

Les MAV distales des membres sont des malformations vasculaires rares, congénitales et souvent tardivement diagnostiquées en raison de signes initiaux discrets. Elles se manifestent par des nodules ou douleurs isolées, évoluant vers des complications cutanées (ulcération, nécrose, hémorragie).
Leur progression peut être favorisée par un traumatisme ou une intervention. Le diagnostic différentiel, notamment avec le mélanome, peut être difficile. Notre cas illustre une MAV révélée après traumatisme. Le traitement repose sur l'embolisation, la chirurgie ou la sclérothérapie, avec nécessité d'un suivi régulier.

Conclusion

Les malformations artérioveineuses distales des membres représentent une pathologie rare mais significative qui nécessite une détection précoce et une gestion appropriée pour éviter les complications graves. Le diagnostic est souvent compliqué en raison de leur aspect clinique similaire à d'autres lésions cutanées dont le mélanome nodulaire d'où l'importance des investigations angiographiques pour confirmer le diagnostic.

Sarcoïdose cutanée et tuberculose thyroïdienne : une association fortuite ou des maladies liées ? À propos d'un cas

F.MAATALLAOUI - M.ELAMRAOUI - H.AMMARI – L ALAMI - T.HANAFI - J.AZHARI - Y.ZEMMEZ - R.FERIKH-N.HEJIRA

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

Introduction : La sarcoïdose et la tuberculose sont des maladies granulomateuses chroniques présentant des similitudes cliniques et histologiques. La distinction entre ces pathologies peut être complexe, d'autant plus lorsqu'elles surviennent successivement chez le même patient. Des cas d'association entre ces deux maladies ont été documentés, mais restent rares. Nous présentons un cas de sarcoïdose cutanée avec atteinte médiastino-pulmonaire suivie d'une tuberculose thyroïdienne après un an d'évolution.

Observation : Une patiente de 56 ans, suivie pour un syndrome des anti-phospholipides et sous anticoagulants, consulte pour des plaques supra-sourcilières bilatérales évoluant progressivement. L'examen physique révèle des plaques érythémato-violacées, non prurigineuses, avec des télangiectasies. La dermatoscopie montre des lésions homogènes jaune-orangé avec un patron vasculaire ramifié. La biopsie cutanée révèle une dermite granulomateuse tuberculoïde non nécrosante, évoquant une sarcoïdose. Un bilan de systématisation révèle une sarcoïdose médiastino-pulmonaire de stade II. La patiente est traitée par corticothérapie générale et infiltrations intralésionnelles. Un an plus tard, elle consulte pour une douleur cervicale, et les explorations révèlent un nodule thyroïdien TIRADS V, confirmé histologiquement comme une tuberculose thyroïdienne. Elle est mise sous antituberculeux avec surveillance clinique et biologique.

Discussion : La tuberculose, causée par *Mycobacterium tuberculosis* ou *bovis*, est caractérisée par une nécrose caséeuse. L'étiologie de la sarcoïdose demeure incertaine, bien que des facteurs infectieux et non infectieux soient impliqués. Les corticostéroïdes et les immunosuppresseurs utilisés pour traiter la sarcoïdose augmentent le risque d'infections mycobactériennes. La sarcoïdose est également associée à un paradoxe immunologique, avec une réponse locale accentuée mais une faible réponse périphérique, ce qui peut favoriser les infections opportunistes comme la tuberculose. Des études montrent que la tuberculose peut être un facteur de risque pour le développement de la sarcoïdose, et inversement. En effet, les patients tuberculeux présentent un risque multiplié par 8 de développer une sarcoïdose, tandis que ceux atteints de sarcoïdose ont un risque accru de développer la tuberculose, surtout dans l'année suivant le diagnostic. La sarcoïdose post-tuberculeuse survient souvent après traitement de la tuberculose, tandis que la tuberculose chez les patients avec sarcoïdose se manifeste dans l'année suivant le diagnostic de sarcoïdose.

Dans le cas présenté, il est difficile de trancher si l'agent étiologique de la sarcoïdose était un antigène mycobactérien ou si la tuberculose a survenu à la suite de l'immunosuppression liée à la sarcoïdose.

Conclusion : La coexistence de la tuberculose et de la sarcoïdose, deux maladies granulomateuses, reste un défi diagnostique, particulièrement dans les zones endémiques de tuberculose. Leur association, bien que rare, nécessite une vigilance clinique accrue.

Necrobiotic Xanthogranuloma of the Hand: A Rare Localization Without Hematologic Abnormalities

Nassma Ait Abdelali, Zineb Mortaji, Mohamed Amine Aouzal, Sokaina Chhiti, Mohammed Chaouche, Radia Chakiri
University Hospital Center Souss Massa, Dermatology Department, Agadir, Morocco

Introduction :

Necrobiotic xanthogranuloma (NXG) is a rare non-Langerhans cell histiocytic disease often associated with monoclonal gammopathy or severe dylipidemia. We report the case of a female patient with a long-standing subcutaneous nodule on the dorsal hand, diagnosed as NXG without hematologic abnormalities. This case highlights an unusual localization and the importance of systemic evaluation.

***Case report* :**

A 42-year-old female patient with a history of left hand trauma from a thorn injury 20 years ago presented with a gradually enlarging lesion evolving over two decades. Initially painless, the lesion became painful with exertion over the past 10 years. Clinical examination revealed a firm, non-tender subcutaneous nodule with normal overlying skin, fixed to both superficial and deep planes, located on the dorsal aspect of the left hand, without associated symptoms. Soft tissue ultrasound revealed a single, 2cm non vascular nodule within the soft tissue. A skin biopsy revealed a remodeled necrobiotic xanthogranuloma with a dermal infiltrate of histiocytes, occasional multinucleated giant cells, and an admixture of neutrophils and eosinophils. Denatured collagen fibers with necrobiotic degeneration were observed, with no evidence of tumor proliferation. Laboratory tests were conducted to screen for monoclonal gammopathy or multiple myeloma, all of which were unremarkable. The patient underwent surgical excision of the lesion with subsequent follow up.

Discussion :

Necrobiotic xanthogranuloma (NXG) is a rare, chronic, multisystemic histiocytic disease often associated with severe dyslipidemia or multiple myeloma. Its pathophysiology remains poorly understood. It predominantly affects the periorbital region (85% of cases) and presents as red-brown, violaceous, or yellowish subcutaneous papules or nodules that evolve into slowly growing infiltrated plaques, sometimes developing central necrobiosis and inflammatory remodeling. Histological examination reveals an infiltrate of foamy histiocytes, lymphocytes, Touton giant cells, and areas of collagenous necrobiosis. Diagnosis is based on histopathological analysis, along with lipid and hematological assessments to screen for underlying conditions, particularly monoclonal gammopathy or multiple myeloma, which are frequently associated and may develop 2 to 4 years after the initial skin lesions. There is no consensus on optimal treatment. Surgical excision may be beneficial for localized skin lesions but is not recommended in the periorbital region due to a high recurrence rate and the risk of cicatricial complications leading to eyelid retraction.

Conclusion :

This case illustrates an atypical presentation of necrobiotic xanthogranuloma involving the dorsal hand, after remote trauma. The absence of systemic involvement and hematologic abnormalities underscores the need to consider NXG in the differential diagnosis of chronic subcutaneous nodules, even in unusual locations and without systemic associations. Histological analysis remains essential for accurate diagnosis. Surgical excision was both diagnostic and therapeutic in our patient, with favorable short-term outcome.

Calciphylaxie débutante pré-nécrotique : un cas rare à ne pas méconnaitre

S. Elmsayryb, M.Chaouche, H.Kherbach, S. Mhaimer, C.Ezzaki, S. Chhiti, R.CHAKIRI
Service de Dermatologie-Vénérologie CHU SOUSS MASSA Agadir

- **Introduction :**

  La calciphylaxie est une maladie rare de mauvais pronostic, survenant le plus souvent chez les patients insuffisants rénaux. Son diagnostic est difficile, et la biopsie cutanée reste l'examen de référence, bien qu'elle puisse aggraver les lésions cutanées. Ce syndrome semble être associé à un trouble du métabolisme phosphocalcique et à l'hyperparathyroïdie, responsable d'une calcification pariétale et d'une occlusion des artères et artérioles cutanées.
  Les lésions sont hyperalgiques et indurées, selon la répartition on distingue deux formes cliniques : La forme axiale est la plus fréquente (70 à 80 % des cas), elle touche les zones graisseuses de l'abdomen, du bassin, du tronc et des racines des membres et la forme périphérique qui touchent les membres inférieurs ou supérieurs.
  Nous présentons un cas rare de calciphylaxie diagnostiquée à un stade précoce pré-nécrotique.

- **Résultats :**

  Il s'agit d'une patiente âgée de 59 ans, ayant comme antécédents une néphropathie évoluant depuis 20 ans, une hypertension artérielle et une cardiopathie depuis 10 ans traitées par amlodipine et antagonistes de la vitamine K, ainsi qu'une insuffisance rénale terminale secondaire à une néphropathie hypertensive, prise en charge par hémodialyse depuis 8 ans. Elle s'est présentée pour des lésions douloureuses des membres inférieurs évoluant depuis un mois.
  L'examen clinique retrouvait une patiente phototype III, présentant des plaques érythémato-violacées mal limitées, indurées et très douloureuses à la palpation, siégeant au niveau des fesses, des cuisses et au niveau des jambes. La dermoscopie montrait de fines squames, un fond érythémato-violacé et quelques vaisseaux en points.
  Le bilan biologique révélait des anomalies marquées : un taux de parathormone (PTH) élevé à 1059 ng/L, associé à une hypercalcémie à 107 mg/L, une hyperphosphatémie à 82 mg/L et une phosphatase alcaline augmentée à 140 UI/L. La patiente présentait également une anémie normochrome normocytaire avec un taux d'hémoglobine à 10 g/dL. L'étude histopathologique montrait un épiderme d'aspect normal. Le derme ne présentait pas d'infiltrat inflammatoire significatif ni de dépôts mucoïdes. L'hypoderme, en revanche, comportait de multiples calcifications intéressant les parois vasculaires, associées à un épaississement pariétal et une réduction de la lumière vasculaire. L'examen radiologique fait au début était sans anomalies.
  La patiente a reçu un traitement antalgique par codéine, ainsi qu'une hémodialyse quotidienne pauvre en calcium. Le thiosulfate de sodium, n'a pas pu être administré en raison de son indisponibilité.
  L'évolution clinique après deux mois était marquée par l'extension des lésions au niveau de l'abdomen et l'apparition des plaques nécrotiques hyperalgiques au niveau des fesses et des cuisses. Une parathyroïdectomie était prévue chez notre patiente. Un mois plus tard, la patiente est décédée dans un contexte de choc septique.

- **Discussion :**

  La calciphylaxie est une complication rénale rare mais grave touchant environ 4 % des patients dialysés, avec une mortalité à un an atteignant jusqu'à 80 %, principalement due aux complications septiques. Le diagnostic est avant tout clinique, radiologique et histopathologique. Un bilan biologique complet est nécessaire afin d'évaluer l'impact systémique de l'insuffisance rénale chronique, en accordant une attention particulière aux taux de calcium et de phosphore.
  La prise en charge repose sur les soins locaux et la correction des désordres métaboliques, le thiosulfate de sodium intraveineux a été introduit comme option thérapeutique systémique. Son double mécanisme comme chélateur des sels de calcium et réducteur des radicaux libres oxygénés lui confère un intérêt dans la limitation des calcifications intra- et extravasculaires. La prévention des infections locales et systémiques est essentielle. Les soins des plaies incluent l'utilisation de pansements hydrocolloïdes ou hydrogels, tout en évitant les traumatismes tissulaires et les manipulations excessives. Les antibiotiques systémiques doivent être prescrits si nécessaire. Le débridement chirurgical reste controversé en raison du risque accru de sepsis et d'aggravation de la douleur.
  Compte tenu du caractère extrêmement douloureux et invalidant de la maladie, un soutien nutritionnel et psychologique ainsi qu'une prise en charge spécialisée de la douleur sont indispensables.

- **Conclusion :**

  La calciphylaxie, bien que rare et de pronostic fatal, impose une vigilance particulière de la part des dermatologues.
  Un diagnostic rapide et une prise en charge multidisciplinaire adéquate sont des éléments clés pour améliorer de façon notable la qualité de vie et le pronostic de ces patients.

Titre : Prurit scrotal chronique résistant : rôle crucial de l'échographie scrotale dans le diagnostic étiologique (à propos de deux cas)

R. Zerouati, S. Hachich, W. Boudi, N. El Omari, A. Diouri, M. El Amraoui, R. Frikh, N. Hjira
Hôpital militaire d'instruction Mohammed V , Rabat

Introduction : Le prurit scrotal constitue une manifestation clinique fréquente, susceptible d'entraîner une gêne fonctionnelle importante et une altération significative de la qualité de vie. Sa prise en charge s'avère souvent complexe en raison de la multiplicité des étiologies, pouvant inclure des causes dermatologiques, infectieuses, allergiques, métaboliques, voire neurogènes. Le prurit scrotal chronique, défini par une durée supérieure à six semaines, résiste fréquemment aux traitements conventionnels tels que les dermocorticoïdes, antifongiques topiques et antihistaminiques, ce qui complique considérablement le parcours diagnostique et thérapeutique. En l'absence de réponses aux approches standards et de bilans biologiques négatifs, il est impératif d'envisager des causes anatomiques sous-jacentes qui peuvent être mises en évidence par l'imagerie, notamment l'échographie scrotale. Cet examen non invasif offre un éclairage essentiel sur les anomalies morphologiques pouvant contribuer à la symptomatologie. À travers la présentation de deux cas cliniques, nous soulignons l'importance de l'intégration précoce de l'échographie scrotale dans l'investigation du prurit scrotal chronique réfractaire.

Observation : Patient 1 : Un homme de 35 ans présente un prurit scrotal évoluant depuis un an. Malgré un traitement prolongé par dermocorticoïdes, antifongiques et antihistaminiques, aucun soulagement n'a été obtenu. Les bilans initiaux, incluant analyses biologiques et mycologiques, ne mettaient en évidence aucune anomalie. L'échographie scrotale a révélé un kyste de la tête de l'épididyme de grade I, ainsi qu'une varicocèle gauche. Ces anomalies peuvent engendrer une irritation locale chronique, justifiant le prurit et la résistance au traitement symptomatique. **Patient 2 :** Homme de 45 ans souffrant également d'un prurit scrotal persistant depuis un an. Les traitements classiques n'ont pas apporté de résultat. L'échographie a mis en lumière une hypotrophie testiculaire bilatérale homogène ainsi qu'une lame d'hydrocèle bilatérale et libre. Ces modifications anatomiques sont compatibles avec des mécanismes inflammatoires ou mécaniques pouvant expliquer le prurit résistant.

Discussion : Le prurit scrotal chronique est une plainte fréquente et invalidante, résultant d'étiologies multiples, notamment dermatologiques, infectieuses, neurologiques ou systémiques. La littérature récente insiste sur la complexité physiopathologique du prurit, impliquant divers médiateurs pruritogènes comme l'histamine, les cytokines, la substance P ou encore des mécanismes neuropathiques et psychogéniques, expliquant la résistance fréquente aux traitements classiques (dermocorticoïdes, antifongiques, antihistaminiques). Dans le contexte scrotal, outre les affections dermatologiques classiques (dermatites atopiques, infections fongiques ou bactériennes), des causes plus méconnues mais majeures incluent les anomalies anatomiques et vasculaires telles que les kystes épididymaires, les varicocèles, les hydrocèles ou l'hypotrophie testiculaire qui peuvent induire un prurit par irritation locale, inflammation chronique et altérations mécaniques des tissus. L'échographie scrotale est donc un examen clé, non invasif et accessible, qui permet de détecter ces anomalies invisibles à l'examen clinique et souvent absentes des bilans biologiques initiaux. Plusieurs études récentes encouragent son utilisation systématique devant un prurit scrotal rebelle, insistant sur son rôle pour orienter la prise en charge vers des interventions ciblées, médicales ou chirurgicales. Cela évite des traitements inutiles et prolongés, limitant ainsi les risques de complications cutanées secondaires et améliorant la qualité de vie du patient. Enfin, la prise en charge du prurit scrotal chronique nécessite une approche multidisciplinaire, prenant en compte non seulement la cause dermatologique ou anatomique mais aussi la composante psychique, souvent sous-évaluée. Les comorbidités psychiatriques, le stress et l'anxiété peuvent amplifier la sensation prurigineuse et contribuer à la chronicité du prurit. Nos deux cas illustrent parfaitement l'intérêt d'inclure précocement l'échographie scrotale dans le bilan diagnostic, conformément aux recommandations récentes issues de la littérature scientifique.

Conclusion : Devant un prurit scrotal chronique résistant aux traitements conventionnels, il est impératif de penser à demander une échographie scrotale. Cet examen peut découvrir des anomalies anatomiques ou vasculaires sous-jacentes responsables du prurit, permettant une meilleure prise en charge et évitant le recours prolongé à des traitements inefficaces. L'échographie scrotale doit ainsi être intégrée précocement dans l'évaluation diagnostique des prurits scrotaux chroniques.

Endométriose cutanée palmaire : une localisation exceptionnelle

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

Observation : Une jeune fille de 15 ans, sans antécédents pathologiques notables, présente depuis un an une plaque sensible de la paume de la main gauche. Cette plaque devient rouge, œdémateuse et douloureuse d'une manière intermittente puis se refroidit laissant une pigmentation séquellaire. Il n'y avait pas de prise médicamenteuse ni d'exposition à une substance irritante. L'interrogatoire permet de mettre en évidence une synchronisation de la poussée de la plaque avec le cycle menstruel. Après avoir revérifié qu'il n'y avait pas de prise médicamenteuse, le diagnostic d'une endométriose primaire est retenue après une biopsie cutanée.
L'endométriose se définit par la présence de tissu endométrial non néoplasique en dehors de la cavité utérine, le plus souvent au niveau pelvien. L'atteinte cutanée est rare. Elle est classée soit primaire soit secondaire ou iatrogène, généralement après une césarienne. La localisation le plus fréquente reste l'ombilic. Le diagnostic est suspecté devant la notion d'une douleur cyclique rythmée par le cycle menstruel et une lésion qui devient inflammatoire périodiquement. Le traitement de référence est l'exérèse chirurgicale, mais une hormonothérapie peut être proposée dans le cadre de la prise en charge symptomatique.

Pityriasis Rubra Pilaris : diagnostic clinique et retentissement psychologique

R.BOUABDALLAOUI[1], Pr S.CHHITI[1], S. MHAIMER[1], N.KAYOUH[1], A.AIT BILAOU [1], Pr M.CHAOUCHE[1], Pr R.CHAKIRI[1]

[1] SERVICE DE DERMATOLOGIE ET VENEROLOGIE , CHU SOUSS-MASSA, AGADIR, MAROC

Introduction:

Le pityriasis rubra pilaire (PRP) est une kératodermie érythro-desquamative rare, caractérisée par une atteinte cutanée diffuse ,d'évolution chronique et invalidante en cas d'atteinte palmoplantaire sévère. Au-delà des symptômes physiques, le retentissement psychologique est souvent négligé malgré son impact profond, notamment dans les formes palmoplantaires chroniques. Le lien entre les maladies dermatologiques et leur retentissement psychologique est désormais bien reconnu, nécessitant une prise en charge intégrative.

Observation :

Patiente de 44 ans, diabétique de type 2 sous traitement, consultait pour des lésions palmoplantaires hyperkératosiques douloureuses et invalidantes depuis 4 mois.

A l'examen clinique, on observait une kératodermie palmoplantaire jaune-orangée fissuraire, avec respect des espaces interdigitaux , associée à des plaques érythémateuses bien limitées, de taille variable au niveau des pieds et des avant-bras, ainsi que des plaques hyperpigmentées d'allure cicatricielle au niveau des avant-bras et des régions axillaires .La dermoscopie mettait en évidence des papules folliculaires kératosiques millimétriques au niveau des avant-bras, des jambes et des aisselles. Les muqueuses étaient indemnes et l'examen général était normal. Un score DLQI (Dermatology Life Quality Index) était à 17/30, traduisant un retentissement important sur la qualité de vie. La patiente rapportait un isolement social, une perturbation de la qualité du sommeil, une gêne fonctionnelle importante et une anxiété croissante face à l'évolution inexpliquée de ses lésions. L'histopathologie avait confirmé le diagnostic de pityriasis rubra pilaire de type I. La patiente était adressée pour une prise en charge psychologique et mise sous traitement local associant des dermocorticoïdes sous occlusion, kératolytique et émollients, sans amélioration significative d'où la nécessité d'introduire le méthotrexate à la dose de 15 mg/semaine vu le refus des rétinoïdes par la patiente. L'évolution était marquée par l'amélioration clinique et psychologique avec DLQI à 11/30 après 6 semaines de traitement.

Discussion : :

Le PRP est une dermatose rare, souvent sous-diagnostiquée, dont le diagnostic tardif peut induire un retentissement psychologique non négligeable surtout en cas d'atteinte palmoplantaire invalidante. De nombreuses études ont établi un lien entre les affections dermatologiques chroniques et la santé mentale, en particulier lorsque les lésions siègent au niveau des mains ou des pieds car elles entravent les gestes quotidiens, la marche et les interactions sociales ou professionnelles. Dans ce contexte, le PRP peut avoir un retentissement d'autant plus important que son diagnostic est tardif. Celui-ci repose sur un faisceau d'arguments cliniques, appuyés par les données histopathologiques. Les signes évocateurs comprennent une kératodermie érythrosquameuse palmoplantaire avec respect des espaces interdigitaux, des papules folliculaires kératosiques, une extension céphalocaudale progressive, parfois inaugurée par une érythrodermie, ainsi qu'un aspect histologique typique. Chez notre patiente, le diagnostic a été envisagé devant l'aspect clinique et histologique. Le soulagement psychologique ressenti par notre patiente après l'établissement du diagnostic souligne l'importance d'une annonce claire et rassurante, souvent décisive dans la réduction de la détresse émotionnelle liée aux dermatoses chroniques. L'introduction du méthotrexate, recommandé en deuxième intention dans le PRP, constitue un traitement efficace, avec un effet anti-inflammatoire et immunomodulateur. L'efficacité clinique est généralement observée après 6 à 8 semaines de traitement. Dans notre cas, une amélioration clinique nette a été observée après 6 semaines de traitement , parallèlement à une réduction significative de la souffrance psychique.

Conclusion :

Ce cas illustre l'importance de considérer le retentissement psychique dans le PRP. Une prise en charge dermatologique intégrée, incluant le soutien psychologique et un traitement systémique adapté, est essentielle pour améliorer la qualité de vie des patients.

Title: Chronic localized itch years after Herpes Zoster: A case of Postherpetic Pruritus

Authors : Lamia Mansour Billah[1], Madiha El Jazouly[1], Soumia Chiheb[1]

[1]Cheikh Khalifa Bin Zayed University Hospital, Casablanca, Morocco

Introduction

Herpes zoster, commonly known as shingles, results from the reactivation of latent varicella-zoster virus (VZV). Its most frequent long-term complication is postherpetic neuralgia (PHN). Less commonly, patients may develop postherpetic pruritus (PHP), which can occur either independently or in association with PHN. This condition is often underrecognized, leading to delays in both diagnosis and treatment.

Case report

We present the case of a 66-year-old man with no notable medical history who had a lumbosacral herpes zoster outbreak affecting his right lower limb, five years prior. The episode was managed with valacyclovir (3 g daily) for 10 days. Following antiviral therapy, he did not report any signs of PHN. Four years later, he developed episodes of intermittent, severe pruritus in the same area. Clinical examination didn't reveal cutaneous lesions apart from excoriation marks due to scratching. The patient was misdiagnosed with several conditions, including sciatica, prurigo strophulus, scabies, and tinea, and received multiple treatments without any clinical improvement Based on the location of the itching and his past shingles history, he was diagnosed with PHP. Treatment with gabapentin (300mg a day) led to significant improvement at his eight-week follow-up.

Discussion :

Herpes zoster arises from the reactivation of VZV within the sensory ganglia and can lead to complications such as bacterial skin infections and PHN.
Postherpetic pruritus is characterized by chronic and persistent itch confined to dermatomes previously affected by the viral eruption. The pathogenesis of PHP remains unclear, though it may involve dysfunction in central itch-processing pathways, potentially due to VZV-induced damage to sensory neurons. The timing of PHP onset can vary. It may occur several weeks or years after the herpes zoster infection resolves. In our case, the itching began four years after the infection, highlighting the importance of taking a careful medical history.
The severity of PHP varies. Similar to our patient, scratching may cause secondary skin damage such as excoriations.
Managing PHP poses a therapeutic challenge, as neuropathic itching often does not respond to traditional antipruritic agents such as antihistamines. Gabapentin has shown efficacy in some cases, including ours, but response rates vary. Several treatments explored in the literature include acyclovir, amitriptyline, carbamazepine, pulsed radiofrequency, and serial stellate ganglion blocks with 0.25% bupivacaine.

Conclusion :

Postherpetic pruritus is a rare complication of herpes zoster. Clinicians should maintain a high index of suspicion and carefully consider a past history of shingles when evaluating chronic itching in a specific area. Early recognition and appropriate treatment are essential to improve patient outcomes and quality of life.

Une série de six cas de syndrome de Parry-Romberg

Sawsen Abdelhafidh, Sanae Aquel, Layla Bendaoud, Meryem Aboudourib, Ouafa Hocar, Said Amal.
Service de Dermatologie, Centre hospitalier universitaire Mohammed VI, Marrakech, Maroc.

Introduction:

Le syndrome de Parry-Romberg (SPR) est une atrophie hémifaciale progressive. Nous présentons une série de cinq cas de SPR en analysant les caractéristiques cliniques et thérapeutiques.

Matériel et méthodes: Une étude rétrospective étalée sur quatre ans, menée sur six patients porteurs d'un syndrome de Parry-Romberg .

Résultats : L'âge moyen était de 17,5 ans, avec une nette prédominance féminine ; un seul patient était de sexe masculin. L'âge médian d'apparition était de 10,3 ans. Le côté droit était touché dans 67 % des cas. Cinq patients présentaient un SPR léger (type 2) et un seul présentait un SRP sévère (type 3). Une patiente présentait un SRP associé à un vitiligo segmentaire homolatéral. Et une autre patiente présentait un SPR associée à une morphée segmentaire homolatérale touchant le MS et l'abdomen. Un impact psychologique important a été noté chez tous les patients. Une induration cutanée a été observée dans 50 % des cas (3 cas) respectivement sur le menton, le cou, et le MS homolatéral, avec une histologie de morphée. Une patiente avait une amputation de l'aile nasale droite. Un scanner facial a été réalisé pour une patiente et une IRM faciale pour une autre, confirmant l'atrophie graisseuse sans atteinte osseuse. Une IRM cérébrale a été réalisée pour deux patientes dont une avait une symptomatologie neurologique s'agissant de migraines. L'IRM de cette patiente a montré des micro-saignements punctiformes dans l'hémisphère cérébral droit avec un œdème péri-lésionnel et parafalcoral droit dans le cadre de son syndrome. L'IRM cérébrale de l'autre patiente n'a révélé aucune anomalie. Un scanner cérébral a été réalisé pour une 3ème patiente et n'a révélé aucune anomalie. L'examen ophtalmologique était normal, à l'exception d'une patiente qui présentait une énophtalmie. Des radiographies dentaires panoramiques réalisées chez deux patientes étaient sans anomalies. Tous les patients ont été traités par des corticostéroïdes oraux à la dose de 0,5 mg/kg/jour associés à du méthotrexate à la dose de 12,5 mg/semaine, avec une durée moyenne de traitement de 14 mois. La stabilisation de la maladie par le traitement médical a été obtenue chez tous les patients. Trois patients ont bénéficié un lipofilling sous anesthésie générale, avec une satisfaction subjective de 70%.

Discussion:

Le SPR est une maladie rare d'étiologie inconnue ; sa prévalence est estimée à 1 personne sur 700 000. Elle survient à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte avec une prédominance féminine comme dans notre série. L'âge moyen d'apparition chez nos patients était de 10,3 ans. Les patients atteints de SPR sont répartis en quatre groupes en fonction de la gravité de l'anomalie afin de planifier le traitement. Les patients de type 1 présentent une forme légère de la maladie sans atteinte osseuse. Dans le type 2, l'anomalie est plus évidente mais n'atteint pas les tissus durs. Les patients de type 3 présentent une atteinte des tissus mous et des tissus durs avec une déformation sévère. Les patients de type 4 présentent une déformation plus sévère. Les options thérapeutiques comprennent un traitement anti-inflammatoire, un lipofilling et une chirurgie reconstructive. Des immunosuppresseurs comme le méthotrexate, les corticostéroïdes et le cyclophosphamide ont été utilisés dans les cas évolutifs de SPR. Dans notre série, tous les patients ont été traités avec des corticostéroïdes en association avec le méthotrexate.

Conclusion: Le syndrome de Parry-Romberg est une maladie rare qui entraîne une gêne esthétique apparente avec un retentissement fonctionnel possible après des années d''atrophie hémifaciale progressive.

Panniculite idiopathique de Weber–Christian : défi diagnostic et thérapeutique

S. MHAIMER; S.CHHITI; MA.AOUZAL; N. KAYOUH; C.HAKKAOUI; R.BOUABDELLAOUI ; F.HAGGAG ; A.AIT BILAOU; M.CHAOUCHE ; R.CHAKIRI
DEPARTMENT DE DERMATOLOGIE VENEROLOGIE. CHU SOUSS MASSA

Introduction :

La panniculite lobulaire idiopathique, anciennement appelée maladie de Weber–Christian, est une affection rare du tissu adipeux sous-cutané, caractérisée par des nodules douloureux récidivants et parfois associés à des signes systémiques. Son diagnostic reste difficile et repose essentiellement sur une démarche d'exclusion. Nous rapportant le cas d'une patiente chez qui le ce diagnostic était difficile.

Observation :

Une patiente de 31 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, suivie depuis 4 ans pour des lésions sous-cutanées dures et douloureuses, accompagnées d'épisodes fébriles, et ayant reçu plusieurs lignes thérapeutiques (corticothérapie, hydroxychloroquine, azathioprine et méthotrexate) sans amélioration. L'examen dermatologique retrouvait des nodules de taille variable de consistance dure avec une surface qui est atrophique par endroit et de couleur violacée par d'autre et des nouures sous-cutanés localisés aux bras, cuisses, fesses et abdomen, dont certains évoluaient vers l'ulcération avec issue d'un liquide citrin.La patiente avait bénéficié de plusieurs biopsies cutanées, montrant initialement une panniculite septale avec vascularite, puis secondairement une panniculite lobulaire.Le bilan étiologique était négatif notamment le bilan inflammatoire (CRP, VS, EPP), immunologique (anticorps antinucléaires, ANCA, facteur rhumatoïde, anticorps anti-CCP, immunoglobulines sériques), hépatique, rénal, lipidique et glycémique. Le dosage des CPK et de la LDH ne montrait pas d'anomalie. Les sérologies infectieuses (hépatite B, C, VIH, syphilis, tuberculose) étaient négatives, de même que les hémocultures.Le dosage de l'alpha-1-antitrypsine était également normal.

Devant la négativité bilan, le diagnostic de **panniculite idiopathique (maladie de Weber–Christian)** a été retenu, et la patiente était mise sous mycophénolatemofétil à la dose de 1,5 g/j.

Discussion :

Ce cas illustre les difficultés diagnostiques et thérapeutiques posées par la panniculite idiopathique. Le terme de maladie de Weber–Christian est aujourd'hui considéré comme obsolète, mais reste utilisé pour désigner une panniculite lobulaire idiopathique avec manifestations systémiques.

Dans la littérature, le traitement de première ligne repose sur la corticothérapie, avec une efficacité souvent partielle et un risque élevé de rechutes à l'arrêt. Pour les formes résistantes ou corticodépendantes, divers immunosuppresseurs (méthotrexate, azathioprine, cyclophosphamide, mycophénolate mofétil) ont été proposés avec des résultats variables. Plus récemment, les biothérapies, notamment les anti-TNFα comme l'infliximab, ont montré une certaine efficacité dans les formes réfractaires.

Dans notre observation, la patiente présentait une panniculite chronique récidivante, rebelle à plusieurs lignes thérapeutiques conventionnelles (corticoïdes, hydroxychloroquine, azathioprine, méthotrexate). Ce profil réfractaire a motivé le recours au mycophénolate mofétil (MMF).

Plusieurs rapports de cas et petites séries suggèrent en effet l'efficacité du MMF dans les panniculites idiopathiques réfractaires. Kim et al. (2008) ont rapporté une bonne réponse clinique dans des formes chroniques résistantes aux corticoïdes et au méthotrexate. De même, Zhang et al. (2014) ont décrit une amélioration significative chez des patients atteints de panniculite lobulaire idiopathique traités par MMF, avec une diminution de la fréquence des rechutes. Enfin, dans une revue plus large portant sur diverses dermatoses inflammatoires, le MMF a montré un profil de tolérance favorable et une efficacité notable comme traitement épargne-corticoïdes.

Conclusion :

La panniculite idiopathique est un diagnostic d'exclusion nécessitant souvent des biopsies répétées. Sa prise en charge demeure difficile et doit être adaptée à l'évolution chronique et récidivante de la maladie.

Liposuccion et complications tardives : un cas de cellulite sur excédent cutané

BABA Rime, BARAZ Salma, ALAMI Laila, ENNACIRI Amine, KERROUCH Hasna, ANOUAR Ilyass, EL AMRAOUI Mohamed, ZEMMEZ Youssef, FRIKH Rachid, HJIRA Naoufal

Dermatology Department - Mohammed V Military Hospital - Rabat - Morocco

La liposuccion est une procédure esthétique largement pratiquée et considérée comme sûre. Cependant, des **complications à long terme** peuvent survenir, telles que l'**excédent cutané** et les **déformations tissulaires**, surtout chez les patients présentant des **comorbidités**. Ces altérations anatomiques peuvent créer un environnement propice aux **infections cutanées récurrentes**, notamment dans les zones dépendantes de la gravité comme la face interne des cuisses.

Observation clinique :
Nous rapportons le cas d'une femme de **56 ans**, diabétique de type 2, qui a présenté une **douleur, rougeur et tuméfaction** du tiers interne de la cuisse droite depuis trois jours. La patiente avait subi une **liposuccion de la cuisse** 11 ans auparavant, avec développement progressif d'un **excédent cutané pendulaire** difficile à maintenir propre, favorisant la macération et les traumatismes cutanés.

À l'examen, la cuisse interne droite présentait une **masse molle pendante**, avec **érythème, chaleur, induration**, et **ulcération focale**. La patiente était apyrétique mais gênée par la douleur. Les examens biologiques ont montré une hyper**leucocytose** et une **CRP élevée**, confirmant le diagnostic de **cellulite sur excédent cutané post-liposuccion**.

Prise en charge :
La patiente a été traitée par **antibiothérapie intraveineuse adaptée (amoxicilline-acide clavulanique)**, **soins locaux** et **optimisation du contrôle glycémique**. Une **consultation chirurgicale** a été réalisée pour évaluer la possibilité d'une **excision de l'excédent cutané** après résolution de l'infection aiguë.

Discussion :
La cellulite sur tissu post-liposuccion est une complication **rare mais potentiellement grave**. L'**excédent cutané pendulaire** favorise la macération, les traumatismes et la colonisation bactérienne. Le **diabète** représente un facteur aggravant, compromettant la cicatrisation et la réponse immunitaire. Ce cas souligne la nécessité d'un **suivi prolongé après liposuccion**, en particulier chez les patients à risque, et l'intérêt d'une **révision chirurgicale préventive** pour éviter les infections récurrentes.

La littérature rapporte des complications similaires après chirurgie bariatrique ou perte de poids massive, mais les **complications infectieuses tardives post-liposuccion** restent peu documentées, rendant ce cas particulièrement instructif.

Conclusion :
Les déformations tissulaires post-liposuction, surtout en présence de **comorbidités comme le diabète**, peuvent être le siège de **cellulites récurrentes**. Une **surveillance prolongée**, un **contrôle métabolique strict**, et une **intervention chirurgicale ciblée** sont essentiels pour prévenir ces complications et améliorer la qualité de vie des patients.

Lipome axillaire géant mimant un sein surnuméraire : À propos d'un cas

Z. Mortaji (1) ; M. Chaouche (1) ; S. Ait Oussouss (1) ; N. Ait Abdelali (1) ; M.A. Aouzal ; S. Chhiti ; R. Chakiri
(1) Service de dermatologie, CHU Souss Massa, Agadir

Introduction

Les lipomes sont des tumeurs bénignes mésenchymateuses, le plus souvent de petite taille, se localisant au niveau du tronc et des extrémités. Nous rapportons un cas rare de lipome axillaire géant simulant un sein surnuméraire.

Résultats

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 52 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui s'est présentée pour une tuméfaction axillaire gauche évoluant depuis environ 30 ans. La lésion avait progressivement augmenté de volume, sans douleur, ulcération cutanée ni paresthésies associées. À l'examen clinique, la patiente était consciente, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire. L'examen cutané objectivait une masse axillaire gauche mesurant 13 × 11 cm, de consistance molle, mobile et indolore à la palpation. Celle-ci était surmontée de deux masses, dont la plus volumineuse mesurait 4 × 5 cm. L'examen neurologique ne révélait aucune anomalie. Une exérèse chirurgicale complète de la masse a été réalisée sous anesthésie générale. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a conclu à un lipome sans signe de malignité. Les suites postopératoires ont été simples, et aucun signe de récidive n'a été observé au suivi.

Discussion

Les lipomes représentent l'un des types les plus fréquents de tumeurs mésenchymateuses, avec une prévalence estimée à 2,1 pour 1 000 habitants. Ils sont généralement de petite taille, la majorité ne dépassant pas 2 cm de diamètre, et leur dimension excède rarement 10 cm. Selon Sanchez et al., un lipome est qualifié de « géant » lorsqu'il mesure au moins 10 cm dans une dimension ou présente un poids supérieur ou égal à 1 000 g. Ces formes volumineuses ne constituent qu'environ 1 % de l'ensemble des cas. Bien qu'ils puissent se développer dans toutes les régions du corps, les localisations les plus fréquentes concernent le cou, les épaules, le dos, l'abdomen, les bras et les cuisses, tandis que l'atteinte axillaire demeure exceptionnelle. La pathogenèse des lipomes géants demeure mal élucidée. Certains auteurs suggèrent que des microtraumatismes répétés pourraient induire une prolifération du tissu adipeux et favoriser la différenciation des pré-adipocytes, contribuant ainsi à la croissance tumorale. Ce mécanisme pourrait expliquer l'apparition du lipome observé chez notre patiente. Les principaux diagnostics différentiels d'un lipome axillaire géant sont le sein surnuméraire et le liposarcome. La distinction clinique étant souvent difficile, l'imagerie (IRM, TDM) et surtout l'examen histopathologique sont indispensables pour écarter une tumeur maligne. La transformation sarcomateuse, bien que rapportée dans certaines localisations profondes, demeure exceptionnelle dans la région axillaire. Le traitement des lipomes géants consiste principalement en une exérèse chirurgicale, la liposuccion pouvant être envisagée dans certains cas.

Conclusion

Le lipome axillaire géant constitue une localisation rare des lipomes. Sa reconnaissance est importante en raison du diagnostic différentiel avec le sein surnuméraire et le liposarcome. L'exérèse chirurgicale complète, confirmée par l'histopathologie, reste le traitement de référence pour assurer la bénignité et prévenir les complications.

Lichen amyloïde sur hépatite B : à propos d'un cas clinique

S. El Mellouki; L. Alami; Y. Farai; W. Boudi; F. Maatallaoui; M. El Amraoui; Z. Youssef; R. Frikh
Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction : Le lichen amyloïde est une dermatose chronique rare, caractérisée par des dépôts d'amyloïde dans le derme papillaire, issus de kératinocytes dégénérés. Il se manifeste classiquement par des papules prurigineuses localisées sur les faces d'extension des membres, mais peut également se présenter sous une forme généralisée, plus rare et souvent plus difficile à prendre en charge. Le prurit intense peut être à l'origine de lésions de grattage et d'un retentissement important sur la qualité de vie. Nous rapportons le cas d'un patient présentant une forme diffuse de lichen amyloïde sur terrain d'hépatite chronique B.

Observations : Un patient âgé de 66 ans, suivi pour une hépatite virale B chronique, a été adressé pour un prurit cutané diffus, évoluant depuis plusieurs mois, associé à des lésions pigmentées. L'examen clinique retrouvait des papules hyperkératosiques et des macules brunâtres confluentes. Une biopsie cutanée a été réalisée. L'analyse histopathologique montrait des dépôts amorphes éosinophiles au sein du derme papillaire, positifs au PAS et au cristal violet, associés à une dégénérescence kératinocytaire, confirmant le diagnostic de lichen amyloïde.

Discussion : Le lichen amyloïde généralisé est une forme peu fréquente, associée à un prurit intense. Le diagnostic repose sur l'histopathologie. Dans les formes localisées, le traitement repose généralement sur des dermocorticoïdes ou des inhibiteurs de la calcineurine topiques. En cas d'atteinte étendue, des thérapeutiques systémiques, comme le dupilumab, peuvent être proposées. Des approches alternatives, notamment issues de la médecine ayurvédique, ont été explorées, avec des résultats prometteurs sur la réduction du prurit. Dans notre cas, le patient a été pris en charge par une corticothérapie topique de classe très forte, associée à une photothérapie (UVB) et à un traitement antihistaminique oral. Un suivi clinique régulier a été instauré afin d'évaluer la réponse au traitement. Le terrain hépatique soulève également la question d'une susceptibilité cutanée accrue.

Conclusion : Ce cas illustre une forme diffuse de lichen amyloïde chez un patient atteint d'hépatite virale B chronique

Les mains dans l'eau : rapport de cas sur la kératodermie aquagénique

I. Zouine (1), S. Chhiti (1), A. Aouzal (1), N. Kayouh (1), C. Hakkaoui (1) ,R. Chakiri (1) (1) Département de Dermatologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Ibn Zohr, Agadir

Introduction et objectifs :

La kératodermie aquagénique palmoplantaire (KAP) ou **acrokératodermie papulotranslucide héréditaire est** une affection cutanée rare transmise selon un mode autosomique dominant qui se manifeste par un plissement et un gonflement des mains après une brève exposition à l'eau. Le diagnostic est clinique et la prise en charge est symptomatique. Nous rapportons ici le cas d'une patiente diagnostiquée avec une kératodermie aquagénique.

Résultats :
Une patiente de 28 ans, sans antécédents médicaux particuliers ni traitement en cours, a consulté pour des lésions palmaires œdémateuses, prurigineuses et douloureuses, survenant systématiquement après contact avec l'eau suite a des tâches ménagères, évoluant depuis un mois. L'examen physique initial des mains était normal. Toutefois, un test d'immersion dans de l'eau froide pendant cinq minutes a révélé un plissement marqué des paumes associé à des papules blanches confluentes — **le "signe de la main dans le seau"**. La dermatoscopie a mis en évidence des structures blanchâtres arrondies bien définies, retrouvées également à la lumière de wood. Ces éléments cliniques ont permis de poser le diagnostic de kératodermie aquagénique. Un traitement à base d'émollients et de mesures d'éviction a été initié avec une amélioration notable, et la patiente a été adressée en consultation de génétique.

Discussion :
La kératodermie aquagénique est une affection cutanée rare mais caractéristique, facilement révélée par un simple test d'immersion. Elle résulte probablement d'un dysfonctionnement des canaux sudoraux ou d'une altération de la barrière cutanée, et peut être associée à la mucoviscidose ou à des mutations du gène **CFTR**. Plusieurs options thérapeutiques ont montré leur efficacité, notamment la **toxine botulique**, l'**iontophorèse** et les **anticholinergiques oraux** dans les formes résistantes. L'intérêt d'une exploration génétique ciblée demeure pertinent pour optimiser la prise en charge.

Conclusion :
Bien que rare, la kératodermie aquagénique doit être évoquée devant toute altération transitoire de la peau des paumes après contact avec l'eau. Le **test d'immersion** constitue un outil diagnostique simple, permettant de poser un diagnostic précoce, d'instaurer un traitement conservateur efficace et d'orienter les patients vers une évaluation génétique appropriée.

Kératodermie aquagénique isolée : Deux cas révélant une forme atypique sans mucoviscidose

M.Hammouch, FZ.El-Fetouaki, S.Chiheb
Service de dermatologie-vénéréologie,CHU IBN Rochd, Casablanca

Introduction :

La kératodermie palmo-plantaire aquagénique (KPA) est une dermatose rare caractérisée par l'apparition transitoire de papules blanches œdémateuses des paumes (et parfois des plantes) après exposition à l'eau. Elle est le plus souvent associée à des mutations du gène CFTR, notamment dans le contexte de mucoviscidose. Nous rapportons deux cas cliniques de KPA isolée, sans antécédents personnels ou familiaux de mucoviscidose.

Observations :

Cas 1 : Patiente de 30 ans, sans antécédents médicaux, consulte pour des lésions palmaires et plantaires survenant rapidement après contact avec l'eau depuis plus d'un an. Elle décrit des sensations de picotement, de tension cutanée , de prurit modéré ainsi qu'une hypersudation exacerbant les symptômes. L'examen postimmersion met en évidence une accentuation du relief dermatoglyphique et des papules kératosiques blanchâtres. Aucun antécédent familial de mucoviscidose n'est retrouvé.

Cas 2 : Patiente de 28 ans, en bon état général, présente depuis 10 mois des papules blanchâtres infiltrées au niveau des paumes et des plantes, apparaissant exclusivement après immersion dans l'eau. Le test de sueur est négatif. Aucun antécédent familial évocateur n'est rapporté. Le diagnostic de KPA isolée est retenu.

Discussion :

Ces deux observations illustrent des formes isolées de KPA, sans lien avec la mucoviscidose. Cette entité demeure sous-estimée et mérite d'être considérée devant toute éruption transitoire post-immersion, même en l'absence d'atteinte génétique connue. L'hypersudation semble jouer un rôle aggravant dans la sévérité des manifestations.

Conclusion :

La KPA isolée est une forme clinique bien définie, encore peu reconnue. Une meilleure sensibilisation au diagnostic clinique permettrait d'éviter des explorations inutiles et d'orienter plus rapidement vers des mesures symptomatiques efficaces.

Hyperkératose nævoïde du mamelon associé à une dermatose de négligence : Particularités cliniques et dermoscopiques

S.Kozmane, H.Baybay, O.Sabour, Z.Douhi, M.Soughi, S.Elloudi, FZ.Mernissi
Dermatology department CHU Hassan II FEZ

Introduction :

L'hyperkératose nævoïde du mamelon (HNM) est une dermatose bénigne rare, souvent symptomatique, pouvant altérer l'apparence du sein et impacter le bien-être psychologique. Son origine reste mal élucidée, bien que certains facteurs tels que la grossesse, les œstrogènes ou une hygiène insuffisante aient été impliqués. Nous rapportons le cas d'une hyperkératose nævoïde du mamelon associé à une dermatose de négligence des seins.

Observation :

C'est le cas d'une jeune fille de 18 ans suivie en pédiatrie pour un syndrome tripe A avec hypogonadisme sous hydrocortisone et estradiol. Adressée pour l'apparition de lésions prurigineuses des mamelons et seins depuis plus d'un an. L'examen clinique a objectivé la présence de plaques hyperkératosiques, verruqueuses et brunâtres au niveau des mamelons, associées à des macules pigmentées d'aspect moucheté, bilatérales et symétriques de la région péri-aréolaire (Figure 1). L'examen dermoscopique a révélé des projections kératosiques noires, jaunâtres et blanchâtres sans, ainsi que des vaisseaux linéaires au centre. En périphérie, on observait un patron brun polygonal disposé en mosaïque. Aucun réseau pigmentaire, vaisseaux atypiques ou autre signe de malignité n'a été mis en évidence (Figure 2). Une enquête détaillée a été menée concernant les habitudes d'hygiène de la patiente, en effet elle évitait le nettoyage direct de ses seins suite à l'apparition des lésions du mamelons. Le diagnostic d'hyperkératose naevoide du mamelon associé à une dermatite de négligence a été retenu. La prise en charge reposait sur l'explication des mesures d'hygiène appropriées et l'application de vaseline blanche pendant trois semaines puis une crème barrière au long court. Au contrôle, les lésions avaient complètement disparu (Figure 3).

Discussion :

L'hyperkératose du mamelon est une dermatose bénigne, rare et classée selon Mehanna en 3 types :

- HNM primaire, survenant en association avec d'autres dermatoses telles que l'ichtyose, l'acanthosis nigricans ou la maladie de Darier
- HNM secondaire, liée à des modifications hormonales, à des pathologies malignes ou à un lymphome
- HNM idiopathique.

Sur le plan clinique, l'HNM se présente sous la forme de plaques kératosiques brunâtres, unilatérales ou bilatérales, localisées au niveau du mamelon et/ou de l'aréole. La forme idiopathique, également appelée HNM, est plus fréquemment observée chez les femmes après la puberté (1). Cette affection peut altérer l'estime de soi et avoir un retentissement psychologique, ce qui peut expliquer, chez certaines patientes, un défaut d'hygiène par crainte d'inconfort. Cette négligence favorise alors l'apparition d'une dermatose de négligence, liée à l'accumulation progressive de sébum, de sueur et de débris kératinocytaires (2).

Conclusion :

Les hyperkératoses nævoïde du mamelon sont des entités rares, mais de sémiologie stéréotypée. Leur reconnaissance est importante afin d'éviter des examens complémentaires inutiles ou iatrogènes.

1. Wei J, Li Q, Wu H, Yin X and Ren G (2022) Severe Bilateral Hyperkeratosis of the Nipples and Areolae: A Case Report and Literature Review. Front. Med. 9:781693. doi: 10.3389/fmed.2022.781693
2. Langar S, Sonthalia S. Dermatitis neglecta. Indian J Med Res. 2018 Mar;147(3):322. doi: 10.4103/ijmr.IJMR_43_17. PMID: 29923526; PMCID: PMC6022382.

Capecitabine-Induced Hand-Foot Syndrome: A Case Report

Z. Mortaji (1) ; M. Chaouche (1) ; N. Ait Abdelali (1) ; M.A. Aouzal ; S. Chhiti ; R. Chakiri
(1) Dermatology department, Souss Massa University Hospital, Agadir

Introduction

Hand-Foot Syndrome (HFS), also known as palmar-plantar erythrodysesthesia, is a dose-dependent dermatologic toxicity that occurs as a side effect of certain chemotherapeutic agents, particularly fluoropyrimidines such as capecitabine. Capecitabine, an oral prodrug of 5-fluorouracil, is widely used in the treatment of various malignancies, including breast cancer, colorectal cancer, and gastric cancer. We report the case of hand and foot syndrome induced by Capecitabine in a patient treated for breast cancer.

Results

A 55-year-old female patient with a history of breast cancer, who had undergone a mastectomy and is treated with Capecitabine and Pertuzimab, presented to our department after experiencing a tingling sensation in her hands and feet. She reported discomfort while holding objects and walking, symptoms that developed after receiving the second cycle of chemotherapy with Capecitabine and Pertuzumab. On examination, the patient exhibited erythema and hyperpigmentation on both the palms and soles, with more diffuse involvement observed on the dorsum of the hands and feet. The areas affected by hyperpigmentation were tender to touch. Additionally, the patient demonstrated plantar keratoderma, and fine scaling was noted on the fingers. The clinical presentation was consistent with Grade 2 Hand-Foot Syndrome (HFS) as per the National Cancer Institute criteria, which includes erythema, swelling, and discomfort, with interference with routine activities. Given the clinical features and temporal association with chemotherapy, the diagnosis of Grade 2 HFS was established, and the patient was promptly treated with a comprehensive management approach that included topical corticosteroids, a 10% urea-based emollient, and preventive measures. These included advising the patient to avoid contact with harsh or irritating substances, as well as the recommendation to wear comfortable, properly fitting footwear to reduce friction and pressure on the affected areas. The patient presented a good clinical outcome without interruption of chemotherapy.

Discussion

Hand-Foot Syndrome, also known as palmar-plantar erythrodysesthesia was first described by Zuehlke in 1974. Since then, it has been widely reported as an adverse effect of various chemotherapy regimens, with 5-fluorouracil, cytarabine and capecitabine being the most implicated agents. Capecitabine is a prodrug of 5-fluorouracil that is used in colorectal, gastric and breast cancers. The syndrome is dose-dependent and typically develops within two to twelve days following chemotherapy. Its pathogenesis is attributed to the accumulation of high drug concentrations in the stratum corneum of the palms and soles, regions characterized by a lack of sebaceous glands and a high density of eccrine glands, facilitating drug excretion and local toxicity. HFS is evaluated in 3 grades according to the National Cancer Institute criteria; Grade 1 presents with erythema, swelling, numbness, and tingling, mainly on the fingers and soles, without affecting daily activities. Grade 2 involves increased pain and tenderness, interfering with routine tasks. Grade 3 is severe, with intense pain, blisters and ulceration, significantly impacting quality of life. Histopathological findings are characterized with mild spongiosis, necrotic keratinocyte, with dilated blood vessels and lymphohistiocytic infiltrate of the dermis. The management of HFS involves the use of topical treatments, including urea-based emollients and corticosteroid creams. Oral analgesics and Pyridoxine (vitamin B6) may also provide symptomatic relief. In severe cases, dose reduction or discontinuation of the chemotherapy agent may be required. Preventive strategies, including regular moisturizing, minimizing friction as well as using cold compresses or cooling gloves during chemotherapy are essential for managing this syndrome.

Conclusion:

Capecitabine-induced HFS is a dose-dependent toxicity that can substantially compromise patient quality of life. Early recognition, timely management, and preventive measures are crucial to reducing its severity. Interventions, including topical treatments and supportive care, can effectively control HFS, allowing patients to continue capecitabine therapy with minimal treatment interruption.

Hair and Nail Involvement in Inflammatory Bowel Disease: A Case-Control Study

Y. BEN KRAIEM*, H.TAOUNZA*, L. BENZEKRI*, M. MEZIANE*, S. HAMADA*
***Department of Dermatology, Mohammed V University of Rabat, Ibn Sina University Hospital, Morocco**

Introduction & Objectives:
The inflammatory cascade resulting from intestinal barrier disruption, as seen in inflammatory bowel diseases (IBD), has been associated with a range of phaneral disorders. These alterations may be linked to nutritional deficiencies, disease activity, or treatment-related adverse effects.
The objective of our study is to evaluate the frequency and characteristics of phaneral involvement (hair and nail disorders) in patients with IBD compared to healthy controls.
Materials & Methods:
We conducted a case-control study including 50 patients diagnosed with IBD and 50 agematched healthy controls. Hair and nail conditions were assessed based on patient complaints and clinical examination.
Results:
The IBD group consisted of 65% women and 35% men. Among these patients, 90% had Crohn's disease and 10% had ulcerative colitis. At the time of evaluation, 62% were receiving biologic therapy, 30% were on immunosuppressants, and 8% were untreated.
Phaneral involvement was observed in 86% of IBD patients compared to 42% of controls. Scalp involvement was reported in 72% of IBD patients and nail changes in 48%, versus 38% in controls, though the overall difference did not reach statistical significance.
Hair loss (60%), pruritus (24%), and trichodynia (14%) were significantly more frequent in the IBD group ($p < 0.05$).
Androgenetic alopecia (AGA) was significantly more prevalent among IBD patients (52.9%) compared to controls ($p < 0.05$). Similarly, onychoschizia was observed more frequently in IBD patients (34% vs. 14%; $p < 0.05$).
Conclusion:
Hair loss, especially AGA, and nail changes such as onychoschizia may be more frequent in IBD patients. Our study is among the few to comprehensively describe phaneral involvement in IBD. Further large-scale studies are needed to better understand these manifestations and their clinical significance.

Glaucome juvénile dans le cadre du syndrome de Parry-Romberg : intérêt d'une approche multidisciplinaire

R.MALOW - M.ELAMRAOUI - H. HASSAN - A.MOUSSA - R.FERIKH-N. HEJIRA
Service de dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat

Introduction : Le syndrome de Parry-Romberg (SPR), ou hémiatrophie faciale progressive, est une affection rare, sporadique, touchant principalement les jeunes femmes. Il débute habituellement durant la première ou la deuxième décennie de vie et évolue lentement pendant plusieurs années avant de se stabiliser. Cliniquement, il se manifeste par une atrophie unilatérale du visage, touchant la peau, les tissus adipeux, les muscles et parfois les structures osseuses, souvent dans le territoire d'une ou plusieurs branches du nerf trijumeau (V). D'autres localisations extrafaciales ont également été rapportées. Des atteintes systémiques, notamment neurologiques et ophtalmologiques, peuvent être associées.

Observation : Il s'agit d'une patiente de 12 ans, sans antécédents particuliers ni consanguinité, consultant pour une déformation progressive du menton depuis quatre ans. Elle rapportait des épisodes migraineux accompagnés d'hypoesthésie de la région jugale droite. L'examen clinique montrait une hémiatrophie droite du menton, des plaques hyperchromiques infiltrées et scléreuses de topographie mandibulaire droite, une dépression médiane du menton, une atrophie de la pointe du nez et une lésion sclérosante de l'avant-bras droit. Le reste de l'examen somatique était normal.Les autoanticorps antinucléaires et la sérologie de la borréliose étaient négatifs. La biopsie cutanée était en faveur d'une morphée. Le scanner facial ne montrait pas d'atrophie osseuse ou des parties molles jugales. L'IRM cérébrale et l'EEG étaient sans anomalies. Un traitement associant de faibles doses de corticoïdes (0,3 mg/kg/jour) et de méthotrexate (12,5 mg/semaine) a été instauré, avec surveillance ophtalmologique rapprochée en raison du contexte de glaucome juvénile.

Discussion : Le SPR débute généralement dans l'enfance ou l'adolescence, avec une prédominance féminine nette (ratio 3 :1). Il affecte le plus souvent l'hémiface gauche, de façon unilatérale, et son expression clinique est très variable. L'atteinte des tissus mous n'est pas corrélée à l'âge de début, mais une atteinte osseuse sévère est plus fréquente lorsque les symptômes apparaissent tôt. Dans notre cas, l'atteinte siégeait à droite (V3), avec une extension rare vers une zone extrafaciale (avant-bras). Les manifestations neurologiques, présentes chez environ 15 % des patients, sont les complications systémiques les plus fréquentes. Parmi les atteintes ophtalmologiques rapportées, le glaucome juvénile reste exceptionnel mais mérite une attention particulière en raison de son retentissement fonctionnel important. La présence concomitante d'une atteinte neurologique et d'un glaucome juvénile dans un contexte de SPR, comme observé chez notre patiente, est rarement décrite dans la littérature. Elle souligne la nécessité d'un dépistage ophtalmologique systématique et précoce chez ces patients, en complément de l'évaluation neurologique. L'imagerie cérébrale normale n'exclut pas une atteinte fonctionnelle, et une prise en charge multidisciplinaire reste indispensable.

Conclusion : Le syndrome de Parry-Romberg est une affection rare, d'étiologie incertaine, dont les manifestations dépassent la simple atteinte esthétique faciale. Les formes avec atteinte ophtalmologique, neurologique et extrafaciale sont exceptionnelles. Le traitement repose sur une immunosuppression précoce associant corticoïdes et méthotrexate, en l'absence de recommandations codifiées. Une prise en charge multidisciplinaire est essentielle.

Flush cutané aigu lors de la biopsie d'un insulinome : manifestation dermatologique inhabituelle

Y.Mahdar[1], H.Rachadi[1], F.Hali[1], M.Fartmissi[2], M.Tahiri[2], S.Chiheb[1]
1. : Service de dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca
2 : Service de gastro-entérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction

Le flush cutané est une rougeur transitoire du visage et/ou du cou, secondaire à une vasodilatation. Il est généralement observé dans des affections telles que les tumeurs carcinoïdes, les mastocytoses, ou dans certaines causes médicamenteuses et hormonales. Il est en revanche exceptionnel dans les insulinomes, tumeurs neuroendocrines du pancréas sécrétant de l'insuline.
Nous rapportons ici un cas inhabituel de flush facial survenu au cours de la biopsie d'un insulinome.

Observation

Une patiente de 42 ans, suivie pour des hypoglycémies sévères d'étiologie initialement indéterminée, a bénéficié d'une IRM abdominale révélant une masse pancréatique suspecte. Une écho-endoscopie avec biopsie a été réalisée dans le cadre du bilan.
Lors de la ponction tumorale, la patiente a présenté un flush aigu du visage et du cou, associé à une sensation de chaleur, une épistaxis, ainsi qu'un épisode d'hématémèse. L'éruption a régressé spontanément en moins de 48 heures, sans récidive ni besoin de traitement spécifique.
L'analyse histologique a confirmé le diagnostic d'insulinome. L'épisode a été interprété comme un flush d'origine neuroendocrine. Aucun traitement spécifique n'a été nécessaire pour l'éruption, qui n'a pas récidivé.

Discussion

Le flush facial est un signe clinique bien décrit dans les tumeurs neuroendocrines sécrétant des substances vasoactives telles que la sérotonine ou l'histamine. Il est cependant exceptionnel dans les insulinomes, dont le tableau est dominé par les manifestations liées à l'hypoglycémie.
Dans ce cas, la survenue du flush au cours de la biopsie pourrait refléter une libération brutale de médiateurs vasoactifs induite par la manipulation tumorale, associée à une vasodilatation extrême ou une augmentation transitoire de la perméabilité vasculaire, expliquant les saignements muqueux inhabituels.

Conclusion

Le flush cutané peut révéler ou compliquer une tumeur neuroendocrine. Bien qu'inhabituel dans l'insulinome, il peut survenir de façon transitoire, en particulier lors d'un geste invasif.

Érythème polymorphe post piqure d'abeille à propos d'un cas

I.Jegoual, L.Bendaoud, I.Fikri, 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 :

L'érythème polymorphe est une dermatose aiguë d'origine immunologique, affectant la peau et les muqueuses, touchant surtout les jeunes adultes avec prédominance féminine. Dans 90 % des cas, il est déclenché par une infection, principalement l'herpès simplex (70–80 %). Plus rarement, des médicaments, néoplasies, maladies auto-immunes ou facteurs environnementaux sont en cause.

Nous rapportons le cas d'un patient présentant un érythème polymorphe en post piqure d'abeille.

Observation :

Nous rapportons le cas d'un patient agé de 59 ans, sans antécédents notables (absence d'herpès labial, de signes d'infection pulmonaire et de prise médicamenteuse), qui se présente pour des lésions cutanées symétriques en cocarde surmontées de bulles à prédominance acrale et au niveau de la face, associé à des érosions au niveau buccale et scrotale évoluant après 3 jours de piqure d'abeille. Le bilan biologique a mis en évidence une anémie microcytaire hypochrome et une CRP élevée à 91 mg/L. La PCR respiratoire était négative, les sérologies virales étaient négatives, et les marqueurs tumoraux normaux. L'examen histologique d'une biopsie cutanée été en faveur d'un érythème polymorphe.

Le patient a reçu une antibiothérapie par Amoxicilline-acide clavulanique 1g/8h pour une surinfection des lésion cutanées, du paracétamol en cas de fièvre et des soins locaux quotidiens. L'évolution a été favorable avec amélioration nette des lésions.

Discussion :

L'érythème polymorphe est une réaction cutanéomuqueuse immunitaire à médiation cellulaire, le plus souvent déclenchée par une infection (virus herpès simplex, Mycoplasma pneumoniae) ou par un médicament. Les lésions apparaissent habituellement dans les 72 h, avec une distribution acrale et symétrique.

Dans notre observation, le diagnostic d'EP post-piqûre d'araignée a été retenu sur la base de l'histoire clinique, des lésions typiques et de la négativité du bilan infectieux. Un seul cas d'érythème polymorphe a été rapporté avec un délai d'apparition de lésions d'une semaine. Ces observations suggèrent que le venin d'abeille peut agir comme un déclencheur immunologique rare de l'érythème polymorphe.

La prise en charge demeure essentiellement symptomatique, incluant l'administration d'antihistaminiques, l'usage de corticostéroïdes topiques ou systémiques selon la sévérité, et la mise en place de soins locaux appropriés pour favoriser la résolution des lésions et prévenir les complications.

Conclusion :

Les piqûres d'abeilles constituent un déclencheur rare mais possible d'érythème polymorphe chez les sujets sensibilisés. Le diagnostic repose sur les lésions typiques en cocarde et l'élimination des autres causes, tandis que la prise en charge reste essentiellement symptomatique

Erythema exsudativum multiforme after a bee sting: A case report, January 2002, H& G Zeitschrift fur Hautkrankheiten 77(1):43-44

Bee propolis-induced erythema multiforme,Meng-Ling Chiang, Ying-Tai Jin, Julia Yu-Fong Chang, Chun-Pin Chiang, https://doi.org/10.1016/j.jfma.2021.03.006

Skin reaction to bed bugs bite reflecting erythema multiforme: Case report, Michał Andres1, Andrzej Jaworek1, Tomasz Stramek2, Anna Wojas-Pelc1, *Department of Dermatology, Jagiellonian University College of Medicine*

Not every chronic intertrigo is a fungal infection: think Hailey-Hailey disease

C. Mustapha Eid1, F. Sassine1, N. Errachdy1, T. Aboudech2, K. Znati2, L. Benzekri1, M. Meziane1
1 Dermatology Department, Ibn Sina University Hospital, Rabat
2 Pathology Department, Ibn Sina University Hospital, Rabat

Introduction

Hailey-Hailey disease (HHD), also known as benign familial pemphigus, is a rare genodermatoses firstly described in 1939 by the Hailey brothers. HHD follows an autosomal dominant inheritance pattern with incomplete penetrance, and a familial occurrence is noted in nearly two-thirds of cases. Clinically, it often presents as chronic, recurrent, erythematous, erosive plaques in areas such as the axillae, groin, inframammary regions, and neck folds. Because of its nonspecific presentation, Hailey-Hailey disease is frequently misdiagnosed as more common dermatoses, including candidiasis, tinea cruris, erythrasma , or inverse psoriasis.

Case observation

A 50-year-old woman was referred to our department to evaluate a painful rash located in the groin and right axilla for approximately 7 years. She had a history of multiple mild yeast infections in the groin that cleared with topical creams. Family history for similar rashes was negative. The patient reported that the lesions worsened during the summer and after episodes of sweating, with recurrent flare-ups. She was treated with several courses of amoxicillin and antifungal agents as well as over the counter lotions and powders without relief. The physical examination revealed reddish-purple edematous plaques with maceration involving the groin, axillae and perineum. Dermoscopy revealed a combination of pink and white areas. Sometimes irregular whitish areas were separated by pink furrows, whereas some other areas were typified by an irregular combination of white and pink coloration in a cloud pattern. Small erosions and ulcerations were also occasionally visible. The biopsy specimen revealed epidermal acanthosis, spongiosis, exocytosis, and acantholysis with a dilapidated brick wall pattern consistent with HHD. As the patient did not respond to topical corticosteroids, doxycycline was added to her treatment regimen.

Discussion

HHD is a rare autosomal dominant genodermatosis caused by mutations in the *ATP2C1* gene, leading to impaired keratinocyte adhesion and intraepidermal acantholysis. The disease typically affects intertriginous areas and follows a chronic relapsing-remitting course. Exacerbations are commonly triggered by heat, sweating, friction, minor trauma, and secondary infections.

Diagnosis is often delayed, particularly in sporadic cases or atypical presentations, because lesions may transiently improve with topical corticosteroids, antibiotics, or antifungals, which can mimic chronic intertrigo or candidiasis. Histopathology remains the gold standard, with the characteristic “dilapidated brick wall” acantholysis providing definitive confirmation. Dermoscopy, reflectance confocal microscopy, and molecular testing can assist in difficult cases.

Management of HHD is challenging due to the absence of curative therapy. Strategies aim to control flares, prevent secondary infections, reduce inflammation, and improve quality of life. Topical treatments, including corticosteroids, calcineurin inhibitors, and antiseptics, are first-line approaches. Systemic therapies, such as tetracyclines, corticosteroids, or retinoids, may be indicated for more severe or refractory cases. Interventional options—including CO2 laser, photodynamic therapy, and botulinum toxin injections—have been employed successfully for recalcitrant lesions, particularly in localized areas.

Patient education and lifestyle modifications are essential. Avoiding triggering factors, maintaining proper hygiene, wearing loose clothing, and controlling hyperhidrosis can reduce flares. Given the chronic, disabling nature of HHD and its impact on physical and psychological well-being, an integrated, multidisciplinary approach—including dermatologists, genetic counselors, psychologists, and specialized nurses is recommended.

Conclusion

HHD is a rare, chronic disorder with recurrent flares and variable presentation. Diagnosis is often delayed, especially in sporadic cases. The key take-home message is to **consider Hailey-Hailey disease in patients with chronic, recalcitrant intertrigo**. Management focuses on controlling flares, preventing infections, and improving quality of life through lifestyle modifications and multidisciplinary care

La couleur importe-t-elle : Briser le silence sur l'impact de l'hyperpigmentation génitale féminine sur la qualité de vie et l'image de soi au Maroc.

L.Mouline, B.Rhenimi Idrissi, FZ.Hammoud, N.Ammar, M.Meziane, N.Ismaili, S.Hamada, L.Benzekri

Service de Dermatologie Vénérologie, CHU Ibn SIna, Rabat

Introduction :

L'hyperpigmentation génitale féminine, fréquente dans les populations à phototypes foncés comme au Maroc, reste un sujet rarement abordé en dermatologie. Souvent perçue à travers le prisme des normes esthétiques et des représentations culturelles, elle peut générer un véritable mal-être en altérant l'image corporelle et la qualité de vie (QdV). Ce vécu demeure toutefois largement silencieux, renforcé par le poids des tabous entourant la sphère intime.

Notre étude s'attache à explorer ce phénomène en évaluant son retentissement sur la QdV et l'auto-perception génitale des femmes marocaines, à l'aide du *Dermatology Life Quality Index (DLQI)* et de la *Female Genital Self-Image Scale (FGSIS)*. Nous avons également analysé l'impact de paramètres tels que l'âge, le phototype, la localisation des lésions, les remarques du partenaire et l'influence des médias. À notre connaissance, il s'agit de la première étude dédiée à ces dimensions.

Méthodes

Nous avons inclus 170 participantes à travers un questionnaire recueillant l'âge, le statut marital, la localisation de la pigmentation, les remarques du partenaire, l'intérêt pour un éclaircissement génital et les influences externes. La version validée en dialecte marocain du DLQI, et le FGSIS ont permis d'évaluer l'impact de l'hyperpigmentation génitale sur la QdV et l'image de soi. Les analyses statistiques ont été réalisées avec Jamovi 2.6.26.

Résultats

L'âge moyen était de 29,2 ans (17–62). Les phototypes les plus représentés étaient le III (50.6 %), suivi du II (29.4 %) et du IV (15.3 %). Au total, 87,1 % des participantes déclaraient une pigmentation génitale, dont 68,7 % la décrivaient comme brune. Parmi elles, 21.8 % avaient reçu des remarques de leur partenaire, dont 43.2 % étaient négatives. Le score moyen du DLQI était de 3.98 (0–19) et celui du FGSIS de 19.9 (10–28).

Une forte corrélation négative a été observée entre DLQI et FGSIS ($r = –0,92$; $p < 0,01$). L'âge était inversement corrélé au DLQI ($\rho = –0,290$; $p < 0,001$), traduisant un retentissement moindre chez les femmes plus âgées, tandis qu'une corrélation positive avec le FGSIS ($\rho = 0,283$; $p < 0,001$) indiquait une préoccupation accrue des plus jeunes vis-à-vis de leur image génitale.

La localisation de la pigmentation aux racines des cuisses était significativement associée à une altération de la QdV ($p < 0,001$) et du FGSIS ($p = 0,003$). Les grandes lèvres étaient également concernées avec un retentissement significatif (DLQI : $p = 0,047$; FGSIS : $p = 0,049$). Les remarques du partenaire accentuaient la détérioration de la QdV et de l'image corporelle ($p < 0,01$). Enfin, 43,7 % des femmes exprimaient un intérêt pour l'éclaircissement génital, motivé par des raisons personnelles (47,2 %), l'influence des médias (34,4 %) ou la pression du partenaire (11,4 %)

Conclusion

L'hyperpigmentation génitale féminine, bien que fréquente, reste un sujet entouré de tabous. Notre étude met en évidence un retentissement globalement modéré sur la qualité de vie, mais parfois sévère, notamment en termes d'image corporelle. Ces résultats soulignent l'importance d'une prise en charge dermatologique empreinte de sensibilité et adaptée aux attentes des patientes, afin d'améliorer leur bien-être psychologique et social.

Le scorbut : une pathologie pas si historique – à propos d'un cas

Salma Abid, Hasnaa Zerhouni, Najoua Ammar, Syrine Hamada, Nadia Ismaili, Laïla Benzekri, Mariame Meziane
Service de dermatologie-vénérologie du CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc.

Le scorbut est une carence sévère en vitamine C, décrite dès le XVe siècle lors des grandes expéditions maritimes. Jadis redouté, il a presque disparu avec l'industrialisation, ne persistant que dans les contextes de dénutrition et d'isolement. Pourtant, une recrudescence récente est rapportée, surtout chez les enfants avec un régime sélectif ou pathologie neuro-psychiatriques. Cette tendance, associée à la nature rare et souvent oubliée de cette affection, entraine souvent un retard diagnostique qui peut être fatal, alors que le traitement substitutif, simple et disponible résout souvent rapidement les manifestations cliniques de la pathologie.

Nous rapportons le cas d'une adolescente de 15 ans, sans antécédents, hospitalisée pour douleurs abdominales chroniques, diarrhée et amaigrissement évoluant depuis 4 mois, avec suspicion d'une maladie de Crohn. Un mois plus tard, la patiente développe un syndrome hémorragique cutanéo-muqueux avec purpura pétéchial, ecchymotique, hémorragie gingivale, déchaussement dentaire et digestif fait de rectorragies abondantes.
L'examen retrouvait un purpura non infiltré avec quelques bulles, associé à une altération sévère de l'état général. La dermoscopie des lésions ecchymotiques ne montrait pas d'hyperkératose folliculaire, de purpura péri-folliculaire ni de cheveux en tire-bouchon.
Le bilan montrait une anémie normochrome normocytaire, plaquettes normales, sans syndrome inflammatoire. Les sérologies virales étaient négatives. La biopsie cutanée objectivait une lésion purpurique sans vascularite.
Le diagnostic de scorbut a été retenu et une supplémentation en vitamine C instaurée, permettant une amélioration rapide en quelques jours.

Le scorbut est considéré comme rare dans les pays industrialisés, mais plusieurs cas dans la littérature rapportent son existence, ainsi il pourrait être mal diagnostiqué.
Une étude anglaise se basant sur les données du Low-Income Diet and Nutrition Survey a montré que 46% des hommes et 35% des femmes vivant dans la précarité ont une déficience ou une déplétion en vitamine C.
Le scorbut résulte d'un déficit en acide ascorbique, cofacteur indispensable de la synthèse du collagène, responsable de la stabilité des tissus conjonctifs et de la paroi vasculaire. Son déficit explique les principales manifestations cliniques : purpura non infiltré, hémorragies muqueuses, troubles gingivaux, douleurs ostéo-articulaires et retard de cicatrisation. La présentation peut toutefois être atypique, entraînant une errance diagnostique et une multiplication d'explorations inutiles.
Le diagnostic est avant tout clinique, confirmé par le dosage de la vitamine C, mais il doit être évoqué devant tout tableau associant altération de l'état général, purpura non infiltré et contexte de dénutrition.
L'intérêt majeur de ce cas est de rappeler qu'à l'ère de la médecine moderne, le scorbut reste une réalité, et qu'un traitement substitutif précoce transforme rapidement le pronostic.

Lichen aureus, une capillarite purpurique pigmentaire rare : apport de la dermoscopie et de l'histologie, à propos d'un cas.

Salma Abid, Najoua Ammar, Hasnaa Zerhouni, Syrine Hamada, Mariame Meziane, Laïla Benzekri, Nadia Ismaili
Service de dermatologie-vénérologie du CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc.

Introduction :

Les capillarites purpuriques pigmentaires (CPP) sont une entité nosologique de dermatoses chroniques caractérisées par un purpura pétéchial et des changements pigmentaires secondaires à une capillarite. Le lichen aureus est une variante rare, persistante et intensément purpurique des CPP. Nous rapportons un cas illustrant l'intérêt de la dermoscopie et de l'histologie dans le diagnostic.

Observation :

Un homme de 53 ans, diabétique insulinodépendant mal équilibré, a consulté pour des lésions prurigineuses évoluant depuis une semaine au niveau de la jambe droite, sans autres signes associés. L'examen retrouvait des plaques purpuriques confluentes, mal limitées, associées à des lésions brunâtres périphériques et à des excoriations secondaires.
La dermoscopie montrait un fond rouge-cuivré, des globules rouges correspondant à l'extravasation érythrocytaire et un réseau de lignes grisâtres interconnectées, avec des lésions excoriées. L'histologie objectivait un épiderme acanthosique surmonté d'une hyperkératose, associé à un infiltrat lymphocytaire en bande sous-épidermique avec extravasation érythrocytaire et dépôts d'hémosidérine. La corrélation clinico-dermoscopique et histologique a permis de retenir le diagnostic de lichen aureus. Un traitement par dermocorticoïdes a permis une évolution favorable.

Discussion :

Le lichen aureus, bien que bénin, représente un défi diagnostique car son aspect clinique peut simuler d'autres dermatoses purpuriques ou pigmentées, notamment les autres CPP, les vascularites leucocytoclasiques, les purpuras thrombopéniques, la dermite de stase ou encore le lymphome T cutané. La dermoscopie permet d'identifier des éléments caractéristiques (fond rouge-cuivré, globules rouges, réseau de lignes grisâtres) qui, associés à l'histologie, renforcent la précision diagnostique et évitent des explorations invasives répétées.
La pathogenèse des CPP n'est pas totalement élucidée. Divers facteurs favorisants sont rapportés : fragilité capillaire, hypertension veineuse, activité physique, infections locales ou systémiques, prise médicamenteuse (AINS, antibiotiques, antidiabétiques), et plus récemment une association avec l'infection à SARS-CoV-2. Bien que souvent bénignes, les CPP peuvent être associées à des maladies auto-immunes, des hémopathies ou des lymphomes T cutanés, justifiant une évaluation clinique attentive.

Conclusion :

Le lichen aureus est une forme rare de CPP dont le diagnostic repose sur la corrélation clinico-dermoscopique-histologique. Sa reconnaissance est essentielle pour éviter des confusions avec des pathologies plus graves et permettre une prise en charge adaptée, reposant le plus souvent sur les dermocorticoïdes.

Lipomes Démesurés dans la Maladie de Dercum : A propos d'un cas

BABA Rime, BARAZ Salma, ALAMI Laila, KERROUCH Hasna, ANOUAR Ilyass, EL AMRAOUI Mohamed, ZEMMEZ Youssef, FRIKH Rachid, HJIRA Naoufal

Dermatology Department - Mohammed V Military Hospital - Rabat - Morocco

Introduction :
La maladie de Dercum, également connue sous le nom d'**adiposis dolorosa**, est une affection rare caractérisée par la présence de multiples lipomes douloureux, touchant principalement les femmes de 40 à 50 ans. Bien que les lipomes observés dans la maladie de Dercum soient généralement de petite à moyenne taille, nous rapportons une présentation hautement inhabituelle impliquant des lipomes volumineux atteignant jusqu'à 30 cm, mettant en évidence les difficultés diagnostiques et thérapeutiques dans de tels cas atypiques.

Présentation du cas :
Une femme de 54 ans, sans antécédents médicaux notables, a consulté pour des masses sous-cutanées douloureuses, multiples et progressivement croissantes, évoluant depuis 7 ans. La douleur était décrite à type de brûlure, souvent exacerbée par le contact et limitant les activités quotidiennes. La patiente rapportait également une asthénie et de légers troubles cognitifs

L'examen clinique a révélé de multiples masses sous-cutanées, molles, mobiles et douloureuses, réparties sur les bras, l'abdomen, les flancs et les cuisses. Certaines lésions étaient très volumineuses, la plus importante étant localisée sur la face latérale de la cuisse gauche, mesurant environ 30 cm de long et 18 cm de large.

L'IRM des tissus mous a montré des masses encapsulées, homogènes et riches en tissu adipeux, compatibles avec des lipomes, sans infiltration des structures profondes. Aucun signe de malignité ou de transformation sarcomateuse n'a été retrouvé.

Une biopsie-exérèse d'une lésion représentative a confirmé un tissu adipeux mature avec des septa fibreux, des cellules inflammatoires chroniques disséminées et l'absence d'atypies compatible avec un lipome bénin. Le bilan biologique (glycémie, fonction thyroïdienne, ANA, marqueurs inflammatoires) était sans particularité.

Le diagnostic clinique de **maladie de Dercum (forme nodulaire généralisée)** a été retenu sur la base de

- la présence de lipomes douloureux,
- le sexe féminin et l'âge de la patiente,
- les symptômes systémiques associés (asthénie, troubles de l'humeur),
- la confirmation histologique de tumeurs adipeuses bénignes

Prise en charge et évolution :
En raison des douleurs invalidantes et de la taille extrême de certaines masses, une exérèse chirurgicale des deux plus volumineuses (30 cm et 22 cm) a été réalisée. Un soulagement a été rapporté dans les zones opérées ; cependant, de nouveaux lipomes ont continué à apparaître ailleurs. La patiente a été mise sous gabapentine, associée à une rééducation fonctionnelle et à un soutien psychologique. Malgré les interventions chirurgicales, le contrôle de la douleur est resté difficile, soulignant le caractère chronique de la maladie.

Discussion :
Ce cas illustre un phénotype rare de la maladie de Dercum, avec des lipomes géants rarement rapportés dans la littérature. Alors que la forme classique implique des lipomes plus petits et douloureux, les présentations extrêmes peuvent mimer d'autres tumeurs des tissus mous, posant des problèmes diagnostiques. L'imagerie est essentielle pour exclure une malignité, tandis que l'histologie confirme généralement la bénignité. La physiopathologie reste mal comprise et implique des hypothèses La prise en charge est palliative et multidisciplinaire, associant chirurgie pour les lésions volumineuses, traitement pharmacologique de la douleur et des symptômes associés. Les récidives et l'apparition de nouvelles lésions sont fréquentes, justifiant un suivi individualisé et prolongé.

Conclusion :
Ce cas souligne l'importance de considérer la maladie de Dercum devant des lipomes multiples douloureux, même lorsqu'ils atteignent des tailles exceptionnelles. Les dermatologues doivent rester vigilants face à ce diagnostic rare, car une reconnaissance précoce peut améliorer la qualité de vie grâce à une prise en charge multidisciplinaire adaptée.

Cornes scrotales multiples : première observation clinique rapportée et implications thérapeutiques

R. Baba ; S. Baraz ; H. Kerrouch ; I. Anouar; M. El Amraoui; Y. Zemmez ; R. Frikh ; N. Hjira
Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction : Les cornes cutanées sont des excroissances kératosiques rares, survenant généralement sur des zones photo-exposées. Elles sont habituellement solitaires. Leur localisation génitale est exceptionnelle, et, à notre connaissance, aucun cas de cornes multiples scrotales n'a été décrit dans la littérature médicale. Nous rapportons ici une première observation clinique illustrant une présentation inédite et les difficultés thérapeutiques associées.

Observations : Un homme de 43 ans, sans antécédents médicaux ou chirurgicaux notables, a consulté pour des lésions kératosiques croissantes au niveau du scrotum. L'examen clinique a révélé 42 cornes cutanées, regroupées en amas de six, mesurant entre 3 et 6 cm de hauteur et environ 1 cm de largeur. Les lésions étaient asymptomatiques mais gênantes sur le plan esthétique et fonctionnel. L'analyse histologique d'une biopsie a montré une inclusion épidermique calcifiée avec hyperkératose marquée, acanthose, verrucité, et pigmentation focale, sans signes de malignité. Une exérèse chirurgicale complète a été réalisée, mais la récidive a été totale en moins de deux mois. Le patient a ensuite refusé toute prise en charge complémentaire.

Discussion : Les cornes cutanées peuvent résulter de lésions bénignes, précancéreuses ou malignes. Leur apparition sur le scrotum, et surtout sous forme multiple, reste exceptionnelle. Dans ce cas, l'histologie suggère une origine bénigne, mais la récidive rapide et systématique pose la question d'un processus sous-jacent chronique, peut-être prolifératif. Parmi les diagnostics différentiels : hyperplasie épidermique verruqueuse, verrues virales ou dermatoses kératinisantes. L'emplacement scrotal, l'aspect polymorphe, et la récidive rapide incitent à explorer des facteurs locaux favorisants tels que des microtraumatismes, une obstruction folliculaire ou une étiologie virale non identifiée.

Conclusion : Ce cas constitue la première description de cornes scrotales multiples récidivantes. Bien que bénignes sur le plan histologique, leur nombre, leur localisation, et leur réapparition rapide après chirurgie rendent leur prise en charge complexe. Cette observation souligne l'importance de reconnaître les présentations atypiques des cornes cutanées et la nécessité d'approfondir les recherches pour mieux comprendre les mécanismes physiopathologiques impliqués et identifier des alternatives thérapeutiques efficaces.

Calcinose scrotale idiopathique : une entité bénigne rare mais impressionnante

F. EL GUENNOUNI, M.EL AMRAOUI, R. FRIKH, N. HJIRA

Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat

Introduction : La calcinose scrotale idiopathique est une affection bénigne rare, caractérisée par des dépôts de sels calciques dans le derme du scrotum, en l'absence d'anomalie métabolique. Son origine reste débattue, entre calcification dystrophique secondaire à des kystes épidermiques ou processus idiopathique primitif.

Observation : Un patient de 43 ans, sans antécédents médicaux particuliers, présentait depuis 5 ans des nodules scrotaux indolores, progressivement croissants. L'examen clinique objectivait plusieurs nodules blanchâtres, fermes, mobiles, mesurant de 0,5 à 2 cm, répartis sur la peau scrotale, sans inflammation ni écoulement. Les bilans phosphocalcique, rénal et parathormonal étaient normaux. Une échographie scrotale montrait plusieurs lésions hyperechogènes sous-cutanées avec cône d'ombre postérieur, sans atteinte testiculaire. L'exérèse chirurgicale a permis une analyse histopathologique confirmant des dépôts calciques denses dans le derme, sans revêtement épithélial ni réaction inflammatoire, compatible avec une calcinose scrotale idiopathique.

Discussion : Cette entité survient surtout chez l'homme jeune. Le diagnostic repose sur la clinique et l'histologie. Les hypothèses physiopathologiques incluent la dégénérescence dystrophique de kystes épidermiques ou une calcification primitive du derme. L'imagerie peut orienter le diagnostic, mais seule l'analyse histologique l'affirme. Le traitement repose sur l'exérèse chirurgicale des lésions symptomatiques ou inesthétiques. L'évolution est généralement favorable, avec un faible taux de récidive.

Conclusion : La calcinose scrotale idiopathique doit être évoquée devant des nodules scrotaux isolés, d'évolution lente, sans syndrome inflammatoire ni anomalie métabolique. L'exérèse chirurgicale est à la fois diagnostique et curative.

Calcinose scrotale idiopathique chez un jeune adulte : à propos d'un cas

R. BOUABDALLAOUI[1], PR A.A. OUFKIR [2],N. ZERROUKI[1], N. ZIZI[1]

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

[2] service des brûlés et de chirurgie plastique CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc

Introduction :

La calcinose cutanée est une entité clinique correspondant au dépôt de sels de calcium insolubles dans les tissus cutanés ou sous-cutanés. Elle peut être classée en plusieurs types : dystrophique, métastatique, idiopathique et iatrogène. La localisation scrotale est rare et souvent décrite sous forme de nodules multiples, d'évolution lente, et asymptomatiques. Nous rapportons un cas de calcinose scrotale idiopathique localisée ,chez un jeune adulte.

Observation clinique :

Un homme de 27 ans, grand consommateur de produits laitiers et sans antécédents pathologiques, présentait depuis plusieurs mois des nodules scrotaux indolores. L'examen retrouvait des nodules fermes, de couleur brunâtre à jaunâtre, sans signes inflammatoires. Le reste de l'examen clinique et le bilan biologique (calcémie, phosphorémie, PTH, vitamine D, fonction rénale) étaient normaux, orientant vers une calcinose cutanée idiopathique. Le patient a été adressé au service de chirurgie plastique pour exérèse, dont l'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic. Le suivi à 3 mois a montré une cicatrisation satisfaisante et l'absence de récidive**.**

Discussion :

La calcinose scrotale idiopathique (CSI) est une entité rare et bénigne, caractérisée par des dépôts calciques dans le derme ou l'hypoderme du scrotum, sans anomalie métabolique associée. Elle touche principalement les jeunes hommes entre 20 et 40 ans, et se manifeste par des nodules indolores, fermes, de couleur blanchâtre ou jaunâtre, parfois ulcérés ou calcifiés. L'étiopathogénie de la CSI reste controversée.Plusieurs hypothèses ont été avancées, notamment une dégénérescence dystrophique de kystes épidermiques, de glandes sudoripares ou sébacées, suivie d'une calcification secondaire. Le diagnostic repose sur l'examen clinique et l'élimination des causes métaboliques de calcinose, telles que l'hyperparathyroïdie, l'insuffisance rénale chronique ou les désordres du métabolisme phosphocalcique.

Dans notre cas, l'ensemble du bilan biologique était strictement normal. La consommation excessive de produits laitiers notée chez le patient n'est pas reconnue dans la littérature comme un facteur étiologique direct, bien qu'elle soulève la question de l'influence possible du régime alimentaire sur le métabolisme local du calcium. L'examen anatomopathologique reste la clé du diagnostic. Le traitement de référence est chirurgical ; seule une exérèse complète assure la guérison avec un bon résultat esthétique et un faible risque de récidive, comme observé dans notre cas.

Conclusion :

La calcinose cutanée scrotale, bien que rare, doit être envisagée devant toute lésion nodulaire indolore du scrotum, en particulier chez les jeunes adultes. L'absence d'anomalie biologique oriente vers une forme idiopathique. Le traitement chirurgical constitue l'option de référence et offre d'excellents résultats fonctionnels et esthétiques.

Atypical Cutaneous GVHD; When Keratosis Pilaris Is More Than It Seems

N. Lahmamsi[1], FZ. Agharbi[1] , S.Chiheb[1-2]
1-Hopital Universitaire International Cheikh Khalifa
2-CHU Ibnou Rochd

Introduction & Objectives: Graft-versus-host disease (GVHD) results from an abnormal immune reaction in which donor immunocompetent T lymphocytes attack host tissue antigens. It remains the most serious complication following haematopoietic stem cell transplantation, particularly after bone marrow transplantation. The skin is often the first organ affected, with both acute and chronic manifestations and a wide range of clinical presentations.

Case report :

A 37-year-old man with no prior medical history was diagnosed with bone marrow aplasia and received an allogeneic peripheral blood stem cell transplant from his HLA 10/10 matched brother. Eight months later, he developed a pruritic skin rash and was referred to dermatology. Clinical examination revealed diffuse keratosis pilaris with generalized xerosis. There was no personal or familial atopic background and no signs of atopic dermatitis. A skin biopsy showed mild epidermal hyperkeratosis with a few follicular plugs and a subtle perifollicular chronic lymphocytic infiltrate, consistent with keratosis pilaris. The patient was treated symptomatically with a urea-based emollient.

Two months later, new lesions appeared, consisting of scaly, violaceous patches on the trunk, back, and upper limbs. The remainder of the examination was unremarkable. A diagnosis of lichenoid chronic GVHD (cGVHD) was considered. A second biopsy showed an orthokeratotic and mildly acanthotic epidermis with a superficial lymphocytic infiltrate and minimal exocytosis, confirming cGVHD. Treatment with topical corticosteroids, 0.1% tacrolimus, and oral prednisolone led to stabilization of the lesions within three months.

Discussion

Cutaneous GVHD classically presents with a morbilliform rash in acute forms (aGVHD) and with lichenoid or sclerodermiform features in chronic forms (cGVHD). However, atypical cutaneous manifestations also occur and must be recognized to ensure early diagnosis and treatment. Our patient presented with a rarely described form of cGVHD mimicking keratosis pilaris. This condition typically features follicular papules with surrounding erythema or hyperpigmentation. Some reports suggest it may represent an early stage of the sclerotic variant of cGVHD. In this case, the keratosis pilaris-like lesions evolved into lichenoid cGVHD, a previously undescribed clinical sequence.

Rare cases of follicular hyperkeratosis as the primary sign of cGVHD have been reported. In a retrospective study, Kim et al. described a biopsy-proven keratosis pilaris-like presentation of cGVHD. The 2014 NIH consensus classified keratosis pilaris, ichthyosis, and pigmentary disorders as “unclassified” features of cGVHD. While these cannot support an initial diagnosis, they may be included in the disease spectrum once GVHD is confirmed.

Recognizing such atypical features is essential for early identification and management, potentially preventing progression to more severe forms.

Conclusion: This case illustrates a rare presentation of cutaneous cGVHD initially mimicking keratosis pilaris, later progressing to a lichenoid pattern. It underscores the importance of identifying atypical skin manifestations to enable timely diagnosis and optimal treatment. A broader understanding of the varied presentations of cGVHD is critical for refining diagnostic criteria and improving patient care.

Anémie de Biermer révélée par des signes cutanés acraux et une glossite de Hunter

F. EL GUENNOUNI, M.EL AMRAOUI, R. FRIKH, N. HJIRA

Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat

Introduction :L'anémie de Biermer est une anémie macrocytaire due à un déficit en vitamine B12 secondaire à une gastrite auto-immune avec anticorps anti-facteur intrinsèque. Elle peut se révéler par des signes muqueux ou cutanés, parfois évocateurs. Nous rapportons un cas dans lequel les manifestations dermatologiques ont permis d'orienter le diagnostic.

Observation : Un patient de 65 ans, sans antécédents pathologiques connus, consulte pour une hyperpigmentation cutanée diffuse évoluant depuis plusieurs mois, associée à une asthénie majeure et une douleur linguale chronique. L'examen Clinique retrouvait : Une **glossite de Hunter**, caractérisée par une langue lisse, atrophique, érythémateuse, douloureuse ; Une **hyperpigmentation acrale bilatérale**, touchant les **jambes, les pieds, les mains**, et le **cuir chevelu frontal** ; Des **anomalies unguéales** : stries longitudinales, fragilité, et mélanonychie du pouce gauche. Il n'existait pas d'atteinte neurologique objectivée à l'examen initial. L'état général était altéré sans fièvre ni perte de conscience. Le bilan biologique a montré : Une **anémie macrocytaire** (Hb 7,2 g/dL, VGM 112 fL), Une**arégénérative** (réticulocytes 20 000/mm³), Une **neutropénie** et **thrombopénie** modérées, Un **effondrement de la vitamine B12** (< 100 pg/mL), Des **anticorps anti-facteur intrinsèque positifs**. Le diagnostic d'anémie de Biermer a été retenu. Une recherche de gastrite atrophique par endoscopie digestive était programmée. Le patient a été traité par vitamine B12 intramusculaire selon le protocole standard, avec nette amélioration clinique et biologique.

Discussion : Les manifestations cutanées de l'anémie de Biermer sont rares, mais peuvent précéder les signes hématologiques. L'**hyperpigmentation acrale**, l'**atteinte des phanères** (ongles dystrophiques, cheveux clairsemés), et la **glossite de Hunter** sont des éléments cliniques très suggestifs. La pigmentation peut mimer une insuffisance surrénalienne, mais la macrocytose oriente rapidement vers une origine carentielle. Le diagnostic repose sur le dosage de la vitamine B12 et la recherche d'anticorps anti-facteur intrinsèque. Le traitement substitutif intramusculaire permet une amélioration rapide des symptômes, notamment dermatologiques.

Conclusion : Ce cas illustre la contribution précieuse de l'examen dermatologique dans le diagnostic d'affections systémiques. En présence d'une glossite atrophique et d'une hyperpigmentation acrale inexpliquée, une anémie de Biermer doit être évoquée, permettant une prise en charge étiologique rapide et efficace.

Amylose cutanée biphasique révélée chez une jeune patiente atteinte de psoriasis : une association inattendue

S. El Mellouki; L. Alami; W. Boudi; F. Maatallaoui; M. El Amraoui; Z. Youssef; R. Frikh
Dermatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction : L'amylose cutanée est une entité rare caractérisée par le dépôt extracellulaire de protéines amyloïdes dans le derme. Parmi ses formes localisées, l'amylose biphasique est exceptionnelle et associe des caractéristiques cliniques du lichen amyloïde et de l'amylose maculeuse. Elle se manifeste par des lésions prurigineuses, hyperpigmentées et chroniques, pouvant mimer d'autres dermatoses inflammatoires pigmentées. Nous présentons un cas d'amylose biphasique diagnostiqué chez une patiente jeune, soulignant l'intérêt de la corrélation clinicohistologique et la rareté de cette cooccurrence.

Observations : Une patiente de 25 ans, suivie pour psoriasis du cuir chevelu depuis 8ans, a consulté pour des lésions prurigineuses évoluant depuis plusieurs mois. L'examen clinique retrouvait des maculo-papules hyperpigmentées, disposées en réseau à mailles irrégulières, intéressant le cou, le tronc, les membres supérieurs et le dos. La dermoscopie montrait une pigmentation brunâtre diffuse et en points brunâtre, avec un aspect réticulée en rayon de miel. L'examen histologique d'une biopsie cutanée montrait un épiderme modérément acanthosique et papillomateux, surmonté par endroits d'une hyperkératose orthokératosique compacte. Dans les papilles dermiques, entre les crêtes épidermiques, des dépôts acidophiles, feuilletés, anhistes, refoulant les noyaux cellulaires, étaient visualisés. Ces dépôts se coloraient positivement au PAS et étaient rehaussés par le cristal violet, confirmant leur nature amyloïde. Le diagnostic d'amylose biphasique a été retenu. Un traitement associant photothérapie par UVB à spectre étroit, dermocorticoïdes topiques et antihistaminiques oraux a été initié.

Discussion : L'amylose biphasique se distingue des autres formes localisées par la coexistence de lésions papuleuses et maculeuses. Elle constitue un défi diagnostique en raison de sa présentation polymorphe et de son caractère chronique. Le diagnostic repose sur la mise en évidence des dépôts amyloïdes à l'examen histopathologique, soutenu par les colorations spécifiques. La dermoscopie peut également orienter vers le diagnostic en montrant des des caractéristiques évocatrices de l'amylose cutanée. Le traitement vise essentiellement à soulager le prurit et améliorer l'aspect des lésions. La photothérapie constitue une option prometteuse, en particulier dans les formes diffuses. Un suivi dermatologique régulier est essentiel pour évaluer la réponse au traitement et prévenir la progression des lésions.

Conclusion : L'amylose cutanée biphasique est une pathologie rare et souvent méconnue, dont le diagnostic repose sur une approche intégrée associant examen clinique, dermoscopie et histologie. Ce cas met en lumière une association inhabituelle avec un psoriasis du cuir chevelu, et souligne l'importance d'un dépistage précoce et d'une prise en charge personnalisée afin de limiter l'impact fonctionnel et esthétique de cette affection chronique.

COMMUNICATIONS ORALES

Facteurs de risque et stratégies thérapeutiques des rechutes de pemphigus : étude rétrospective/ prospective de 400 cas

EL HASSANI TAIB Hajar, AMMAR Najoua, EL MOUSTAOUI Meryem, HAMADA Syrine, MEZIANE Mariame, ISMAILI Nadia, SENOUCI Karima, BENZEKRI Laila

Résumé :

Introduction :
Le pemphigus est une maladie bulleuse auto-immune rare mais potentiellement grave, causée par des autoanticorps dirigés contre les desmogléines 1 et 3 des kératinocytes. Malgré les progrès thérapeutiques récents, plus de la moitié des patients présentent une rechute au cours de l'évolution de la maladie. Cependant, les facteurs de risque cliniques, paracliniques et thérapeutiques de ces rechutes demeurent encore insuffisamment élucidés.

Objectifs :
Cette étude visait à identifier les facteurs de risque, les caractéristiques cliniques et les modalités thérapeutiques associés à la rechute du pemphigus, dans le but d'améliorer la prise en charge à long terme de la maladie.

Méthodes :
Nous avons mené une étude rétrospective incluant 406 patients atteints de pemphigus, pris en charge dans notre service de dermatologie du CHU Ibn Sina entre 1999 et 2025. Les données démographiques, cliniques et thérapeutiques ont été recueillies à partir des dossiers médicaux. Une étude a été portée sur les caractéristiques cliniques , paracliniques et aux schémas thérapeutiques utilisés. Des analyses statistiques ont été réalisées pour identifier les facteurs de risque et les facteurs protecteurs.

Résultats :
Parmi les 406 patients, 122 (30 %) ont présenté au moins une rechute au cours du suivi. L'âge médian était de 51 ans (extrêmes : 9–75 ans) et l'âge moyen au début de la maladie était de 49,8 ans. Une prédominance féminine a été observée (59,8 %). Le délai moyen de consultation avant la prise en charge initiale était de 14,6 mois. La rémission complète a été obtenue en moyenne après 6,54 mois de traitement, tandis que le délai moyen avant la première rechute après arrêt du traitement était de 25,7 mois.
Concernant les sous-types de pemphigus chez les patients qui ont présenté la rechute, le pemphigus vulgaire était le plus fréquent (43 %), suivi du pemphigus séborrhéique (27,9 %), du pemphigus foliacé (19,7 %), du pemphigus végétant (5,7 %) et du pemphigus herpétiforme (4,1 %).
L'analyse des schémas thérapeutiques a montré que les corticoïdes oraux seuls augmentaient le risque de rechute par 2,72. L'association corticoïdes–dapsone multipliait significativement ce risque (OR = 9,98), tandis que l'association corticoïdes–azathioprine l'augmentait par 3,90. À l'inverse, des facteurs protecteurs ont été identifiés : l'âge > 65 ans (OR = 0,218) et l'atteinte génitale (OR = 0,564). Sur le plan thérapeutique, les traitements les plus protecteurs étaient l'association corticoïdes–rituximab (OR = 0,3) et l'association triple corticoïdes–immunosuppresseurs–rituximab (OR = 0,1).

Conclusion :
La rechute demeure un enjeu majeur dans la prise en charge du pemphigus malgré les avancées thérapeutiques notables. Cette large étude monocentrique apporte de nouvelles données sur les prédicteurs cliniques et thérapeutiques de la rechute. Nos résultats soulignent l'importance d'un suivi rapproché et d'une stratégie thérapeutique individualisée. Les associations incluant les corticoïdes et le rituximab, seuls ou associés à des immunosuppresseurs, ont montré le plus fort effet protecteur et pourraient constituer l'approche la plus efficace pour le contrôle à long terme de la maladie.

Association entre les granulomes centraux à cellules géantes mandibulaires et la neurofibromatose de type 1

- **G. Meye[1] ; L. Fertitta[2] ; P. Wolkenstein[2]**
- [1] Service de Dermatologie, Hôpital Universitaire Cheikh Zaid, UIASS, Rabat, Maroc
- [2] Service de Dermatologie, AP-HP, Hôpital Universitaire Henri Mondor, UPEC, Créteil, France

Introduction Les granulomes centraux à cellules géantes (GCCG) sont des tumeurs bénignes mandibulaires à potentiel agressif local, décrites initialement en 1953. C'est une entité rare dont l'incidence est évaluée à $1{,}1 \times 10^{-4}$. La neurofibromatose de type 1 (NF1) est une maladie autosomique dominante liée à un gène suppresseur de tumeurs, le gène *NF1*. Des cas d'association entre NF1 et GCCG ont été rapportés. Notre objectif était de confirmer ce lien et d'en évaluer la fréquence dans une étude monocentrique.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude observationnelle rétrospective sur une cohorte de patients atteints de NF1 (du 1er janvier 2016 au 3 avril 2025). Les dossiers ont été extraits à partir de la base Cohort360, à l'aide des mots-clés *NF1* et *granulomes à cellules géantes*. Étaient inclus tous les patients présentant une NF1 et une lésion mandibulaire histologiquement diagnostiquée comme GCCG. Les patients sans confirmation histologique ou avec une localisation extra-mandibulaire ont été exclus. L'incidence annuelle de GCCG a ensuite été calculée dans cette population.

Résultats :Au total, cinq patients ont été inclus. Nous avons enregistré :

- 1 cas de GCCG sur 884 patients NF1 en 2016 ;
- 2 cas pour 998 et 1141 patients respectivement en 2018 et 2019.

L'incidence annuelle variait de 0 à 2×10^{-3} et l'incidence moyenne, sur dix ans, était de $4{,}7 \times 10^{-4}$. Les patients étaient tous de sexe féminin, avec un âge moyen de $28{,}8 \pm 10{,}4$ ans et un âge moyen au diagnostic de 21 ± 12 ans. Deux patientes ont été adressées à notre centre pour suspicion de NF1 devant un antécédent de prise en charge de GCCG. Toutes les cinq présentaient une forme localement agressive

Discussion : Notre étude retrouve une incidence des GCCG quatre fois supérieure chez les patients NF1 comparée à celle de la population générale. D'après la littérature, l'âge moyen au diagnostic dans la population générale est supérieur d'environ dix ans à celui observé dans notre série. Les formes agressives représentent 50 % des cas dans la population générale, soit deux fois moins que dans notre cohorte. Ces résultats suggèrent une association entre la NF1 et une survenue plus précoce et agressive des GCCG.

Conclusion : Les GCCG semblent plus fréquents au cours de la NF1 que dans la population générale, avec des formes volontiers agressives. Bien que rare, cette association mérite d'être connue, mais une recherche systématique ne paraît pas justifiée en pratique clinique.

Références

1. : De Lange J, van den Akker HP, Klip H. Incidence and disease-free survival after surgical therapyofcentralgiantcellgranulomasofthejawinTheNetherlands:1990-1995.HeadNeck. 2004 Sep ;26(9):792-5.
2. : Legius E, Messiaen L, Wolkenstein P, Pancza P, Avery RA, Berman Y, et al. Revised diagnostic criteria for neurofibromatosis type 1 and Legius syndrome: an international consensus recommendation. Genet Med. 2021 ;23(8):1506-13.
3. : Barut O, Mukdad M, Danielsson K, Legrell PE, Sjöström M. Giant cell granuloma and neurofibroma in the mandible of a patient with neurofibromatosis type 1: a long-term follow- up case report with radiological and surgical aspects and a review ofthe literature. BMC Oral Health. 2024 Jul 14;24(1):792.
4. : Friedrich RE, Grob TJ, Hollants S, Zustin J, Spaepen M, Mautner VF, Luebke AM, Hagel C, Legius E, Brems H. Recurrent multilocular mandibular giant cell granuloma in neurofibromatosistype 1: Evidence for second hit mutationofNF1 gene inthe jaw lesionand treatment with curettage and bone substitute materials. J Craniomaxillofac Surg. 2016Aug;44(8):1054-60.
5. : De Lange J, Van den Akker HP. Clinical and radiological features of central giant-cell lesions of the jaw. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2005 Apr;99(4):464-70.
6. : Chrcanovic BR, Gomes CC, Gomez RS. Centralgiant cell lesion of the jaws: An updated analysis of 2270 cases reported in the literature. J OralPatholMed. 2018 Sep;47(8):731-739.

Œdème frontal aigu post exposition solaire : A propos d'un cas

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

Observation : Un jeune patient de 19 ans s'est présenté aux urgences le soir pour un gonflement du front d'installation brutale. Il n'avait pas d'antécédents allergiques connus, n'a pas pris de médicament ni appliqué un produit. L'examen trouve un patient apyrétique avec œdème blanc du front accentué aux régions temporales et sus sourcilières. Les cheveux sont coupés à ras et le cuir chevelu était érythémateux et sensible. L'interrogatoire trouve une notion d'exposition solaire le matin même. Le diagnostic d'œdème aigu du scalp après exposition solaire est retenu et le patient est mis sous crème apaisante et antiinflammatoires avec une évolution favorable.

L'œdème aigu du cuir chevelu secondaire à un coup de soleil est une manifestation spectaculaire assez fréquente mais peu reconnue par les médecins et les jeunes dermatologues. Elle se voit volontiers chez les militaires notamment les jeunes recrues mais également chez les jeunes et les enfants avec des coupes de cheveux à ras sans protection solaire. Le diagnostic est clinique : l'exposition solaire récente sur une tête rasée constitue un élément clé orientant le diagnostic. Reconnaitre cette présentation inhabituelle du coup de soleil permettrait d'éviter des inquiétudes et des investigations inutiles et sensibiliser la population à risque quant à la nécessité d'une protection solaire appropriée.

La métformine topique dans le traitement du mélasma : expérience du CHU Mohammed VI d'Oujda

H.Talbi[1], Y.Almheirat[1], M. Alem[2], Z. Alami[2], N. Zerrouki[1,3], N. Zizi[1,3]

1 Service de Dermatologie Vénéréologie et Allergologie, CHU Mohammed VI, Oujda Maroc.
2 Pharmacie hospitalière, CHU Mohammed VI, Oujda Maroc.
3 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique, faculté de médecine et de pharmacie. Oujda, Université Mohammed Premier, Oujda Maroc.

Introduction :

Le mélasma est une hyperpigmentation acquise du visage, particulièrement fréquente chez les phototypes foncés, avec un retentissement psychosocial notable. Les traitements classiques (hydroquinone, acide azélaïque, peelings, laser) donnent des résultats variables, limités par leurs effets secondaires et leur coût élevé, notamment au Maroc. La métformine, reconnue pour son action sur la résistance à l'insuline et le stress oxydatif, a récemment montré un potentiel dépigmentant et anti-inflammatoire. Nous avons conduit un essai clinique afin d'évaluer son efficacité et sa tolérance sous forme topique.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective, monocentrique, menée au service de dermatologie du CHU Mohammed VI d'Oujda, incluant 18 patients atteints de mélasma. Une préparation topique de métformine à 30 % a été réalisée en collaboration avec la pharmacie hospitalière à partir de comprimés dosés à 1000 mg, incorporés dans un véhicule standard (propylène glycol et alcool à 70 %). La crème a été appliquée quotidiennement pendant 12 semaines. L'efficacité a été évaluée par le score MASI toutes les 4 semaines, et la tolérance par interrogatoire et examen clinique. Les analyses statistiques ont été réalisées avec SPSS v20, en considérant significatif un $p<0,05$.

Résultats :

L'étude a inclus 18 patients (16 femmes, 2 hommes ; sex-ratio H/F = 0,125), d'âge moyen 39,17 ± 7,46 ans. La majorité (77,8 %) avait un statut socio-économique faible, et l'exposition solaire représentait le principal facteur de risque (61,1 %). Parmi les femmes, 56,2 % utilisaient une contraception hormonale et 55,6 % rapportaient une aggravation lors de la grossesse. Le phototype IV prédominait (83,3 %) et le type centro-facial était le plus fréquent (55,6 %). La durée moyenne d'évolution était de 7,5 ± 5,9 ans. Le MASI initial moyen était de 8,69 ± 6,65 (extrêmes 2,4–27,6), avec 66,7 % de formes légères, 27,8 % modérées et 5,6 % sévères. Après 16 semaines, le MASI moyen était de 6,7 ± 5,7, soit une réduction moyenne de 1,99 point (22,9 %), statistiquement très significative ($p=0,000016$), avec une amélioration maximale de 40,4 %. Une amélioration modérée (25–50 %) a été notée chez 44,4 % des patients et faible (<25 %) chez 55,6 %. La tolérance a été satisfaisante avec un seul cas de sécheresse/érythème transitoire, sans abandon du traitement. Concernant la satisfaction, 27,8 % étaient très satisfaits, 50 % moyennement satisfaits et 22,2 % peu satisfaits.

Discussion :

Nos résultats confirment que la métformine topique à 30 % induit une amélioration significative du mélasma avec une bonne tolérance, ce qui rejoint les données de la littérature. En effet, un essai contrôlé en double aveugle mené en Iran sur soixante patientes traitées pendant douze semaines a montré une réduction moyenne du MASI d'environ 26 % dans le groupe métformine, significativement supérieure au placebo [1], et une méta-analyse regroupant trois essais randomisés contrôlés incluant 140 patients a confirmé cette efficacité aux concentrations de 15 % et 30 %, avec une diminution significative du MASI et un profil de tolérance favorable [2]. Par ailleurs, des essais randomisés ont comparé la métformine à la crème triple combinaison (hydroquinone, trétinoïne et corticostéroïdes) et, après huit semaines, l'efficacité s'est révélée similaire entre les deux options, avec des réductions du MASI allant de 14,4 % à 55,97 % dans le groupe métformine et de 19,1 % à 56 % dans le groupe TCC, sans différence statistiquement significative [3], [4], ce qui suggère que la métformine pourrait constituer une alternative crédible à ce traitement de référence. Dans le même esprit,

une autre étude comparative menée sur douze semaines a montré que la métformine 30 % entraînait une réduction du MASI légèrement supérieure à celle obtenue avec l'hydroquinone 4 % (60,3 % contre 55 %), sans toutefois atteindre la significativité statistique ($p = 0,054$) [5]. De plus, des études quasi-expérimentales, notamment en Égypte, ont mis en évidence une amélioration progressive du MASI sur deux à trois mois, confirmant la bonne tolérance et l'absence d'abandons [6]. Des approches innovantes ont également été explorées, telles que l'association au microneedling, qui a permis une amélioration plus marquée que le microneedling seul ou associé à la vitamine C [7], [8], ou encore l'utilisation d'un masque peel-off hebdomadaire à 30 % de métformine, ayant montré une amélioration nettement supérieure au placebo (68 % contre 20 %) avec un effet persistant jusqu'à trois mois après l'arrêt du traitement [9]. Dans l'ensemble, la métformine topique apparaît donc comme une option thérapeutique sûre, efficace et accessible, particulièrement pertinente dans les contextes à ressources limitées, même si les limites de notre étude, en particulier la taille réduite de l'échantillon et l'absence de groupe contrôle, incitent à la prudence. Un essai comparatif plus large, avec un suivi prolongé, est d'ailleurs prévu au sein de notre service afin de confirmer ces résultats et de mieux préciser la place de la métformine dans l'arsenal thérapeutique du mélasma.

Conclusion :

Cet essai clinique suggère que la métformine topique à 30 % représente une alternative prometteuse dans le traitement du mélasma, associant efficacité clinique, bonne tolérance et accessibilité. Elle apparaît particulièrement adaptée aux contextes à ressources limitées, où le coût et les effets secondaires des traitements conventionnels constituent des freins majeurs. Des études comparatives de plus grande envergure, avec suivi prolongé, restent toutefois nécessaires pour confirmer ces résultats et préciser la place de la métformine dans l'arsenal thérapeutique du mélasma.

Références :

[1] M. A. Mapar, A. A. Hemmati, et G. Namdari, « Comparing the Efficacy of Topical Metformin and Placebo in the Treatment of Melasma: A Randomized, Double-blind, Clinical Trial », *Journal of Pharmaceutical Research International*, p. 1-8, oct. 2019, doi: 10.9734/jpri/2019/v30i430276.

[2] P. Mongkhon *et al.*, « Efficacy and safety of metformin for melasma treatment: a systematic review and meta-analysis », *Front Pharmacol*, vol. 14, p. 1281050, déc. 2023, doi: 10.3389/fphar.2023.1281050.

[3] E. S. AboAlsoud, R. M. Eldahshan, H. AbouKhodair Mohammed, et M. L. Elsaie, « Safety and efficacy of topical metformin 30% cream versus triple combination cream (Kligman's formula) in treating melasma: A randomized controlled study », *J Cosmet Dermatol*, vol. 21, nº 6, p. 2508-2515, juin 2022, doi: 10.1111/jocd.14953.

[4] R. Banavase Channakeshavaiah et N. K. Andanooru Chandrappa, « Topical metformin in the treatment of melasma: A preliminary clinical trial », *J Cosmet Dermatol*, vol. 19, nº 5, p. 1161-1164, mai 2020, doi: 10.1111/jocd.13145.

[5] A. Hussain *et al.*, « Comparison of effectiveness and safety of topical 30% metformin versus 4% hydroquinone in the treatment of epidermal melasma », *Journal of Pakistan Association of Dermatologists*, vol. 34, nº 1, p. 73-79, janv. 2024.

[6] D. A. E. A. Shokier, H. F. Mohamed, F. A. E. R. Badria, et A. F. State, « Is Topical Metformin Effective in Treatment of Melasma? », *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, vol. 90, nº 1, p. 1407-1412, janv. 2023, doi: 10.21608/ejhm.2023.282165.

[7] M. M. Y. Mahmoud, A. M. Kamel, et S. A. Galal, « Evaluation the efficacy of microneedling with topical metformin solution compared with microneedling with topical vitamin C solution in treatment of melasma », *Arch Dermatol Res*, vol. 316, nº 9, p. 662, oct. 2024, doi: 10.1007/s00403-024-03355-9.

[8] H. Bessar, N. Arebi, M. El-Sayed, et B. Elkholy, « Combined micro-needling with topical metformin versus micro-needling with topical placebo in the treatment of melasma: a concurrent split-face study », *Arch Dermatol Res*, vol. 317, nº 1, p. 13, nov. 2024, doi: 10.1007/s00403-024-03449-4.

[9] M. H. M. EL-Komy, S. W. Elnowaihy, R. N. Shamma, et N. I. Bedair, « Efficacy and safety of a novel weekly topical metformin-loaded peel-off mask in the treatment of melasma: a split-face, placebo-controlled study », *Clin Exp Dermatol*, vol. 49, nº 12, p. 1633-1640, déc. 2024, doi: 10.1093/ced/llae274.

Between Indications and Hesitations: Topical Corticosteroid Prescribing by General Practitioners and Medical Interns

Yasmina El Bouhali[1], Ouiame El Jouari[1], Salim Gallouj[1]

[1] Mohammed VI University Hospital Center, Department of Dermatology, Tangier, Morocco

Introduction & Objectives

Topical corticosteroids (TCS) are a key anti-inflammatory and immunomodulatory treatment for eczema, psoriasis, and contact dermatitis. Despite their proven efficacy, many general practitioners and trainees hesitate to prescribe them because of concerns about side effects and uncertainty around potency classes and dosing regimens. In primary care, TCS prescribing varies widely—shaped by clinicians' training, experience, and access to specialists—and the absence of clear, standardized guidelines further fuels these inconsistencies. This study aims to assess the prescribing practices, knowledge, and challenges encountered by general practitioners and medical interns regarding topical corticosteroids. It also explores their collaboration with dermatologists and perceptions of their training in this area.

Materials & Methods

An online questionnaire was distributed via Google Forms to general practitioners and interns. The survey was shared through social media platforms (WhatsApp, Instagram, Facebook). Data were collected on prescribing habits, familiarity with TCS potency classes, and perceptions of training and specialist support.

Results

A survey of 600 physicians (450 general practitioners and 150 medical interns), predominantly aged 30–50 with an average of 10 years' clinical experience, revealed that most regularly prescribe moderate- to high-potency topical corticosteroids (TCS) in ointment or cream form for conditions such as eczema, psoriasis, contact dermatitis, and pruritus. However, only a minority adjust the choice of formulation to lesion type or location, and 60% admitted unfamiliarity with TCS potency classifications; many were also uncertain about appropriate treatment durations and tapering strategies. When faced with treatment failure, relapse, or atypical presentations, most practitioners refer patients to dermatology specialists, yet 20% avoid TCS altogether due to concerns over adverse effects, diagnostic uncertainty, sensitive sites, or patient age. All respondents expressed a strong desire for specialized training in TCS prescribing and closer collaboration with dermatologists to improve their daily practice.

Conclusion

This study reveals that while general practitioners and medical interns frequently prescribe topical corticosteroids for common dermatoses, their use is marked by inconsistent knowledge of potency classes, treatment regimens, and tapering strategies. Providers tend to prescribe cautiously—often due to safety concerns or diagnostic uncertainty—and seek specialist input when needed. A strong demand for targeted education and closer collaboration with dermatologists offers a clear pathway to standardize prescribing practices and enhance the quality of dermatologic care in primary settings.

CORRÉLATION CLINIQUE, DERMOSCOPIQUE ET HISTOLOGIQUE DANS LE DIAGNOSTIC DU CARCINOME BASOCELLULAIRE

EXPÉRIENCE DU SERVICE DE DERMATOLOGIE DE FÈS

(A PROPOS DE 213 PATIENTS)

- K. Bouayad, M. Soughi, Z.Douhi, S. Elloudi, FZ. Mernissi
- Service de dermatologie CHU Hassan II, Fès, Maroc

Résumé

Introduction et Objectifs :

Le carcinome basocellulaire (CBC) est la tumeur cutanée la plus fréquente, son diagnostic précis est essentiel pour une prise en charge appropriée. La dermoscopie permet un diagnostic plus fiable, améliorant ainsi la prise en charge pour les patients. Cette étude explore la corrélation entre les données cliniques, pathologiques et dermoscopiques du CBC.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive, prospective et analytique ayant inclus 213 cas de carcinomes basocellulaires (CBC) confirmés histologiquement, recueillis entre janvier 2022 et janvier 2025. Les critères dermoscopiques ont été analysés et confrontés aux données cliniques ainsi qu'aux différents types histologiques du CBC. La classification histologique a été réalisée en fonction du risque de récidive : les formes sclérodermiformes, basosquameuses et infiltrantes ont été considérées comme à haut risque, tandis que les formes nodulaires et superficielles ont été classées comme à bas risque. La sensibilité et la spécificité des critères dermoscopiques ont également été évaluées.
L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS version 22, avec un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$.

Résultats :
L'âge moyen de la population étudiée était de 60,9 ± 16,8 ans. La majorité des patients (80 %) présentaient un phototype IV. La localisation la plus fréquente était la tête et le cou (94 %), suivie du tronc et des extrémités (6 %). Le diamètre moyen des lésions était de 1,42 cm.

Le carcinome basocellulaire (CBC) nodulaire représentait le type histologique le plus fréquent (75,3 %), suivi du CBC superficiel (14,1 %), infiltrant (11,8 %) et métatypique (5,3 %). Les formes adénoïdes et sclérodermiformes étaient les moins représentées (2,4 %).

Sur le plan dermoscopique, les structures pigmentées constituaient la caractéristique prédominante, observées dans 74,7 % des cas. Parmi celles-ci, les nids ovoïdes étaient les plus fréquents (62 %), suivis des globules bleu-gris (23 %) et des points bleu-gris (15 %). Les motifs moins fréquents comprenaient la feuille d'érable (10 %), les structures concentriques (2 %) et la roue dentée (1,4 %).

Les structures blanchâtres étaient présentes dans 66,5 % des cas. Les aires blanchâtres étaient les plus courantes (50 %), suivies des chrysalides (46 %), tandis que les rosettes étaient rares (2 %).

Les structures vasculaires étaient retrouvées dans 42,4 % des cas Les vaisseaux arborisants prédominaient (29 %), suivis des télangiectasies (12 %).

Concernant le type superficiel, les structures en roue dentée étaient significativement associées ainsi que les structures en feuilles d'érable (P<0,001), avec une sensibilité et spécificité de 58% et 97% respectivement. Tandis qu'aucun vaisseau arborisant ni ulcération n'a été observé.

Pour le CBC nodulaire, les nids ovoïdes bleu-gris (P<0,001), les vaisseaux arborisants (P<0,001), et l'ulcération (P<0,05) étaient significativement associés à ce type. Avec une sensibilité de 72.7% et une spécificité de 64.7% pour les nids ovoïdes.

Concernant les carcinomes basocellulaires à haut risque (n = 34), les structures blanchâtres et l'ulcération constituaient les principaux signes dermoscopiques, observés dans 32 cas (94,1 %) (p < 0,001). L'association de ces deux critères présentait une sensibilité de 85,3 % et une spécificité de 49,4 %. Des structures vasculaires étaient identifiées dans 21 cas (61,8 %), parmi lesquelles les vaisseaux arborisants étaient significativement associés aux formes à haut risque (p = 0,04). Un fond blanc-rouge a été observé dans 20 cas (58,8 %) (p = 0,01). Les structures pigmentées étaient moins fréquentes, présentes dans 18 cas (52,9 %).

Conclusion :

La dermoscopie constitue un outil diagnostique majeur dans l'évaluation du carcinome basocellulaire. Elle permet non seulement d'identifier les différentes structures pigmentaires, vasculaires et blanchâtres caractéristiques, mais également de préciser le type histologique, notamment en distinguant les formes à bas et à haut risque de récidive.

Les critères dermoscopiques spécifiques retrouvés dans cette étude confirment l'intérêt de cet examen, qui pourrait contribuer à la stratification du risque et à la planification thérapeutique, permettant ainsi une prise en charge plus ciblée et une meilleure prévention des récidives.

Profile épidémio-clinique, thérapeutique et évolutif du syndrome de Sweet au sein du service de dermatologie du CHU Mohammed VI de Marrakech

M.Louktam, M.Aboudourib, L.Bendaoud, S.Amal, O.Hocar
Service de dermatologie-vénérologie, CHU Mohammed VI, Marrakech.

Introduction

Le syndrome de Sweet est dermatose rare. Décrite en 1964, c'est la plus fréquente des dermatoses neutrophiliques, caractérisée par une infiltration dermique par des polynucléaires neutrophiles normaux sans infection locale. Il existe Cinq formes cliniques : para inflammatoire, paranéoplasique, gravidique, médicamenteuse, et la forme idiopathique la plus fréquente.

L'objectif de notre série est d'étudier les caractéristiques épidémio-cliniques, thérapeutiques et évolutives de cette pathologie.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 64 patients ayant consulté dans notre service de dermatologie au CHU Mohammed VI de Marrakech, sur une période de 6 ans (2018-2025).

Résultats

Sur une période de 6 ans, nous avons pu colligé 64 cas avec un nette prédominance féminine (58 femmes et 6 hommes) soit un sex-ratio H/F=0,10. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 47ans (de 28 ans à 71ans).

Comme facteurs déclenchants, nous avons colligé 28 cas d'épisodes d'angines (soit 43,7%), précédant la symptomatologie d'une moyenne de 1semaine, 14 cas de syndrome grippal (21%), 4 cas de tableau digestif (6,2%), et 1 cas déclenché par le vaccin du Covid 19. Deux malades avaient des épisodes antérieures de syndrome de Sweet.

L'installation de la maladie était brutale dans 95% des cas avec une durée moyenne de 6jours. La forme clinique prédominante dans notre série est celle des plaques érythémateuses violacées (57,8%), suivie de la forme papulo nodulaire (47,18%) et la vésiculo bulleuse dans 12,5% des cas , 1 seul cas de Sweet bulleux et 1 cas atypique (ulcéreux). L'atteinte muqueuse (oculaire) était présente chez 13 patients (soit 20,5%),

La localisation acrale était majoritaire (62%), suivie de l'atteinte (31%). L'atteinte du tronc était présente chez 1 seul malade.

En dehors de l'atteinte oculaire, aucune autre manifestation extra cutanée n'a été notée dans notre série.

Sur le plan paraclinique, la biopsie cutanée réalisée chez 63 cas, (soit 98,4%). un infiltrat dermique de PNN était présent dans toutes les biopsies, avec œdème du derme papillaire, la vascularite leucocytoclasique était présente chez deux malades, et un infiltrat lymphohystiocytaire était noté chez 1 malade. L'épiderme était majoritairement acanthosique (60% des biopsies), avec hyperkératose ortho kératosique.

Le bilan inflammatoire, réalisé chez tous les malades de notre série, a objectivé une hyperleucocytose a plus de 70% de PNN chez 78% des cas. Et le bilan étiologique a révélé deux cas de maladie de Behçet et 1 cas de syndrome de Gougerot, le reste des malades avaient un Sweet idiopathique.

Pour le volet thérapeutique, tous les malades ont bénéficié du repos. Le traitement médical a fait appel aux corticoïdes systémiques chez 20 malades (31,25%) à la dose de 0,5 à 1 mg /kg/j. Les AINS étaient prescrits chez 40 malades (62,5%) à base de l'indométacine 150mg/j. 2 malades avaient pris la colchicine 1m/j en association aux AINS.

L'évolution a été marquée par une guérison complète chez la majorité des cas (75%), sur une durée moyenne de 10jrs après le début du traitement, deux cas de guérison partielle avec seulement une diminution de l'infiltration, et 1 patient avait gardé une hyperpigmentation. 1 cas de rechute après arrêt du traitement, et 1 cas n'avait aucune amélioration faisant redresser le diagnostic vers un érythème polymorphe, et 3 patients ont été perdu de vue.

Discussion :

Le SS est la forme la plus fréquente des dermatoses neutrophiliques. Elle intéresse l'adulte jeune entre 40 et 60 ans avec un pic vers 50 ans. Avec une nette prédominance féminine (sexe ratio F/H de 4 à 5/1). ce qui concorde avec les résultats de notre série. Ainsi, nous n'avons colligé aucun cas pédiatrique.

Cliniquement, le SS débute brutalement. Précédé, dans 70% des cas, par des prodromes non spécifiques, respiratoires ou digestifs, avec une fièvre, des myalgies, des arthralgies, des douleurs abdominales ou une conjonctivite.

L'éruption cutanée est faite de multiples plaques érythémateuses, bien limitées, pouvant se recouvrir de pseudovésicules et de pustules, dans de rares cas on note la présence de bulles. Ces plaques sont douloureuses et brûlantes mais non prurigineuses. La présence de prurit chez 6 de nos malade n'a pas éliminé le diagnostic.

Elles prédominent au visage, au cou, aux membres supérieurs, mais peuvent atteindre tout le tégument [2], Les muqueuses peuvent être atteintes, mais d'ordinaire elles sont intactes[1]

Notre série concorde avec la littérature concernant la prédominance de la forme classique idiopathique, suivie de la forme para inflammatoire surtout d'origine infectieuse et dysimmunitaire (dysthyroïdie, maladie de Behcet et Gougerot), la forme médicamenteuse a été représentée par un cas de vaccin covid 19, l'absence de la forme paranéoplasique dans notre série peut être en rapport avec le caractère rétrospectif de l'étude.

La biopsie cutanée est nécessaire à la confirmation du diagnostic. L'image histologique est évocatrice et montre typiquement : un épiderme le plus souvent normal, quelquefois une acanthose modérée, une spongiose de degré variable avec exocytose ou une hyperkératose et une nécrose des kératinocytes. Le derme est le siège d'un infiltrat dense diffus fait principalement de PNN, avec quelques lymphocytes et rarement des histiocytes et des plasmocytes.

La vitesse de sédimentation est nettement accélérée. Une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles dans 70 à 80 % des cas.

Le syndrome de Sweet guérit spontanément en 6 à 8 semaines. Le traitement fait appel en premier lieu à la corticothérapie systémique, ayant un effet spectaculaire. Elle est administrée per os à la dose de 0,5 à 1 mg/kg/j, avec décroissance progressive sur 2 à 4 semaines. D'autres traitements sont proposés en première intention du fait de leur innocuité. la colchicine (1 à 2 mg/j) nous parait une bonne alternative thérapeutique et n'ayant pas beaucoup d'effet indésirable, l'indométacine (150 mg/j), l'iodure de potassium (900 mg/j) et la disulone (100 à 200 mg/j) sont à proposer en deuxième intention du fait des effets secondaires potentiellement sévères.

Conclusion

Le syndrome de Sweet reste une dermatose rare, les résultats de notre études sont majoritairement comparables à la littératures, mettant le point sur le caractère idiopathique de la pathologie et l'association fréquentes a des pathologies sous-jacentes, et mettant en évidence l'efficacité d'un traitement médicamenteux bien conduit.

Références :

1. Masmoudi, A., Chaaben, H., Hamdouni, K., Boudaya, S., Bouassida, S., Turki, H., & Zahaf, A. (2007). Syndrome de Sweet. *La Presse Médicale*, *36*(3), 419-424. https://doi.org/10.1016/j.lpm.2006.07.010

2. Cohen PR. Neutrophilic dermatoses: a review of current treatment options. Am J Clin Dermatol. 2009;10(5):301-312. PubMed | Google Scholar

3. Bouzidi, H., Gallouj, S., Amraoui, N., Mernissi, F. Z., & Harmouch, T. (2015). Syndrome de Sweet : étude clinique et natomopathologique sur 5 ans. *Pan African Medical Journal*, *20*.

4. Wallach D. Les dermatoses neutrophiliques. Rev Med Interne. 2005;26(1): 41-53.PubMed | Google Scholar

5. Von den Driesch P. Sweet's syndrome (acute febrile neutrophilic dermatosis). J Am Acad Dermatol. 1994;31(4):535-56.. PubMed | Google Scholar

6. Cohen PR. Sweet's syndrome - a comprehensive review of an acute febrile neutrophilic dermatosis. Orph J R Dis. 2007;26(1)-2:34. PubMed | Google Scholar

RETENTISSEMENT PSYCHOLOGIQUE DES HYPERPIGMENTATIONS FACIALES.

S. Ait Oussous[1], Z. Saleheddine[2], I. Lakhal[1], S. Bellasri[1], S. Mhaimer[1], M. Chaouche[1], S. Chhiti[1], I. Ramouz[2], R. Chakiri[1].

[1]Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Souss-Massa, Agadir.

[2]Service de psychiatrie, CHU Souss-Massa, Agadir.

Introduction :

Les hyperpigmentations faciales constituent un motif fréquent de consultation en dermatologie. Du fait de leur caractère affichant, elles peuvent altérer l'image corporelle et avoir un retentissement psychologique significatif. Cette dimension demeure peu explorée.

Objectifs :

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer le retentissement psychologique des hyperpigmentations faciales chez les patients consultant au CHU Souss-Massa d'Agadir, et d'identifier les facteurs cliniques et sociodémographiques associés.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale et analytique menée entre juillet 2023 et mai 2025. Elle a inclus 120 patients âgés de 18 à 65 ans présentant une hyperpigmentation faciale. Chaque patient a bénéficié d'une consultation conjointe de dermatologie et de psychiatrie. L'analyse statistique a été effectuée avec le logiciel JAMOVI ($p<0,05$).

Résultats :

L'âge moyen des patients était de 31,9 ± 10,3 ans, avec une prédominance féminine de 97 %. Le mélasma représentait l'étiologie la plus fréquente avec 50 % des cas, suivi de l'hyperpigmentation post-inflammatoire (21,7 %) et des lentigines/éphélides (19,2 %).

Le score moyen du DLQI était de 12,8 ± 7,76. Une association statistiquement significative a été retrouvée entre un score DLQI élevé et la sévérité clinique des lésions ($p < 0,001$), l'étiologie ($p < 0,001$), l'âge ($p = 0,016$) et les antécédents familiaux d'hyperpigmentation ($p = 0,045$). Concernant le score HADS-A, une association significative a été observée avec la couleur des lésions ($p = 0,034$) et l'étiologie ($p = 0,010$). Le score HADS-D était significativement associé à l'âge ($p = 0,018$), à la sévérité clinique ($p < 0,001$) et à l'étiologie ($p < 0,001$). L'altération de l'estime de soi, présente chez 77,5 % des patients, était significativement associée au sexe féminin ($p = 0,017$), à l'âge jeune ($p = 0,005$), à l'évolution chronique ($p = 0,001$), aux antécédents familiaux ($p = 0,017$) et à l'étiologie ($p < 0,001$). Le recours à des méthodes de camouflage concernait 57,5 % des patients. Il était associé au sexe féminin ($p = 0,039$), l'âge jeune ($p < 0,001$), une faible estime de soi ($p < 0,001$) et un score DLQI élevé ($p < 0,001$).

Conclusion :

Ces résultats soulignent l'intérêt d'intégrer systématiquement une évaluation psychologique dans la prise en charge, notamment à travers une consultation conjointe.

Rituximab dans les pemphigus sévères réfractaires : étude de 16 cas

S.Lazouzi, F.Hali, S.Chiheb
Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction :
Le pemphigus est une dermatose potentiellement grave, et le rituximab s'est imposé dans sa prise en charge. Si son efficacité globale est bien établie, son rôle dans les formes sévères, résistantes, reste moins documenté. Cette étude vise à évaluer sa pertinence en tant qu'option thérapeutique dans ces contextes extrêmes.

Matériel et méthodes :
Étude descriptive monocentrique incluant des patients atteints de pemphigus modéré à sévère (PDAI >15) traités par rituximab entre janvier 2020 et juin 2025, après échec d'au moins une ligne thérapeutique conventionnelle. Le critère principal de jugement était le contrôle clinique (absence de nouvelles lésions et cicatrisation des lésions existantes), et l'évaluation était réalisée à J14, M6, et à M12 lorsque le recul le permettait.

Résultats :
L'étude a inclus 16 patients. L'âge moyen était de 54,1 ans (43 à 71 ans), avec un sex-ratio de 1 homme pour 3 femmes. Le pemphigus était de type profond dans 11 cas (69 %) et superficiel dans 5 cas (31 %). L'atteinte clinique était diffuse dans 12 cas (75 %), avec un score PDAI médian initial de 65 (37 à 70) et un titre moyen d'anticorps (IFI) de 820. Tous les patients avaient reçu au moins une ligne de corticothérapie systémique à la dose de 1 à 1,5 mg/kg/j, progressivement réduite puis arrêtée dans un délai moyen de 6 mois. Douze patients (75 %) avaient reçu une deuxième ligne thérapeutique : azathioprine dans 11 cas (69 %) et dapsone dans 2 cas (12,5 %), interrompues dès l'introduction du rituximab. Le rituximab a été administré à la dose de 1 g à J0, J14, puis M6. Une injection à M12 a été réalisée chez les patients ayant atteint ce recul ; les autres étaient en rémission complète au moment de l'étude. Le contrôle clinique était obtenu chez 11 patients (69 %) à J14 et chez tous les patients à M6. Aucun événement indésirable grave ni décès n'a été rapporté. Tous les patients étaient en rémission complète au dernier suivi, avec un recul moyen de 7 mois.

Discussion :
Le rituximab est reconnu comme le traitement de référence des pemphigus, bien que son efficacité dans les formes résistantes aux thérapeutiques conventionnelles reste encore peu explorée. Dans notre contexte clinique, dominé par des formes sévères, leur prise en charge représente un véritable défi thérapeutique, auquel le rituximab apporte une réponse efficace. Dans notre série, il a été administré en deuxième ou troisième ligne chez des patients présentant des formes graves et réfractaires, selon un protocole intégrant systématiquement une injection à M6, motivée par la sévérité initiale. Par sa capacité à réduire la durée d'hospitalisation, à limiter les surinfections sévères, à accélérer la cicatrisation et à permettre une épargne cortisonique notable, ce traitement s'impose comme une option de choix dans les formes de pemphigus en impasse thérapeutique.

Conclusion :
Ces résultats soutiennent l'intégration du rituximab comme traitement de rattrapage dans les formes graves et réfractaires de pemphigus. Une évaluation précoce de la sévérité initiale, notamment par le score PDAI, permettrait de mieux cibler les patients à risque de résistance, pour lesquels un recours précoce à ce traitement serait nécessaire.

Cosmétiques traditionnels en milieu saharien : étude prospective sur leurs usages, complications cutanées et enjeux de sécurité dermatologique

S.BARAZ, R.BABA, M.AMRAOUI, Y.ZEMMEZ, R.FRIKH, N.HJIRA
Service de dermatologie vénérologie, Hôpital militaire d'instruction Mohammed V RABAT

Introduction : Dans certaines zones sahariennes, les cosmétiques traditionnels artisanaux sont massivement utilisés pour leurs vertus esthétiques supposées (éclaircissement, stimulation capillaire, traitements du vitiligo). Leurs formulations non régulées, parfois enrichies de substances actives non déclarées, exposent à des effets cutanés sévères, amplifiés par un environnement climatique agressif (UV intense, vent, sécheresse). Cette étude prospective vise à décrire les produits utilisés, leurs complications et le profil des patientes concernées.

Matériel et méthode : Étude observationnelle prospective menée d'avril à juin 2025 auprès de patientes consultant pour des dermatoses possiblement liées à un cosmétique traditionnel. Critères d'inclusion : femmes ≥18 ans, lésions localisées aux zones d'application cosmétique, sans dermatoses infectieuses générales. Un questionnaire standardisé a recueilli les données cliniques, sociodémographiques et les produits utilisés. Un examen clinique complet, incluant dermoscopie et, si besoin, biopsie ou patch-test a été réalisé. Analyse statistique via SPSS.

Résultats : 102 patientes incluses (âge moyen 33 ans). Produits utilisés : Crèmes éclaircissantes non étiquetées à base de corticoïdes puissants (Venice®, Top Shirley®, Zero Tache®) : 54,7 %, Huiles artisanales (argan, myrte, figue de barbarie) : 41,5 %, Savons traditionnels (oudâa, encens, "eczéma") : 36,8 %, Crèmes non homologuées pour vitiligo ou alopécie : 19,8 % , Poudres/plantes séchées (maca, oliban) : 11,3 %. Les principaux effets cutanés signalés incluaient : dermite irritative (32,1 %), eczéma de contact (26,4 %), acné stéroïdienne (18,9 %), teignes du cuir chevelu (11,3 %), et hyperpigmentations post-inflammatoires (44,3 %). L'usage de corticoïdes démasqués était statistiquement associé à des lésions sévères du visage ($p < 0,01$). Des cas de dermites pustuleuses localisées (sourcils) ont été confirmés par patch-tests positifs à l'huile d'argan. Des dermoscopies ont mis en évidence une altération du réseau pigmentaire, un érythème diffus, et des pustules folliculaires dans plusieurs cas.

Discussion : Ce travail met en lumière une réalité préoccupante : l'usage non régulé de cosmétiques traditionnels entraîne des dermatoses parfois sévères. Notre étude révèle une contamination systématique par des agents toxiques, dont le clobétasol, souvent dissimulés. Les conditions sahariennes extrêmes altèrent la barrière cutanée, favorisant la pénétration de ces substances et une inhibition paradoxale des mélanocytes. L'absence d'étiquetage, l'analphabétisme (= 50 %), et la pression sociale pour l'éclaircissement aggravent le risque. La fréquence d'hyperpigmentation post inflammatoire (44,3 %) dépasse celle rapportée en Inde (28,6 %, Patel et al.), suggérant une sensibilité saharienne spécifique. Le stress oxydatif pourrait expliquer l'atrophie cutanée précoce observée. Ces résultats s'inscrivent dans un vide réglementaire préoccupant où circulent librement des produits frelatés.

Conclusion : Cette étude révèle un enjeu de santé publique mal documenté : l'utilisation chronique de cosmétiques traditionnels dans un environnement désertique expose à des complications cutanées sévères. Des actions urgentes sont nécessaires : encadrement réglementaire, alternatives locales sûres, et campagnes d'éducation dermatologique.