

Annales de dermatologie

et de vénéréologie

RÉDACTEUR EN CHEF

B. Cribier

RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT

M.-S. Doutre

SECRÉTAIRE DE RÉDACTION

A. Petit

COMITÉ DE RÉDACTION

N. Kluger, L. Martin, L. Meunier, D. Penso-Assathiany, A. Petit, F. Prigent, J. Revuz, M.-A. Richard, P. Senet

CONSEIL SCIENTIFIQUE

J. André (Bruxelles), A. Carlson (Albany, NY), O. Chosidow (Créteil), C. Francès (Paris), G. Guillet (Poitiers), E. Haneke (Freiburg), R. Happle (Freiburg), H. Kerl (Graz), A. Mahé (Colmar), J.-P. Ortonne (Nice), R.-G. Panizzon (Lausanne), A.-A. Ramelet (Lausanne), F. Rongioletti (Gênes), J.-H. Saurat (Genève), O. Tellechea (Coimbra)

ADRESSE POUR TOUTE CORRESPONDANCE ÉDITORIALE

Christine Levan, Annales de dermatologie
Elsevier Masson SAS, 65, rue Camille-Desmoulins,
92442 Issy-les-Moulineaux cedex
Tél. : 33 (0)1 71 16 54 76
E-mail : c.levan@elsevier.com

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE

Maison de la Dermatologie, 10 cité Malesherbes, 75009 Paris (France)
Tél. : 33 (0)1 43 27 01 56
Fax : 33 (0)1 43 27 01 86
Internet : www.sfdermato.org

Annales de dermatologie et de vénéréologie (ISSN 0151-9638) 2018 (volume 145), un an : 12 numéros.

Tarif institutionnel France : 634 € (TTC). Voir tarifs complets sur www.elsevier-masson.fr/revue/170.

Adresser commande et paiement à Elsevier Masson SAS, Service Abonnements, 65, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex : paiement par chèque, carte de crédit (CB, MasterCard, EuroCard ou Visa : indiquer le n°, la date d'expiration de la carte, le cryptogramme et signer) ou par virement : « La Banque Postale », Centre de Paris, n° RIB 20041 00001 1904540H020 95. Les abonnements sont mis en service dans un délai de 4 semaines après réception du paiement. Ils partent du premier numéro de l'année. Les numéros de l'année et les volumes antérieurs doivent être commandés à l'éditeur. Les réclamations pour les numéros non reçus doivent parvenir dans un délai maximal de 6 mois après la parution. Expédition par voie aérienne incluse.

Secrétaire de rédaction – Christine Levan. Tél. : +33 (0)1 71 16 54 76. E-mail : c.levan@elsevier.com

Responsable de production éditoriale – Karine Cuny. Tél. : + 33 (0)1 71 16 54 35.

E-mail : annder-gjp@elsevier.com

Publicité et partenariats – Frédérique Baudoin. Tél. : +33 (0)1 71 16 51 03. E-mail : f.baudoin@elsevier.com

Abonnements – Tél. : +33 (0)1 71 16 55 99. <http://www.em-consulte.com/infos>

Éditeur – Christine Aimé-Sempé

Directeur de la publication – Daniel Rodriguez

Les modalités d'abonnement, les recommandations aux auteurs, les sommaires de chaque numéro ainsi que les résumés des articles publiés dans cette revue sont disponibles sur le site internet d'Elsevier Masson SAS : www.em-consulte.com

Imprimé en France par Jouve, 53101 Mayenne. CPPAP : 0322 T 81453. Dépôt légal à parution
ISSN 0151-9638



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Éditorial



Editorial

Chers Amis

Après Chamonix, Marrakech, Abidjan, c'est au tour de Bruxelles d'accueillir le Congrès de l'Association des dermatologues francophones. Cette 31^e édition est organisée sous la férule de Chantal Dangoisse qui a accepté d'en porter l'organisation. Elle a été largement épaulée par Dominique Tennstedt. Bertrand Richert s'est chargé de coordonner le programme scientifique. Je veux, sans plus attendre, leur adresser mes plus vifs remerciements.

Comme vous allez pouvoir le découvrir, le programme scientifique est largement à la hauteur de nos attentes. C'est ainsi que vont s'égrainer au fil des sessions la dermatologie pédiatrique, les dermatoses inflammatoires, la pathologie des phanères, la cancérologie. . .

De très nombreux orateurs de renom, issus du monde francophone, vont se relayer à la tribune.

Je ne veux pas oublier la 4^e session du Forum des internes et résidents en dermatologie. Celle-ci a été initiée à Chamonix et reconduite de congrès en congrès grâce au soutien de la Société française de dermatologie qui dès le début, a accompagné cette idée. Nous avons reçu 230 cas cliniques et la sélection des 20 meilleurs en a été que plus difficile. Je dois ici remercier vivement Dominique Tennstedt, Christophe Bedane mais aussi Marie-Aleth Richard et Emmanuel Delaporte, qui, au pied levé, ont pu m'apporter leur aide efficace.

Que dire de l'ADF ?

Un bref rappel pour dire combien notre association est redevable au dynamisme de nos anciens présidents. Je pense à Roger Pradinaud, Albert-Adrien Ramelet, Gérard Lorette, Camille Frances, Jean-Luc Schmutz, Nadia Ismaïli. Ceux-ci ont su donner à l'ADF un élan nouveau avec, entre autres, l'initiation des projets de recherche collaboratifs (Aïcha Salhi, Vincent Palokam Pitche. . .). Le Forum de l'ADF aux JDP fait toujours salle comble avec, là aussi, des présentations de cas cliniques exceptionnels.

Nous nous tournons maintenant vers son avenir. Le développement du numérique, la mise en commun des savoirs, facilitée par internet, apportent une nouvelle vocation à notre association. Certains parmi nous portent de nouveaux projets qui vont être proposés lors du congrès. De nouvelles élections vont avoir lieu qui, sans doute, donneront des orientations différentes.

Ma qualité de président m'autorise à donner mon ressenti, à dire combien l'Association des dermatologues francophones a été une belle expérience : collaboration scientifique

bien sur, mais aussi une unique occasion de rencontres, d'échanges, d'amitiés nouées au fil des années. L'ADF reste pour moi un îlot d'humanité, de confraternité vraie dans ce monde en surchauffe.

Merci à Chantal, à Dominique, Christophe, mais aussi à Aïcha, Vincent, Adama, Rabenja, Albert, Corrado, Mame, Farid, Fouad et tant d'autres que je ne pourrais citer ici tant la liste est longue.

Longue vie à l'ADF.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

J. Vulliet

74100 Annemasse, France

Adresse e-mail : jean.vulliet@gmail.com

Disponible sur Internet le 7 avril 2018



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Éditorial



Editorial

C'est un réel plaisir de vous accueillir à Bruxelles pour le 31^e Congrès de l'Association des dermatologues francophones (ADF) qui, une fois de plus, contribuera au rayonnement de la dermatologie francophone en abordant 6 grands thèmes : dermatologie pédiatrique, pathologie infectieuse et tropicale, pathologie de l'ongle et du cheveu, troubles pigmentaires, dermatoses inflammatoires et cancers, chirurgie et cicatrisation.

De plus, 20 assistants issus de tous les pays francophones auront l'opportunité de présenter des cas cliniques triés sur le volet. Plus d'une centaine de posters ont été sélectionnés. Comme à chaque fois, la meilleure présentation et le meilleur poster feront l'objet d'un prix remis lors du dernier jour du congrès.

Un groupe de réflexion dirigé par le Professeur Marie-Aleth Richard et le Professeur Pierre Wolkenstein se réunira pour développer la création d'une « Université numérique francophone », projet présenté lors de la dernière AG durant les JDP 2017. Tous deux nous présenteront l'état d'avancement de leur projet le dernier jour du congrès.

Le comité d'organisation et le comité scientifique sont très heureux de vous accueillir pour ce 31^e congrès de l'ADF, à Bruxelles, ville cosmopolite par excellence et vous souhaite de profiter au maximum de ce programme scientifique varié qui a été construit avec enthousiasme et beaucoup d'amitié.

Pour célébrer cette amitié, nous vous accueillerons lors du cocktail de bienvenue et nous espérons vous voir nombreux au dîner de gala qui aura lieu au centre Belge de la Bande Dessinée, magnifique bâtiment art nouveau où nous vous réservons quelques surprises bien sympathiques.

S'il vous reste quelques temps libres en dehors du programme scientifique, nous invitons à visiter Bruxelles, capitale de l'Europe mais aussi celle d'un petit pays où il fait bon vivre et où le surréalisme est né ! Ne manquez pas le musée Magritte ni les splendides façades art nouveau et art déco ! Un petit détour par l'Atomium vous permettra de découvrir les visages variés de cette ville aux mille contrastes.

Enfin, je voudrais remercier toutes celles et tous ceux qui se sont investis avec cœur et enthousiasme dans l'organisation de ce congrès mais surtout les Annales de Dermatologie et de Vénérologie pour la diffusion des travaux présentés lors du 31^e Congrès de l'ADF.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Présidente du Comité d'organisation
Dr C. Dangoisse
Avenue du Derby 59 B6, 1050 Ixelles, Bruxelles,
Belgique

Adresse e-mail : chantal.dangoisse@skynet.be
Disponible sur Internet le 16 avril 2018



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ÉDITORIAL

Drogues et peau : ce qu'il faut savoir. L'exemple du cannabis



Drugs and skin: What you should know. The example of the cannabis

Introduction générale

Le chanvre classiquement appelé par son nom latin cannabis est un type de plante qui fleurit annuellement et appartient à l'ordre des urticales ainsi qu'à la famille des cannabaceae.

Suivant Linné (1753) le genre cannabis dont le nom binominal est *Cannabis sativa* L. a été, peut être artificiellement, subdivisé en quatre phénotypes bien différents et distincts.

Depuis toujours, le chanvre a été fort employé puisqu'on le connaît depuis le néolithique !

Pendant, ce n'est que depuis le début du vingtième siècle qu'il a été soit interdit, soit fortement réglementé en raison d'importantes propriétés psychotropes qu'il peut engendrer.

Le chanvre en tant que tel peut être utilisé dans de multiples activités industrielles : construction, isolation tant phonique que thermique, fabrication d'huiles, de cordes, de lits, utilisation en tant que combustible, fabrication du papier, alimentation humaine et animale, biocarburants, usages médicamenteux, fabrication de tissus...

Il est également employé dans la fabrication de matériaux composites en association avec différentes matières plastiques. À l'heure actuelle, de nombreux pays européens cultivent le chanvre essentiellement en tant que biocarburant.

Il est évident que le cannabis « récréatif » est également utilisé « à usage privé » et est classiquement reconnu comme étant une drogue douce (n'entraînant pas de dépendance physique ou de décès par overdose) contrairement aux drogues dures : héroïne, cocaïne, XTC, alcool...

Le principal risque lié à la consommation récréative du cannabis est le développement possible d'une dépendance psychologique pouvant créer de nombreux problèmes chez des personnes fragilisées voulant fuir la réalité quotidienne...

Par ailleurs, la conduite sous influence du cannabis peut augmenter très nettement la survenue d'accidents routiers.

Il faut enfin signaler qu'il existe actuellement d'importantes sources de propagande voire de désinformation au sujet du cannabis opposant classiquement ses partisans à ses détracteurs.

De très nombreuses études concernant le cannabis ont été effectuées sur le plan de la santé. Beaucoup d'entre elles sont contradictoires mais il semble à l'heure actuelle se dégager un consensus concernant les effets du cannabis sur la santé.

C. sativa : sous espèces

Il existe quatre sous-espèces du *C. sativa* :

1 le *C. sativa* L. subsp. *sativa* ou chanvre cultivé est la sous-espèce type la plus répandue dans le monde. Elle est essentiellement issue de régions équatoriales, peut atteindre une hauteur de six mètres et est depuis toujours connue pour ces importantes propriétés psychotropes. Le *C. sativa* L. subsp. *sativa* contient des concentrations en THC (tétrahydrocannabinol) relativement élevées. Le *C. sativa* L. subsp. *sativa*, une fois séché est prêt à être consommé et provoque rapidement des sensations d'excitation et de motivation mais ne donne que peu d'effet de somnolence (contrairement au *cannabis indica*) ; le *C. sativa* L. subsp. *sativa* est la sous-espèce qui de tout temps a été la plus largement utilisée (et l'est toujours) pour de très nombreux usages industriels : voir usages du chanvre ;

À l'heure actuelle, au sein de l'Union Européenne, les producteurs de semence veillent à « sélectionner » de nouvelles variétés génétiques servant à cultiver du chanvre dont la teneur en THC est très réduite. Ceci vise essentiellement la production de biocarburants, d'huiles et de matériaux utilisés tant en construction que pour la fabrication de nombreux tissus ;

2 le *C. sativa* subsp. *indica* (chanvre indien ou encore *C. indica* L.) se trouve essentiellement dans les régions de l'Himalaya, ainsi qu'au nord de l'Inde ; il est classiquement connu pour ses importantes propriétés psychotropes et est peu utilisé pour sa fibre. Classiquement, c'est la variété principale qui se fume. La concentration en THC est relativement élevée, bien qu'essentiellement variable suivant le climat et l'environnement de développement de la plante. Les feuilles sont plus larges et sa hauteur nettement moins grande que celle de *C. sativa* subsp. *sativa* (environ 3 mètres). Sa rapide floraison en fait une des raisons importantes pour laquelle elle est vraisemblablement la sous-espèce la plus cultivée pour ses propriétés psychotropes. Une variété bien connue du *C. sativa* subsp. *indica* est le M39 car il ne faut que 39 jours pour obtenir sa floraison. Ce type de *C. indica* est très résistant même en conditions particulières et se prête facilement à la culture intérieure ;

3 le *C. sativa* subsp. *spontanea* (chanvre sauvage ou encore *cannabis ruderalis* Janisch) se retrouve à l'état naturel dans beaucoup de régions de l'Europe de l'Est, ainsi qu'en Russie. Sa floraison est précoce et ne dépend pas de la saison estivale. Le *C. sativa* subsp. *spontanea* peut s'acclimater aux régions froides et aux environnements difficiles. Les plantes sont petites (30 à 150 cm). Le *C. sativa* subsp. *spontanea* est utile pour la création d'hybrides et ne s'utilise pas en tant que *C. récréatif* car il ne possède qu'une faible teneur en THC (moins de 0,5 %). Il n'a donc que de minimes propriétés psychotropes. Il est fréquemment rencontré à l'état sauvage, en bordure des routes ou des rivières. On peut en trouver également en Europe Centrale et en Chine ;

4 le *C. sativa* subsp. *kafiristanica* est également appelé chanvre afghan ou encore *cannabis afghanica* ; il est essentiellement cultivé dans une province afghane : le Kafiristan (littéralement pays des infidèles). A l'heure actuelle, cette province isolée dans les montagnes de

l'Hindu Kush est nommée Nurestân. Le chanvre afghan se retrouve également dans les montagnes du Pakistan et de l'Afghanistan. Cette plante est de petite taille (1 m 50 environ) et adaptée aux milieux montagneux. Elle a la même taille que le *cannabis ruderalis* mais possède contrairement à celui-ci d'importants taux de THC ; le *C. afghanica* est cultivé exclusivement pour la production de haschich, car sa petite taille le rend inutilisable pour la fabrication de fibres. Cette sous-espèce de cannabis possède un tronc nervuré particulièrement solide. Les feuilles sont nettement plus longues que celles du chanvre indien et plus large que celles du *C. sativa* subsp. *sativa*.

Le haschich représente la résine du chanvre et est classiquement préparé sous forme de petites briquettes destinées à être fumées. Lorsque le haschich est « coupé » avec d'autres substances ou d'autres plantes, il est appelé *shit*. Le *shit* n'est donc pas « pur » alors que le haschich l'est.

Le joint correspond à une cigarette contenant du *shit* mélangé à du tabac.

Le pétard est une cigarette contenant de la beuh et du tabac.

La beuh(er), herbe en verlan, correspond aux extrémités du chanvre femelle séchées et pouvant être facilement fumées.

La marijuana ou marie-jeanne est la fleur séchée femelle prête à être fumée.

Pharmacologie

Il existe plus de 60 dérivés cannabinoïdes dans les diverses variétés de chanvre. La substance psycho-active la plus importante dans le cannabis est le delta-9-tétrahydrocannabinol (THC) (Fig. 1). Le contenu moyen en TSH peut varier de 1 à 4 %. Certaines plantes sélectionnées pourraient contenir des taux de plus de 15 % !

D'autres cannabinoïdes peuvent également être présents :

- le tétrahydrocannabivarine (TCHV) drogue psycho-active importante se retrouvant en faible quantité dans le *C. sativa* ;
- le cannabidiol (CBD) : isomère du THC ;
- le cannabinoïde (CBN) : produit d'oxydation du TCH ;

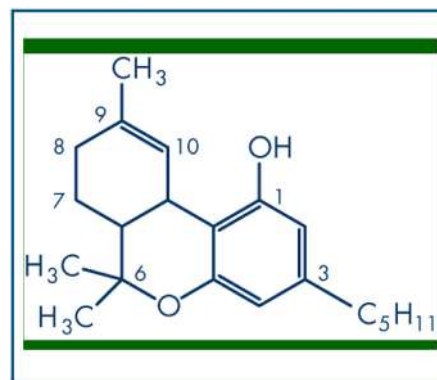


Figure 1. Delta-9-tétrahydrocannabinol (THC) : formule chimique.

- la cannabivarine (CBV) : analogue du CBN avec chaîne différente ;
- la cannabidiivarine (CBDV) : analogue du CBD avec chaîne différente ;
- l'acide cannabinoïque.

Il semblerait que le CBD agisse comme « antidote » afin de réguler la puissance de l'agent psycho-actif principal le THC. Lorsque le rapport TCH sur CBD est élevé, il existerait une moindre possibilité d'engendrer de l'anxiété ?

Sur le plan du métabolisme, le THC se convertit rapidement en 11-hydroxy-THC, qui serait la drogue pharmacologiquement active. Ceci expliquerait que dans certains cas l'effet de la drogue dépasse nettement les niveaux de THC mesurables dans le sang.

Deux types de récepteurs aux cannabinoïdes existent (CB1 et CB2). Le récepteur CB1 est essentiellement présent au niveau cérébral ce qui explique les effets psychologiques dus au THC. Le récepteur CB2 se retrouve notamment au sein des cellules du système immunitaire. Les cannabinoïdes pourraient agir comme immunomodulateurs sur ces divers récepteurs CB2 en diminuant ou en augmentant ces mêmes réponses en fonction de leur concentration. Les cannabinoïdes ont également un rôle dans le contrôle par le cerveau des mouvements, de la mémoire, ainsi que de la sensation de souffrance suite à un traumatisme.

Cannabis, muqueuses et peau : généralités

Les effets secondaires du cannabis sur le système tégumentaire (muqueuses et peau) sont relativement aspécifiques et se superposent dans beaucoup de cas à ceux liés au tabac. Il faut rappeler que d'une part les consommateurs de cannabis mélangent classiquement, pour la fabrication de leur joint, du tabac et du cannabis et que, d'autre part, ils fument volontiers des cigarettes ou la pipe. Les effets secondaires (et ceci n'est pas valable uniquement pour les muqueuses et la peau) sont donc particulièrement difficiles à distinguer de ceux liés au tabac. Cependant, le cannabis aurait des propriétés vasoconstrictrices 40 fois supérieures au tabac.

Certains effets secondaires muqueux et cutanés sont cependant relativement caractéristiques, mais il ne fait aucun doute que l'usage du cannabis potentialise les effets secondaires liés au tabac.

Effets secondaires muqueux

Il s'agit essentiellement de conjonctivite (par congestion des vaisseaux sanguins de la conjonctive) (Fig. 2).

Une sécheresse de la bouche avec sensations de langue pâteuse se recouvrant parfois d'un enduit blanchâtre est relativement classique. De même, une sécheresse des muqueuses nasales avec apparition de croûtes peut s'observer.

L'utilisation de cannabis augmente de manière très significative, le risque de parodontite par atteinte du tissu de soutien des dents. En cas de consommation chronique des stomatites diffuses avec langue décapillée peuvent également s'observer (Fig. 3). Une carcinogénicité au niveau lingual serait possible.

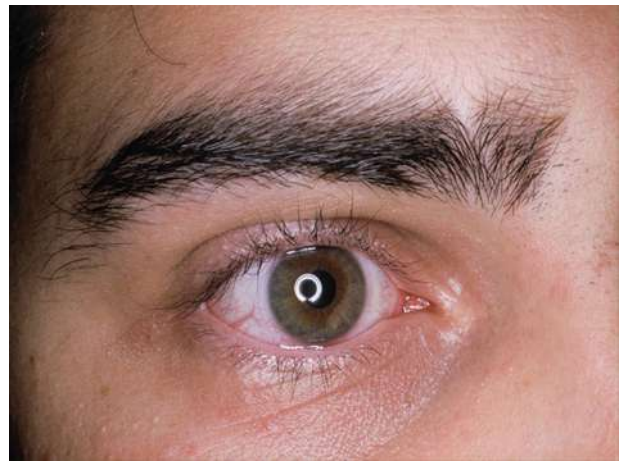


Figure 2. Conjonctivite liée à la consommation de cannabis.



Figure 3. Bouche sèche et langue décapillée (consommation chronique de cannabis).

L'usage de cannabis peut déclencher une réaction très particulière au niveau de la luette, ainsi que de la partie postéro-supérieure du palais. Des angioedèmes aigus vraisemblablement de mécanisme toxique plus qu'allergique ont été rapportés (Fig. 4). Ce type d'angioedème survient très précocement après consommation de cannabis sous forme de joint. Le gonflement de la luette peut persister plusieurs heures, voire plusieurs jours. L'usage de la cocaïne peut également engendrer ce même type de réaction.



Figure 4. Œdème de la luette ou luette en battant de cloche (réaction aiguë après consommation importante de cannabis).



Figure 5. Urticaire de contact aux pulpes du pouce et de l'index chez un cultivateur de cannabis.

Effets secondaires cutanés

Des cas d'urticaire de contact sont possibles essentiellement chez des cultivateurs de cannabis (Fig. 5). Les prick tests réalisés à l'aide de la plante séchée ainsi que d'extraits de fleurs femelles sont positifs.

Des cas d'allergie de type 1 (asthme voire anaphylaxie) sont également décrits.

Chez les consommateurs de cannabis, il existe une possibilité de prurit généralisé avec développement de lésions de prurigo parfois sévère (Fig. 6). Dans ce cas, la mise au point à l'aide de prick tests (prick to prick) peut aider à obtenir un diagnostic de probabilité voire de certitude. La mise en évidence d'IgE spécifiques vis-à-vis du cannabis est également possible et parfois positive dans ces cas. Idéalement, la mise au point devrait systématiquement comporter une série de prick to prick avec les propres cigarettes du patient, ainsi qu'un test épicutané avec une feuille de cannabis (lecture immédiate et retardée).

L'artérite liée à l'usage du cannabis est une complication sévère affectant les vaisseaux périphériques touchant essentiellement de jeunes adultes consommant de grandes quantités de cannabis. L'artérite du cannabis est souvent



Figure 6. Prurigo et excoriations chez un fumeur de cannabis.



Figure 7. Artérite débutante chez une jeune fumeuse chronique de cannabis (aspect de pseudo engelures).

confondue avec l'athérosclérose. Si le diagnostic et le traitement sont précoces, une revascularisation complète peut être espérée. Il est évident que cette artérite peut se compliquer d'occlusion irréversible nécessitant une amputation.

L'artérite du cannabis s'observe essentiellement chez les consommateurs de longue date. Il s'agit d'une des plus importantes causes de maladie artérielle périphérique chez l'adulte en dessous de 50 ans.

L'artérite du cannabis commence classiquement par des phénomènes de Raynaud auxquels il conviendra d'être extrêmement attentif (surtout s'ils apparaissent chez de jeunes hommes de manière aiguë sans antécédents particuliers). D'autres cas se manifestent au début par une coloration violacée des extrémités associée à de petites nécroses sèches souvent punctiformes situées essentiellement aux orteils (Fig. 7–9). En général, les poulx pédiens et tibiaux ne sont que peu palpables et les extrémités extrêmement froides. Le bas des jambes est parfois atteint sous forme d'ulcération nécrotique douloureuse à contour net (Fig. 10).

Une confirmation à l'aide d'ultrasonographie duplex est souhaitable. Il n'existe pas de plaques athéromateuses le long des artères iléo-fémorales. Des phénomènes de claudication intermittente peuvent égale-



Figure 8. Artérite débutante chez un jeune fumeur chronique de cannabis (aspect de pseudo engelures et d'ulcérations).



Figure 11. Ulcérations pulpaire chez une fumeuse de cannabis (à noter, la coloration violacée aux extrémités des doigts).



Figure 9. Artérite débutante avec aspect livédoïde chez un fumeur chronique de cannabis.



Figure 12. Artériopathie très sévère liée à un usage prolongé de cannabis ayant nécessité une amputation partielle de deux orteils.



Figure 10. Ulcération artéritique du bas de la jambe chez un jeune fumeur de cannabis.

ment précéder l'apparition des ulcérations. Aux doigts, des ulcérations « à l'emporte-pièce » très douloureuses peuvent survenir précocement et mimer celles des patient(e)s atteint(e)s de sclérodémie systémique (Fig. 11).

Aux ultrasons duplex, les images sont relativement caractéristiques et peuvent différencier l'artérite du cannabis de

l'athérosclérose. En général, les classiques plaques calcifiées d'athérosclérose le long des artères iléo-fémorales sont absentes alors que dans le cas de l'artérite du cannabis, les artères périphériques sous les genoux sont nettement rétrécies ou occluses.

Les biopsies cutanées ou vasculaires ne sont pas indiquées en raison du risque important de non-cicatrisation.

Les autres causes de thrombo-angéite oblitérante doivent également être exclues (intoxication par certains médicaments en particulier). Il faut encore signaler que certains joints (« home made ») peuvent contenir de grandes quantités d'arsenic (comme c'était le cas dans les années 1950 pour les cigarettes de tabac).

Le traitement précoce fait appel à l'acide acétylsalicylique à la dose de 100 à 200 mg/jour associé bien entendu à une aide psychologique...

En cas d'atteinte importante, il est impératif d'arrêter le cannabis (et le tabac) de manière définitive.

En général, la revascularisation chirurgicale n'est pas possible en raison de l'atteinte des petites artères périphériques. Pour les cas sévères, une perfusion d'iloprost (analogue de prostaglandine) peut être indiquée. Il est évident que cette artérite peut se compliquer d'occlusion irréversible nécessitant une amputation (Fig. 12).

En fait, l'artérite liée au cannabis est semblable à la thrombo-angéite oblitérante tant sur le plan clinique et artériographique que sur le plan thérapeutique.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

D. Tennstedt

*Service de dermatologie, cliniques universitaires
St. Luc, 1200 Bruxelles, Belgique*

Adresse e-mail : dominique@tennstedt.be

Disponible sur Internet le 16 avril 2018



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ADF 2018

Statuts de l'Association des dermatologues francophones (ADF)

Disponible sur Internet le 7 avril 2018

Buts et composition de l'association

■ Article premier

L'Association dite : Association des Dermatologistes francophones succédant à l'association des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française a pour buts :

- le développement de la recherche médicale clinique, clinico-biologique et fondamentale ;
- la promotion des actions de santé publique, de prévention et d'épidémiologie ainsi que l'éducation sanitaire ;
- le développement et l'amélioration de l'information en particulier par des actions de formation continue ;
- l'évaluation des soins et en particulier des innovations diagnostiques et thérapeutiques ;
- toutes actions de développement et de recherche dans les domaines de la dermatologie.

Sa durée est illimitée. Elle a son siège social à Paris. Elle est régie par la loi du 1^{er} juillet 1901.

■ Article 2 : moyens

Les moyens d'action de l'Association sont :

- l'organisation de réunions scientifiques, congrès, conférences, séminaires, colloques... ;
- l'organisation de séances de formation continue ;
- l'attribution de prix, bourses et contribution à des projets de recherche ;

- la publication d'articles scientifiques et de formation dans des revues de langue française, en particulier dans les Annales de Dermatologie qui sont l'organe officiel d'expression de l'Association ;
- la gestion, l'exposition, la mise à disposition de documents et de matériels médicaux et scientifiques ;
- l'étude des problèmes intéressant la communauté des dermatologues.

■ Article 3 : membres, conditions d'admission

Les membres de l'Association sont francophones. Le niveau minimum exigible de maîtrise de la langue française doit permettre à chaque membre de l'Association de publier et communiquer en français à l'occasion des congrès de l'Association ou de toute autre manifestation scientifique.

L'Association se compose de quatre catégories de membres :

- des titulaires ;
- des membres d'honneur ;
- des membres bienfaiteurs ;
- des membres honoraires.

Les membres titulaires sont : des médecins dermatologues en activité et d'autres personnes, médecins ou non médecins en activité dont le curriculum vitae témoigne d'un intérêt pour la dermatologie et dont la démarche personnelle et professionnelle coïncide avec les buts de l'Association.

Pour être admis, il faut en faire la demande écrite, présenter un curriculum vitae, et être parrainé par deux membres titulaires. Le Conseil d'administration examine les candidatures et soumet les candidatures retenues à l'approbation de la prochaine Assemblée générale. Les membres titulaires paient une cotisation dont le montant est fixé par l'Assemblée.

Les membres d'honneur sont : des personnalités qui se sont distinguées dans le domaine de la dermatologie et ont manifesté leur intérêt pour l'Association. Leur candidature est soumise par le Conseil d'administration à l'approbation de l'Assemblée générale. Ils ne paient pas de cotisation et n'ont pas le droit de vote en Assemblée générale.

Les membres bienfaiteurs sont : des personnes physiques ou morales qui font un don équivalent au moins au décuple de la cotisation des membres titulaires. Ils n'ont pas le droit de vote.

Les membres honoraires sont : des anciens membres titulaires ayant cessé leur activité professionnelle et qui souhaitent continuer à faire partie de l'Association. Ils paient une cotisation qui est la moitié de celle des membres titulaires. Ils ont le droit de vote en Assemblée générale mais ne peuvent être élus au Conseil d'administration.

Les modalités techniques de dépôt et d'instruction de candidature sont précisées dans le Règlement intérieur.

■ Article 4 : la qualité de membre de l'Association se perd :

- par la démission ;
- par la radiation, celle-ci peut-être prononcée par le Conseil d'administration statuant à la majorité de ses membres présents ou représentés pour les motifs suivants :
 - non paiement de la cotisation (dans un délai de 2 mois après rappel),
 - pour motif grave.

Dans ce cas, le membre intéressé est préalablement appelé à fournir ses explications, soit par écrit, soit par comparution devant le Conseil d'administration. Une telle radiation est néanmoins susceptible de recours devant l'Assemblée générale selon une procédure précisée par le Règlement intérieur.

Administration et fonctionnement

■ Article 5

L'Association est administrée par un Conseil donc le nombre des membres, fixé par délibération de l'Assemblée générale, est de 15 à 21. Les membres du Conseil d'administration sont élus au scrutin secret uninominal à un tour parmi les membres titulaires.

Aucune condition de nationalité n'est requise pour être candidat au Conseil d'administration ni au bureau. La répartition des membres du Conseil d'administration entre diverses nationalités ou pays n'est soumise à aucun quota.

En cas de vacances d'un poste, le Conseil d'administration peut pourvoir provisoirement à son remplacement, sous réserve de ratification de cette cooptation par la prochaine Assemblée générale. Le mandat du membre ainsi coopté prend fin à l'échéance normale du mandat du membre qu'il a remplacé.

Le renouvellement du Conseil d'administration a lieu par tiers à chaque congrès. La durée du mandat des membres élus est donc de 3 fois l'intervalle séparant deux congrès, soit 6 ans en cas de congrès tous les 2 ans, 9 ans en cas de congrès tous les 3 ans, etc.

Les membres sortants ne sont pas rééligibles immédiatement. Ils peuvent ultérieurement se représenter aux élections au Conseil d'administration à l'issue de l'intervalle séparant deux congrès à compter de la fin de leur dernier mandat.

Le Conseil d'administration choisit parmi ses membres au scrutin secret un Président, quatre Vice-présidents dont le premier assure l'intérim du Président en cas d'absence ou d'incapacité. Un Secrétaire général et un Trésorier, un Secrétaire général adjoint et un Trésorier adjoint qui constituent le bureau. Le bureau est élu pour la période séparant deux congrès. Ses membres sont rééligibles une seule fois.

Le Règlement intérieur précise les modalités d'élection et de fonctionnement du Conseil d'administration et du bureau.

■ Article 6

Le Conseil d'administration se réunit une fois au moins tous les ans et chaque fois qu'il est convoqué par son Président ou sur la demande du quart au moins de ses membres.

Il ne peut valablement délibérer qu'en présence du tiers au moins de ses membres présents ou représentés. En cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante. Chaque membre du Conseil d'administration ne peut disposer que d'une procuration.

Il est tenu procès-verbal des séances. Les procès-verbaux sont signés par le Président et le Secrétaire. Ils sont établis sans blancs, ni ratures sur des feuillets numérotés et conservés au siège de l'Association.

■ Article 7

Les membres du Conseil d'administration ne peuvent recevoir aucune rétribution à raison des fonctions qui leur sont confiées.

Seuls des remboursements de frais sont possibles. Ils doivent faire l'objet d'une décision expresse du Conseil d'administration, statuant hors de la présence des intéressés ; des justificatifs doivent être produits qui font l'objet de vérifications.

Les membres d'honneur, des personnalités extérieures à l'Association, les agents rétribués de l'Association peuvent être appelés par le Président à assister avec voix consultative aux séances de l'Assemblée générale comme aux réunions du Conseil d'administration.

■ Article 8

L'Assemblée générale de l'Association est composée des membres titulaires et honoraires. Ils peuvent se faire représenter. Aucun membre ne peut être titulaire de plus de dix mandats.

L'Assemblée générale est convoquée par le Secrétaire général au moins un mois à l'avance.

Les votes sont obtenus à la majorité simple avec voix prépondérante du Président.

L'Assemblée générale se réunit au moins une fois à chaque congrès et chaque fois qu'elle est convoquée par le Conseil d'administration ou sur la demande du quart au moins de ses membres.

Son ordre du jour est arrêté par le Conseil d'administration, mais peut être modifié par l'Assemblée générale statuant à la majorité simple des présents et représentés.

Elle choisit son bureau qui peut être celui du Conseil d'administration.

Elle approuve le texte du Règlement intérieur, puis ses modifications ultérieures qui ne peuvent cependant entrer en vigueur qu'après approbation de l'autorité administrative.

Elle entend les rapports du Conseil d'administration sur la gestion et sur la situation financière et morale de l'Association.

Elle approuve les comptes de l'exercice clos, portant sur la période séparant deux congrès, vote le budget de l'exercice suivant, délibère sur les questions mises à l'ordre du jour et pourvoit, s'il y a lieu au renouvellement des membres du Conseil d'administration.

Le rapport et les comptes sont à la disposition des membres de l'Association, 15 jours avant la date de l'Assemblée générale au secrétariat de l'Association.

Sauf application des dispositions de l'article précédent, les agents rétribués de l'Association n'ont pas accès à l'Assemblée générale.

■ Article 9

Le Président représente l'Association dans tous les actes de la vie civile. Il ordonnance les dépenses. Il peut donner délégation dans des conditions qui sont fixées par le Règlement intérieur.

En cas de représentation en justice, le Président ne peut être remplacé que par un mandataire agissant en vertu d'une procuration spéciale.

Les représentants de l'Association doivent jouir du plein exercice de leurs droits civiques.

■ Article 10

Les délibérations du Conseil d'administration relatives aux acquisitions, échanges et aliénations d'immeubles nécessaires au but poursuivi par l'Association, aux constitutions d'hypothèques sur les dits immeubles, à la signature de baux d'une durée excédant 9 années, à l'aliénations de biens rentrant dans la dotation, et à la contraction d'emprunts doivent être ratifiées par l'Assemblée générale.

■ Article 11

Les délibérations du Conseil d'administration relatives à l'acceptation des dons et legs ne sont valables qu'après approbation administrative donnée dans les conditions prévues par l'article 910 du code Civil, l'article 7 de la loi du 4 février 1901 et le décret n° 66-388 du 13 juin 1966, modifié.

Les décisions de l'Assemblée générale relatives aux aliénations de biens mobiliers et immobiliers dépendant de la dotation, à la constitution d'hypothèques et aux emprunts, ne sont valables qu'après approbation administrative.

■ Article 12

Des comités thématiques ou régionaux peuvent être créés, sur proposition du Conseil d'administration, approuvée par l'Assemblée générale. Leur mode de fonctionnement est défini par le Règlement intérieur lorsqu'ils sont créés.

Dotation. Ressources annuelles

■ Article 13

La dotation comprend :

- une somme de 91.114 F constituée en valeurs placées conformément aux prescriptions de l'article suivant ;
- les capitaux provenant des libéralités, à moins que leur emploi immédiat n'ait été autorisé ;
- le dixième au moins, annuellement capitalisé, du revenu net des biens de l'Association ;
- la partie des excédents de ressources qui n'est pas nécessaire au fonctionnement de l'Association pour l'exercice suivant ;
- éventuellement les immeubles nécessaires au but recherché par l'Association ainsi que des terrains, bois, forêts ou terrains à boisier.

■ Article 14

Tous les capitaux mobiliers y compris ceux de la dotation sont placés en titres nominatifs, en titres pour lesquels est établi le bordereau de références nominatives prévu à l'article 55 de la loi n° 87-416 du 17 juin 1987 sur l'épargne ou en valeurs admises par la Banque de France en garantie d'avance.

■ Article 15

Les recettes de l'Association se composent :

- du revenu de ses biens à l'exception de la fraction prévue au 3° de l'article 13 ;
- des cotisations et souscriptions de ses membres ;
- des subventions de l'État, des régions, des départements, des communes et des établissements publics ;
- du produit des libéralités dont l'emploi est autorisé au cours de l'exercice ;

- des ressources créées à titre exceptionnel et, s'il y a lieu, avec l'agrément de l'autorité compétente ;
- du produit des rétributions perçues pour service rendu.

■ Article 16

La durée de l'exercice social est celle séparant deux congrès de l'Association. Lorsqu'une Assemblée générale se tient à l'occasion des congrès de l'Association, les comptes s'arrêtent au 31 décembre de l'année précédant le congrès.

Il est tenu un registre comptable permettant d'établir le compte de résultats et le bilan de l'exercice social sus cité et le cas échéant une ou plusieurs annexes (comptes régionaux ou thématiques) (cf. art. 12).

Le Conseil d'administration fixe l'orientation et les thèmes de chaque congrès et désigne le responsable chargé d'organiser le congrès. C'est ce responsable qui en assume la totale responsabilité financière, l'Association ne percevant pas les recettes du congrès et n'en assumant pas les dépenses.

Il est justifié, à la clôture de chaque exercice, auprès de la préfecture de Paris, de l'emploi des fonds provenant de toutes les subventions accordées au cours de l'exercice écoulé.

Modification des statuts et dissolution

■ Article 17

Les statuts peuvent être modifiés par l'Assemblée générale sur la proposition du Conseil d'administration ou sur la proposition du dixième au moins des membres dont se compose l'Assemblée générale.

Dans l'un et l'autre cas, les propositions de modifications sont inscrites à l'ordre du jour de la prochaine Assemblée générale, lequel doit être envoyé à tous les membres de l'Assemblée au moins 15 jours à l'avance.

L'Assemblée doit se composer du quart au moins, des membres en exercice présents ou représentés. Si cette proportion n'est pas atteinte, l'Assemblée générale est convoquée de nouveau, mais à 15 jours au moins d'intervalle, et cette fois, elle peut valablement délibérer, quel que soit le nombre des membres présents ou représentés.

Dans tous les cas, les statuts ne peuvent être modifiés qu'à la majorité des deux tiers des membres présents ou représentés.

■ Article 18

L'Assemblée générale, appelée à se prononcer sur la dissolution de l'Association et convoquée spécialement à cet effet, dans les conditions prévues à l'article précédent, doit comprendre, au moins, la moitié plus un, des membres en exercice présents ou représentés.

Si cette proportion n'est pas atteinte, l'Assemblée est convoquée de nouveau, mais à 15 jours au moins d'intervalle, et cette fois, elle peut valablement délibérer,

quel que soit le nombre des membres présents ou représentés.

Dans tous les cas, la dissolution ne peut être votée qu'à la majorité des deux tiers des membres présents ou représentés.

■ Article 19

En cas de dissolution, l'Assemblée générale désigne un ou plusieurs Commissaires, chargés de la liquidation des biens de l'Association. Elle attribue l'actif net à un ou plusieurs établissements publics ou reconnus d'utilité publique à l'article 6 de la loi du 1er juillet 1901 visés à l'article 35 de la loi du 14 janvier 1933.

■ Article 20

Les délibérations de l'Assemblée générale prévues aux articles 17, 18 et 19 sont adressées sans délai à la préfecture de Paris.

Surveillance et règlement intérieur

■ Article 21

Le Président doit faire connaître dans les 3 mois, à la préfecture de Paris, tous les changements survenus dans l'administration ou la direction de l'Association.

Les registres de l'Association et ses pièces de comptabilité sont présentés sans déplacement, sur toute réquisition du Préfet.

Le rapport et les comptes, y compris ceux des comités locaux, sont adressés après chaque clôture d'exercice au préfet de Paris.

■ Article 22

Le Règlement intérieur préparé par le Conseil d'administration et adopté par l'Assemblée générale est adressé à la préfecture de Paris.

Dispositions transitoires

Lors des deux premiers renouvellements du Conseil d'administration, les membres sortants seront désignés par tirage au sort.

La première fois le tirage au sort se fera sur l'ensemble des membres du Conseil d'administration. La deuxième fois, il ne portera que sur les deux tiers restants. Les membres du Conseil d'administration désignés par le tirage au sort la première ou la deuxième fois pourront se représenter deux fois consécutivement au Conseil d'administration.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Programme

31^e Congrès de l'ADF - Association des Dermatologues Francophones - 16-17-18 mai 2018 - Bruxelles - Hôtel Bedford*

Mercredi 16 mai 2018

- 08h30–8h40 Le mot du Président de l'ADF : Dr Jean Vulliet
08h40–8h50 Le mot de la Présidente de la SRBDV: Prof. Jo Lambert

CONFERENCE INAUGURALE

- 08h50–09h20 D. Tennstedt
Drogues et Peau : ce que tout dermatologue doit savoir

SESSION 1 : DERMATOLOGIE PEDIATRIQUE

Modérateurs : C. Bodemer, A. Kane, K. Despontin

- 09h20–9h40 C. Gelmetti
Dic, Dac, Da ... un triangle maudit presque inextricable
09h40–10h00 C. Bodemer
Dermatoses auto-inflammatoires chez l'enfant
10h00–10h20 S. Barbarot
Traitements systémiques actuels et futurs de la dermatite atopique

10h20–10h50 PAUSE

Modérateurs : P. Wolkenstein, A. Salhi, D. Salik

- 10h50–11h05 C. Bedane
Pemphigoïde de l'enfant
11h05–11h20 P. Wolkenstein
Neurofibromatose 1 : Passé, Présent et Futur
11h20–11h35 A. Petit
Dermatologie pédiatrique en peau noire
11h35–11h50 A. Salhi
Malformations lymphatiques de l'enfant
11h50–12h05 C. Mac Cuaig
Cas canadiens de dermatologie pédiatrique
12h05–12h20 A. Kane
Expérience de la dermatologie pédiatrique au Sénégal

12h20–14h00 LUNCH

- 13h00–14h00 *Symposium Sanofi - Genzymne*
La dermatite atopique : son fardeau et ses traitements.
S. Barbarot - F. Boralevi
Modérateur : D. Tennstedt

SESSION 2 : PATHOLOGIE INFECTIEUSE ET TROPICALE

Modérateurs : E.J. Ecra, J.J. Morand, V. Pitche

- 14h00–14h30 J.J. Morand
Emergences infectieuses et tropicales en dermatologie
14h30–14h45 V. Pitche
Epidémiologie des dermatoses infectieuses et tropicales
14h45–15h00 R. Rapelanoro
La sporotrichose et la chromomycose : de la plante à l'homme
15h00–15h15 P. del Giudice
Manifestations dermatologiques des infections graves
15h15–15h30 N. Ismaili
Traitement des leishmanioses en 2018
15h30–16h00 Pause

FORUM DES INTERNES

16h30–17h30

Modérateurs : D. Tennstedt, R. Rapelanoro, F. Ait-Belkacem
Insérer :

- F 1 Syndrome de Stevens Johnson et gynécomastie induits par les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) chez un enfant infecté par le VIH
Mahamadou G, Saka B, Akakpo AS, Bassowa A, Dapam AN, Tecléssou JN, Mensah E, Pitché P.

F 2	Une cause rare de dactylite multiple des doigts : une forme méditerranéenne de la maladie de Kaposi C. Chouk, N. Litaïem, M. Jones, A. Chamli, S. Rammeh, N. Ezzine, F. Zeglaoui	SESSION 3 : PATHOLOGIE DE L'ONGLE ET DU CHEVEU Modérateurs : P. Reygagne, J. André
F 3	Adénocarcinome rectal révélé par des métastases périnéales simulant une maladie de Crohn cutanée. Deh Aminata, Diatta BA, Diallo M, Ndiaye M, Diadie S, Diop K, Seck B, Niang SO	09h30–9h50 J. .André, M. Tasia Pathologie de l'ongle chez l'enfant 09h50–10h10 P. Reygagne Pathologie du cheveu africain 10h10–10h30 S. Chiheb Pathologie unguéale à l'autre rive de la Méditerranée
F 4	Le Dermatofibrosarcome de Darier et Ferrand : une tumeur cutanée particulière, à propos de 26 cas A. Toumi, N. Mahdhi, M. Chaieb, I. Ernez, Y. Haj Hassine, A. Abid	10h30– 11h00 PAUSE Modérateurs : B.Richert, S.Chiheb
F 5	MF à grandes squames : le « grand imitateur » D. Declaye, C. Peeters, L. de Montjoye, L. Marot, M. Baeck, D. Tennstedt	11h00–11h15 M. Diallo Cas africains d'ongles 11h15–11h30 I. Zaara Cas parisiens de pathologie unguéale 11h30–11h45 M. Lorizzo Cas suisses de pathologie capillaire 11h45–12h00 J. Pouaha Tumeurs de l'appareil unguéal 12h00–12h15 J.J. Stene Troubles du cycle pileux chez l'enfant 12h15–12h30 D. Paurobally Cas mauriciens de pathologie unguéale
F 6	Psoriasis pustuleux compliqué de pustulose exanthématique généralisée : un dilemme diagnostic ! A. Arousse, R. Gammoudi, C. Ben salem, L. Boussofara, N. Ghariani, S. Mokni, A. Aounallah, C. Belajouza, M. Denguezli, R. Nouira.	12h30– 14h00 LUNCH
F 7	L'Atteinte extra céphalique lors du Syndrome du Parry Romberg : à propos d'une nouvelle observation Ouiam. El anzi, Ilhame Naciri, Mariame Meziane, Laila Benzekri, Nadia Ismaili, Karima Senouci, Baderddine Hassam	13h00– 14h00 <i>Symposium Janssen</i> <i>Guselkumab, le premier et seul anticorps monoclonal humain qui inhibe spécifiquement l'interleukine 23 (IL23)1 : "Qu'est-ce que cela signifie pour vous et vos patients" F. Benhadou - D. Tennstedt</i> <i>Les médicaments inducteurs de psoriasis : mythe ou réalité ? D. Tennstedt</i>
F 8	Cutis verticis gyrata du vertex, dans sa forme primaire essentielle et d'installation brutale A. Coutellier, H. Yildiz, L. Marot, D. Tennstedt, M. Baeck	SESSION 4 : TROUBLES DE LA PIGMENTATION Modérateurs : E.J. Ecra, A.Taieb, A. Traore
F 9	Blue rubber bleb nevus syndrome: un nouveau cas traité par sirolimus Z. Kaddioui, F. Hali, F.Z. El Fetoiki, S. Chiheb	14h00–14h30 A. Traore Problèmes liés à la dépigmentation volontaire 14h30–14h45 A. Taieb Bilan des 3 premières années d'un hôpital de jour francophone thématisé « albinismes » 14h45–15h00 K. Ezzedine Nouveautés thérapeutiques et le futur possible des thérapies du vitiligo 15h00–15h15 E.J. Ecra Bien-être et troubles pigmentaires en Afrique noire 15h15–15h30 K. Despontin En noir et blanc
F 10	Morphée généralisée induite par la cocaïne N. Aqil, S. Mrabat, H. Baybay, S. Gallouj, FZ. Mernissi	15h30– 16h00 PAUSE
17h30– 18h30	Symposium Pierre-Fabre - Ducray Prise en charge de la l'acné de la femme africaine - M. Diallo Quelle place pour le PO-SCORAD dans l'évaluation de la dermatite atopique sur peau noire ? O. Faye	FORUMS DES INTERNES 16h30–17h30 Modérateurs : E.J. Ecra, A. Salhi, J. Vulliet
18h30	Cocktail de Bienvenue	

Jeudi 17 mai 2018

CONFERENCE :

09h00–9h30 P. Joly
Idées reçues en dermatologie

F 11	Syndrome de Sézary et maladie de Kaposi (MK) chez un même patient : un cas à Cotonou/Bénin A. Kouassi, F. Akpadjan, B. Degboe, F. Herms, F. Atadokpede.	09h00–09h30 09h30– 09h50 09h50–10h10	L. Borradori : Algorithme thérapeutique de la prise en charge du lupus érythémateux cutané Orateur à définir Toxidermies M.A. Richard
F 12	PRG prurigineux révélant une hépatite virale B Y. Karabinta, A. Dicko, O. Sylla, M. Gassama, L. Cissé, K. Tall, I. Konaté, B. Traoré, Y. Fofana, O. Faye	10h10–10h30	Psoriasis : actualités E. Delaporte La vulve dans les maladies inflammatoires
F 13	Leishmaniose cutanée diffuse récidivante et VIH: rechute ou syndrome de reconstitution immunitaire Fatma Frikha, Emna Elleuch, Sana Miladi, Emna Bahloul, Dorra Lahyeni, Mounir Ben Jemaa, Hamida Turki	10h30– 11h00 PAUSE	
			Modérateurs : M.A. Richard, F. Ly
F 14	Un sarcome des tissus mous compliquant une neurofibromatose de type 1 A. Kouma, N. Zizil, S. Dikhaye	11h00–11h15 11h15–11h30 11h30–11h45 11h45–12h00	D. Jullien : Réactions paradoxales aux biothérapies F. Ly : Particularités du psoriasis en peau noire M. Baeck : Dermite de contact chez l'enfant Prix de la meilleure communication ADF et du meilleur poster Bioderma
F 15	Sarcoïdose cutanée sur des points d'injection d'insuline H. Zargham, E. O'Brien	12h00–14h00	LUNCH
F 16	POEMS syndrome: un diagnostic à ne pas méconnaître S. Salim, I. Meknassi, M. Adnaoui, B. Hassam	13h00–14h00	Symposium Lilly <i>Comment gérer le patient souffrant de psoriasis en cas de comorbidités ? P.D. Ghislain</i> <i>Quand le psoriasis en plaque modéré à sévère s'accompagne :</i> 1. <i>D'arthrite psoriasique - D. Jullien</i> 2. <i>D'un syndrome métabolique - M.A. Richard</i> 3. <i>De dépression et d'alcoolisme - P.D. Ghislain</i>
F 17	Œdème généralisé révélant une lèpre lépromateuse après 3 ans d'errance diagnostique : à propos d'un cas possible de lèpre de Lucio à Madagascar MF. Rakotoarisaona, M. Andrianarison, O. Raharolahy, FA. Sendrasoa, N. Razanakoto, IM. Ranaivo, M. Sata, LS. Ramarozatovo, F. Rapelanoro Rabenja		
			SESSION 6 : CANCERS CUTANES, CHIRURGIE et CICATRISATION Modérateurs : J.M. Amici, B. Leroy, H. Fierens
F 18	Une gencive noirâtre ? Penser au mélanome M. Andrianarison, MF Rakotoarisaona, M. Razakanaivo, NH Razanakoto, O. Raharolahy, FA Sendrasoa, N. Razafimanjato, LS Ramarozatovo, F. Rapelanoro Rabenja	14h00–14h20 14h20–14h40	M. -Beylot-Barry Chirurgie des carcinomes cutanés : quand, pour qui, comment et jusqu'où ? J.M. Amici
F 19	Efficacité du paclitaxel dans le traitement de la maladie de Kaposi classique localisée : à propos d'un cas N. Abdous, D. Belkadi, H. Hammadi, A. Salhi, A. Djeridane	14h40–15h00 15h00–15h20	Optimiser la cicatrisation en chirurgie oncologique cutanée A. Petit Optimiser la prise en charge des chéloïdes J. Revuz Hidradénite suppurée - Maladie de Verneuil Médecine ou chirurgie ?
F 20	Une histoire de mauvaise foi J. Barbé	15h20–15h30	M.A. Richard - P. Wolkenstein « L'Université Numérique Francophone de la Dermatologie » : de la construction aux partages
20h00	Dîner de Gala Centre Belge de la Bande Dessinée	15h30-16h00	PAUSE
		16h00-17h30	Assemblée générale ADF et Elections
		18h00	Cocktail de clôture

Vendredi 18 mai 2018

SESSION 5 : DERMATOSES INFLAMMATOIRES

Modérateurs : P. Joly, M. Baeck, E. Delaporte



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ADF 2018

Cas cliniques du Forum Francophone des internes et résidents en dermatologie

1 Syndrome de Stevens Johnson et gynécomastie induits par les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) chez un enfant infecté par le VIH



G. Mahamadou*, B. Saka, A.S. Akakpo, A. Bassowa, A.N. Dapam, J.N. Tecloussou, E. Mensah, P. Pitché
Service de dermatologie et IST, CHU Sylvanus Olympio, BP57, Lomé, Togo

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : dankounama@yahoo.fr (G. Mahamadou)

Introduction Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) sont des médicaments antirétroviraux souvent utilisés en première ligne du régime thérapeutique de l'infection à VIH1. Nous rapportons un cas de gynécomastie bilatérale sévère et d'un syndrome de Stevens Johnson respectivement induit par l'efavirenz et la névirapine chez un même patient.

Observation Un garçon de 16 ans, infecté par le VIH depuis la naissance a été mis sous ténofovir, abacavir et efavirenz depuis août 2015. En avril 2016, quand son poids a atteint 32 kg, l'abacavir a été remplacé par la lamivudine. Une augmentation bilatérale de volume mammaire, dissimulée par le patient a été diagnostiquée deux ans après le début du traitement antirétroviral. L'histoire de la maladie, l'examen physique et les examens de laboratoire ont permis d'exclure les causes connues de gynécomastie. L'efavirenz a été alors considérée comme la cause la plus vraisemblable. Ce médicament a été donc retiré et remplacé par la névirapine en juillet 2017. Trente trois jours après le début du traitement par la névirapine, une éruption cutanée est apparue. À l'examen physique, on notait des macules érythémateuses, des bulles flasques avec un décollement cutané estimé à 10 %. Il y avait également des lésions conjonctivales, buccale et génitale. Le diagnostic de syndrome de Stevens Johnson induit par la névirapine a été retenu. Deux mois après le retrait de l'efavirenz, la taille des seins a diminué de 3 cm au sein gauche et de 2 cm à droite.

Conclusion La recherche d'une gynécomastie comme effet indésirable de l'efavirenz est primordiale afin d'intervenir au moment où l'affection peut encore être réversible. Par ailleurs, en cas de gynécomastie induite par l'efavirenz, un inhibiteur de protéase (IP) devrait être préféré à la névirapine pour diminuer le risque de toxidermie.

Mots clés Gynécomastie ; Syndrome de Stevens Johnson ; INNTI ; Lomé (Togo)

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.007>

2 Une cause rare de dactylite multiple des doigts : une forme méditerranéenne de la maladie de Kaposi



C. Chouk*, N. Litaïem, M. Jones, A. Chamli, S. Rammeh, N. Ezzine, F. Zeglaoui

Hôpital Charles-Nicolas à Tunis, dermatologie, boulevard du 9 avril, 1938 Bab-Saâdoun, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : chourouk.chk@gmail.com (C. Chouk)

Introduction La maladie de Kaposi (MK) est une affection multifocale initialement décrite par Moritz Kaposi en 1872. Sa forme classique ou méditerranéenne correspond à la forme indolente de la maladie et est caractérisée par une localisation presque exclusive des lésions angiomeuses au niveau des membres inférieurs.

But Décrire un mode de révélation inhabituel d'une forme méditerranéenne de la MK à type de dactylite multiple.

Résultat Il s'agissait d'un homme de 67 ans ayant un antécédent de cécité droite suite à un glaucome évoluant depuis le jeune âge, consultant pour une infiltration érythémateuse douloureuse des doigts d'installation progressive depuis 18 mois. Cette infiltration occasionnait une limitation des mouvements articulaires des interphalangiennes des deux mains et était associée à un lymphœdème bilatéral des deux membres inférieurs. L'examen cutané révélait des placards érythémato-violacés infiltrés, confluents, atteignant de façon bilatérale et asymétrique les faces dorsales et palmaires des mains avec un aspect en saucisse de tous les doigts. L'examen des muqueuses était normal. La dermoscopie des lésions digitales montrait un fond rouge bleuâtre évoquant une origine vasculaire. Il n'a pas été vu par ailleurs un aspect en arc-en-ciel. L'histologie concluait à un aspect de MK et l'immunohistochimie révélait un marquage HHV8 positif. La sérologie VIH était négative. Le bilan lésionnel de la MK ne montrait pas de localisations extracutanées. Un traitement par bléomycine (15 mg/semaine) était décidé devant le caractère douloureux et la gêne fonctionnelle occasionnés par

les lésions digitales. L'évolution était marquée par une désinfiltration nette des lésions cutanées et un début de régression du l'éléphantiasis kaposien au bout de 2 mois.

Conclusion La forme classique de la MK atteint préférentiellement les sujets âgés de sexe masculin avec un sex-ratio de 10/1. Son tableau clinique comporte de macules, papules, nodules ou plaques angiomeuses d'évolution lente touchant presque exclusivement les membres inférieurs. Il s'y associe fréquemment un lymphœdème des membres pouvant être la seule manifestation de la maladie. L'atteinte des membres supérieurs est beaucoup moins fréquente. Une atteinte palmoplantaire révélant une forme classique de la MK était tout de même décrite dans la littérature. Notre cas est original par l'aspect exceptionnel des lésions angiomeuses des mains occasionnant une dactylite multiple avec un aspect en saucisse des doigts. L'abstention thérapeutique est la règle au cours de la MK. Cependant, la localisation aux doigts avec la gêne fonctionnelle qui en résulte peut justifier un traitement plus agressif.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.008>

3

Adénocarcinome rectal révèle par des métastases périnéales simulant une maladie de Crohn cutanée



A. Deh*, B.A. Diatta, M. Diallo, M. Ndiaye, S. Diadie, K. Diop, B. Seck, S.O. Niang

Service de dermatologie hôpital Aristide le dantec, Dakar, Sénégal
* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : dehaminata62@yahoo.fr (A. Deh)

Introduction Les métastases cutanées des adénocarcinomes rectaux sont rares et se traduisent le plus souvent sous forme de nodules sous-cutanés de siège abdominal. Les localisations périnéales ont été très exceptionnellement observées. Nous rapportons l'observation de métastases périnéales révélatrices d'un adénocarcinome rectal, particulières par leur présentation à type de maladie de Crohn cutanée.

Observation Un homme âgé de 47 ans, aux antécédents de constipation chronique, était hospitalisé pour des lésions ulcérées et papulo-nodulaires de la région ano-périnéale évoluant depuis 1 mois. L'examen clinique montrait des ulcérations en coup de couteau, un lymphœdème scrotal et des nodules fermes non inflammatoires de la région périnéale et des poly adénopathies inguinales d'allure tumorale. Le toucher rectal notait une induration des parois du canal anal. L'examen histopathologique d'un nodule cutané était en faveur d'un adénocarcinome papillaire. La coloscopie montrait une tumeur du canal anal. L'examen anatomopathologique de la biopsie de la tumeur rectale montrait un adénocarcinome moyennement différencié. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien objectivait des adénopathies inguinales bilatérales et de multiples nodules pulmonaires. Une chimiothérapie palliative selon le protocole (Xeloda + Oxaliplatine) était proposée. L'évolution était fatale 2 semaines après la première cure de chimiothérapie.

Conclusion Les métastases périnéales d'adénocarcinomes rectaux peuvent être la présentation initiale de ces tumeurs. En plus, la présentation clinique peut simuler à tout point de vue une maladie de Crohn cutanée.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.009>

4

Le Dermatofibrosarcome de Darier et Ferrand : une tumeur cutanée particulière, à propos de 26 cas



A. Toumi*, N. Mahdhi, M. Chaieb, I. Ernez, Y. Haj Hassine, A. Abid

Service de chirurgie plastique, réparatrice, esthétique et des brûlés, hôpital universitaire Sahloul, Sousse, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : asmatoumi02@gmail.com (A. Toumi)

Introduction Le dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand (DFDF) est une tumeur cutanée rare, à très haut risque de récurrence locale et à potentiel métastatique faible. Elle se rencontre plus fréquemment chez l'adulte et les personnes âgées. Le traitement curatif est chirurgical par une exérèse large latéralement et en profondeur. Cette exérèse se solde de grandes pertes de substances dont la couverture est un véritable challenge pour le chirurgien plasticien.

Buts Analyser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du DFDF.

Méthodes À partir d'une étude rétrospective étalée sur 17 ans (2000–2017), nous avons étudié 26 patients présentant des DFDF histologiquement prouvés.

Résultats L'âge moyen était de 36,4 ans. Le sexe ratio était à 0,7. La notion de traumatisme antérieur a été retrouvée dans 5 cas. Un seul cas était associé à une grossesse. Aucun antécédent d'irradiation antérieure n'a été retrouvé. Le tronc était la localisation préférentielle (78 %) suivi par les membres inférieurs (11 %). La taille moyenne des lésions était de 4,8 cm. Elles étaient nodulaires dans 15 cas, multinodulaire dans 9 cas et planes dans 2 cas. L'examen histologique a montré une prolifération dermo-hypodermique faite de cellules fusiformes disposées en faisceaux irréguliers, selon un agencement storiforme. L'immunomarquage intense et diffus des cellules tumorales par l'anticorps anti-CD34 a confirmé le diagnostic. Une Imagerie par résonance magnétique préopératoire a été réalisée dans tous les cas et a révélé l'infiltration du muscle sous-jacent dans 8 cas. Aucun cas de métastase n'a été diagnostiqué. 25 patients ont eu une exérèse large avec des marges latérales de 5 cm et résection en profondeur de la première barrière anatomique saine. Une seule patiente a été opérée selon la technique de Mohs devant la localisation à la région sous-claviculaire. Les techniques de reconstruction étaient les suivantes : un lambeau local ou locorégional dans 19 cas, une greffe de peau après bourgeonnement dans 5 cas, une suture directe avec pose d'une plaque pour un défaut de la paroi abdominale dans 1 cas et par cicatrisation dirigée après suture en bourse dans un autre cas. Le recul moyen était de 7,6 ans. Un seul cas de récurrence a été noté chez un patient traité par une exérèse large. Les résultats ont été jugés satisfaisants sur le plan esthétique et fonctionnel.

Conclusion Le DFDF est une tumeur dont le pronostic et le risque évolutif sont principalement liés au délai diagnostic et la qualité de la première exérèse. Le diagnostic tardif rend difficile la chirurgie d'exérèse et de reconstruction. L'amélioration du pronostic passe par une prise en charge multidisciplinaire précoce et codifiée.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.010>

5

MF à grandes squames : le « grand imitateur »



D. Declaye^{1,*}, C. Peeters¹, L. de Montjoye¹, L. Marot², M. Baeck¹, D. Tennstedt¹

¹ Service de dermatologie, cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique

² Service d'anatomopathologie, cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : diane.declaye@gmail.com (D. Declaye)

Introduction Le mycosis fongoïde (MF) est le type le plus fréquent de lymphome T cutané. Il peut prendre de multiples présentations cliniques. Zackheim et McCalmont [1] ont proposé de lui attribuer l'appellation antérieurement dédiée à la syphilis de « grand imitateur ».

Observations – Un homme de 57 ans, sans antécédent notoire, se plaint, depuis 5 ans, d'un prurit diffus associé, sur le plan clinique, à un aspect ichtyosiforme (à grandes squames) de sa peau. Sur le tronc et les membres, il est apparu de manière progressive des lésions papuleuses, réticulées, érythémato-violacées, squameuses et asymptomatiques prenant un aspect très particulier « en damier » ;

– Une femme de 45 ans, originaire du Togo, habitant en Belgique depuis 20 ans, consulte en raison d'un développement de plaques diffuses poikilodermiques d'aggravation progressive depuis 10 ans. Le prurit est important. Les lésions se situent sur les zones non insolaées, les membres et le tronc. Le centre des plaques est atrophique, entouré par une collerette pigmentée périphérique avec ici aussi un aspect très particulier « en nid d'abeille ».

Chez les deux patients, l'examen anatomopathologique permet de mettre en évidence la présence de lymphocytes particuliers situés le long de la lame basale, avec formation de micro-abcès de Pautrier. Focalement, on objective de la spongieuse avec formation de vésicules sous-cornées, contenant des lymphocytes et des cellules histiocytaires. Le derme superficiel est le siège d'un infiltrat inflammatoire dense, essentiellement interstitiel, constitué de cellules lymphohistiocytaires associées à quelques polynucléaires éosinophiles.

L'immunohistochimie confirme la suspicion anatomoclinique, avec mise en évidence de nombreux lymphocytes T CD4 essentiellement au niveau épidermique. Un réarrangement monoclonal T est retrouvé à l'analyse en biologie moléculaire. L'examen anatomopathologique et la clinique confirment le diagnostic de mycosis fongoïde CD4+.

Discussion Le MF fait partie des lymphomes T épidermotropes de bon pronostic. Il représente 50 % des lymphomes cutanés et son incidence augmente, il atteint plus fréquemment les adultes, avec prédominance masculine (sexe ratio de 2/1). Une association avec le rétrovirus HTLV-1 est suspectée mais non confirmée à ce jour. Le MF peut prendre des formes cliniques multiples parfois surprenantes, dont l'examen anatomopathologique permet alors d'en affirmer le diagnostic : pityriasis alba, plaques hypo pigmentées vitiligoïdes, acanthosis nigricans, érythème annulaire centrifuge, cellulite disséquante du cuir chevelu, lésions dysidrosiformes, éruption vésiculeuse, bulleuse, dermatite péri-orale, dermatite purpurique et pigmentée, érythème polymorphe, ichtyose acquise, kératodermie et pustulose palmoplantaire, kératose lichénoïde chronique, lymphome pilotrope, chalazodermie granulomateuse, porokératose de Mibelli, pyoderma gangrenosum, pseudo cutis laxa, plaques psoriasiformes, REM... Le traitement du MF reste délicat, équilibre difficile entre engager trop tôt un traitement agressif et rester trop longtemps timoré. L'attitude thérapeutique peut être expectative, et ne comporter que des traitements symptomatiques permettant de contrôler le prurit, la douleur, les surinfections, et l'accompagnement psychologique. Selon le stade, le traitement peut être local : dermocorticoïdes,

agents alkylants, PUVA ou UVBthérapie, radiothérapie locale (TSEB *low-dose* 10–12 Gy ou radiothérapie locale classique 2 × 4 Gy) ou systémique : rétinoïdes, méthotrexate faible dose, mono ou polychimiothérapie. La présentation clinique du mycosis fongoïde est parfois déroutante, et nécessite une indispensable confrontation anatomoclinique. Nous rapportons le cas de deux patients, le premier présentant une forme clinique exceptionnelle et l'autre, une clinique classique, caractéristique mais peu connue (et donc digne de figurer dans nos « textbooks »).

Mots clés Mycosis fongoïde ; Lymphome T épidermotrope ; MF réticulé ; MF ichtyosiforme ; MF poikilodermique

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Référence

[1] Zackheim HS, McCalmont TH. Mycosis fungoides : the great imitator. *J Am Acad Dermatol* 2002;47(6):914–8.

<https://doi.org/10.1016/j.jannder.2018.03.011>

6

Psoriasis pustuleux compliqué de pustulose exanthématique généralisée : un dilemme diagnostic !



A. Arousse*, R. Gammoudi, C. Ben salem, L. Boussofara, N. Ghariani, S. Mokni, A. Aounallah, C. Belajouza, M. Denguezli, R. Nouira

Service de dermatologie, service de pharmacologie, hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : aycha.arousse@gmail.com (A. Arousse)

Introduction Le psoriasis pustuleux généralisé (PPG) est une variante rare et sévère de psoriasis. La Pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG) est une dermatose multifactorielle le plus souvent médicamenteuse. Le PPG et la PEAG partagent des similitudes cliniques et immunopathologiques rendant leur distinction peu aisée.

Observation Il s'agissait d'une patiente âgée de 32 ans, suivie initialement pour une dermatose compatible cliniquement et histologiquement avec un PPG évoluant par poussées récurrentes depuis 4 ans et pour lequel elle avait bénéficié de plusieurs traitements systémiques (acitrétine, ciclosporine et méthotrexate). Elle a été récemment admise devant une poussée pustuleuse généralisée dans un contexte fébrile survenant 2 jours après l'introduction d'Oxacilline pour une otite aiguë. L'examen retrouvait un érythème diffus parsemé d'un semis de pustules stériles en tête d'épingle prédominant au niveau des plis avec des bulles hypopion-like sans signe de Nikolsky ni atteinte muqueuse. La biologie montrait un syndrome inflammatoire. L'histologie cutanée avait montré l'image d'une pustule sous-cornée associée à une spongieuse à neutrophiles, des kératinocytes apoptotiques et un derme œdémateux siège d'un infiltrat inflammatoire comprenant des éosinophiles. Le diagnostic de PEAG a été retenu avec un score EuroSCAR de 10. L'arrêt de l'oxacilline était suivi d'une résolution de l'atteinte dermatologique dans un délai de 10 jours. Un patch-test à l'oxacilline effectué 10 semaines après l'épisode était positif. La description récente de mutations du gène *ILR36Ra* dans le PPG et dans quelques cas sévères de PEAG nous ont conduits à rechercher l'anomalie génétique chez notre patiente sans la trouver.

Discussion La survenue d'événements de type PEAG au cours du psoriasis est bien connue. La distinction ce pendant entre PEAG et PPG chez notre patiente n'a pas été aisée et a reposé sur un faisceau d'arguments cliniques, histologiques et chronologiques : l'induction médicamenteuse de l'éruption, la distribution flexurale prédominante, la résolution rapide après arrêt du médicament imputé, la présence d'éosinophiles et de kératinocytes nécrotiques à l'histologie et la positivité du patch-test. Nous rapportons le

premier cas de PEAG à l'oxacilline chez une patiente suivie pour un PPG.

Conclusion Notre cas illustre la difficulté diagnostique devant les pustuloses sévères de type PPG et PEAG en raison du parallélisme entre ces entités. Bien que la mutation ILR36Ra n'ait pas été retrouvée chez notre patiente, nous pensons que d'autres voies de signalisation pourraient être impliquées dans le déterminisme de ces maladies.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.012>

7

L'Atteinte extra céphalique lors du Syndrome du Parry Romberg : à propos d'une nouvelle observation



Ouiam El anzi*, Ilhame Naciri, Mariame Meziane, Laila Benzekri, Nadia Ismaili, Karima Senouci, Baderddine Hassam
CHU IBN SINA, service de dermatologie, Rabat, Maroc

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : elanzi.ouiam@gmail.com (O. El anzi)

Observation Une fille âgée de 12 ans, sans antécédent notable ni notion de consanguinité, consultait pour une déformation du menton évoluant progressivement depuis 2 ans. L'examen clinique révélait une hémiatrophie droite du menton et de la région mandibulaire sans induration cutanée en regard, et sans retentissement dentaire. Elle avait également une alopecie cicatricielle temporale homolatérale, une macule achromique de 4 mm en pré-auriculaire droit, et de multiples plaques hyperpigmentées souples et pliables, siégeant sur le cou, l'abdomen, les flancs, et les plis. Le reste de l'examen somatique ne révélait pas d'anomalies, en dehors d'une discrète attitude scoliotique du rachis lombaire. Les autoanticorps antinucléaires étaient positifs à 1/80. La sérologie de la borréliose était négative. La biopsie cutanée de la macule achromique était en faveur de vitiligo. Le scanner du massif facial objectivait une discrète atrophie des parties molles jugales droites, sans atteinte osseuse. La téléradiographie du rachis était en faveur d'une scoliose dorsolombaire par inégalité des 2 membres inférieurs, avec un raccourcissement de 14 mm du membre inférieur gauche sans lésions osseuses apparentes. L'électroencéphalogramme, l'échographie des troncs supra-aortiques, et l'IRM cérébrale étaient sans particularités. Un traitement systémique par association de corticoïdes à dose de 0,5 mg/kg/jr et de Méthotrexate à dose de 12,5 mg/semaine était instaurée. L'évolution était satisfaisante, devant l'arrêt de la progression de l'atrophie, avec un recul de 18 mois. Une lipostucture du visage pour restauration morphologique est prévu après l'arrêt de la croissance.

Commentaires Le syndrome de Parry-Romberg (SPR), également connu sous le nom d'hémiatrophie faciale progressive, est une affection rare, sporadique, fréquemment observée chez les femmes. Il apparaît vers la première ou deuxième décennie, pour évoluer progressivement pendant des années (2–10 ans) avant de se stabiliser. Cliniquement, il est caractérisé par une atrophie hémifaciale progressive, par atteinte de la peau, du tissu adipeux, des muscles et parfois du tissu osseux adjacent, impliquant généralement des dermatomes d'une ou plusieurs branches du cinquième nerf crânien (V) avec une fréquence plus élevée de l'atteinte du côté gauche. Cependant, d'autres localisations ont été également documentées, notamment le cou, les épaules, la poitrine, et les membres inférieurs homolatéraux. Notre patiente avait une atteinte de l'hémiface droite (territoire du V3), avec une extension de l'atrophie vers le membre inférieur controlatéral, ce qui a rarement été décrit auparavant dans la littérature. Le traitement de SPR peut être difficile. L'objectif principal est d'arrêter la progression de l'atrophie. Une fois la maladie est stabilisée, d'autres thérapeutiques esthétiques peuvent être

utilisées, pour réparer les lésions tissulaires et diminuer l'asymétrie faciale.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.013>

8

Cutis verticis gyrata du vertex, dans sa forme primaire essentielle et d'installation brutale



A. Coutellier^{1,*}, H. Yildiz², L. Marot¹, D. Tennstedt¹, M. Baeck¹
¹ Service de dermatologie, cliniques universitaires UCL Saint-Luc, Bruxelles

² Service de médecine interne, cliniques universitaires UCL Saint-Luc, Bruxelles

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : coutellier.aure@gmail.com (A. Coutellier)

Le cutis verticis gyrata (CVG) est une maladie rare et lentement évolutive du cuir chevelu, qui se caractérise par la présence sur le scalp de crêtes et de sillons mimant l'aspect des gyri du cortex cérébral. Différentes formes sont décrites, primaire (essentielle et non essentielle) et secondaire. Les formes paranéoplasiques sont exceptionnelles. La forme primaire essentielle est très rare et celle-ci est souvent rapportée chez des jeunes aux alentours de la puberté. Nous rapportons le cas d'un cutis verticis gyrata primaire essentiel, apparu chez un homme de 45 ans, sans antécédents familiaux connus. Le patient observe initialement un nodule localisé sur le scalp, étiqueté d'abcès du cuir chevelu et mis sous antibiothérapie par le médecin traitant, sans amélioration clinique apparente. Très vite, de multiples lésions cutanées similaires apparaissent, distribuées sur l'ensemble du vertex. Celles-ci s'accompagnent de douleurs locales à la palpation, de céphalées de tension, de pics hypertensifs et de sudations nocturnes. Une mise au point diagnostique, comprenant des imageries médicales (échographie des tissus mous et IRM cérébrale) et des prélèvements cutanés, est réalisée et révèle la présence d'un épaississement dermo-hypodermique du cuir chevelu prédominant au vertex avec de multiples replis cutanés. Le diagnostic de cutis verticis gyrata du vertex est retenu. Un bilan complémentaire large est réalisé afin d'exclure une forme secondaire de CVG et se révèle rassurant puisque aucune pathologie chronique ou néoplasie sous-jacente n'est retrouvée. Notre patient présente une forme rare de CVG, dite primitive essentielle. Un suivi clinique a été préconisé, la chirurgie étant difficilement envisageable, vu l'atteinte diffuse du cuir chevelu. Le suivi à 7 mois a montré une stabilisation des lésions et parallèlement une disparition complète des symptômes associés. Cette affection implique des répercussions sociales et esthétiques importantes, et parfois fonctionnelles puisque des cas d'infections cutanées locales ont été rapportés. Ce cas de CVG du vertex est atypique de par l'apparition aiguë des lésions, l'extension rapide de celles-ci, les symptômes initiaux associés et l'âge inhabituel d'apparition de la pathologie.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.014>

9

Blue rubber bleb nevus syndrome : un nouveau cas traité par sirolimus



Z. Kaddioui*, F. Hali, F.Z. El Fetoiki, S. Chiheb
Chu ibn rochd casablanca—dermatologie, quartier des hopitaux, Casablanca, Maroc

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : zina.kaddioui@gmail.com (Z. Kaddioui)

Introduction Le « blue rubber bleb nevus syndrome » (BRBNS), encore appelé syndrome de Bean, caractérisé par des

malformations veineuses multifocales, essentiellement cutanées et gastro-intestinales [1]. Nous en rapportons un cas de localisation cutanée, digestive et cérébrale.

Observation Patiente de 22 ans, issue d'un mariage consanguin de 1^{er} degré, admise pour de multiples masses cutanées angiomateuses évoluant depuis l'âge de 11 ans. Dans ses antécédents on notait une constipation avec des épisodes de mélénas chroniques traités par transfusions sanguines depuis l'âge de 6 mois. La patiente a été opérée pour une invagination intestinale aiguë avec exérèse chirurgicale de plusieurs masses digestives. L'examen clinique objectivait une pâleur cutanéomuqueuse diffuse et une hypotension à 10/6 et de multiples masses bleutées diffuses, en tétine de caoutchouc, molles, de tailles variables, douloureuses par moment, compressibles, non chaude et sans *thrill* à l'auscultation. On note également le même aspect au niveau de la face inférieure de la langue et du 3^e ongle gauche. Le reste de l'examen clinique était sans particularité hormis une tuméfaction cervicale. Le bilan biologique était normal en dehors d'une anémie hypochrome microcytaire à 5,1 g/dL avec une ferritinémie basse à 6,1. L'exploration digestive avait montré de multiples lésions angiomateuses duodénales et iléo-coliques dont la biopsie avait objectivé la présence d'ectasies vasculaires. Dans le cadre du bilan d'extension, un angioscanner thoracoabdominale et entéroscanner, ainsi qu'une IRM cérébrale avaient retrouvé respectivement une angiomatose hépatique et intestinale avec une malformation cérébrale vasculaire pariétal gauche. L'échographie cervicale avait montré un nodule thyroïdien TIRADS 4A avec des microkystes méritant une surveillance à 6 mois. Devant ce tableau clinique, le diagnostic du BRBNS a été évoqué et le sirolimus par voie orale a été démarré à la dose de 1,6 mg/m²/j avec un dosage plasmatique régulier et transfusions. L'évolution était favorable avec une bonne tolérance clinique, disparition des mélénas et régularisation du transit à J13. Deux lésions plantaires gênant la marche ont été traitées par laser N-YAG avec une bonne évolution clinique. La patiente n'a pas refait d'anémie.

Discussion La particularité de notre observation réside dans la rareté du syndrome de Bean. C'est une maladie congénitale survenant le plus souvent de façon sporadique [2]. Elle touche aussi bien les hommes que les femmes et sa morbi-mortalité dépendent de la localisation de ces angiomes par rapport aux organes vitaux, ainsi que la sévérité de l'atteinte viscérale, plus particulièrement l'hémorragie digestive [1]. Sa prise en charge est médico-chirurgicale. Le sirolimus est un nouveau traitement prometteur et bien toléré et devrait être considéré comme le traitement de 1^{re} ligne des malformations vasculaires cutanées et digestives [3].

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Référence

- [1] El Bakkaly A, Ettayebi F, Oubeja H, et al. Syndrome de Bean chez l'enfant : à propos de deux cas. Pan African Med J 2017 [ISSN 1937-8688].
- [2] Mnif L, Amouri A, Gargouri L, Boudabbous M, Chtourou L, Mahfoudh A, Tahri N. Blue rubber bleb nevus syndrome : à propos de deux cas. Acta Endosc 2012;42:119–22.
- [3] Akyuz C, Susam-Sen H, Aydin B. Blue Rubber Bleb Nevus Syndrome: promising response to sirolimus. Indian Pediatrics 2017;54.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.015>

10

Morphée généralisée induite par la Cocaïne

N. Aqil*, S. Mrabat, H. Baybay, S. Gallouj, F.Z. Mernissi
CHU Hassan II, Dermatologie, Fez, Maroc

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : niemaaqil90@gmail.com (N. Aqil)



Introduction Les sclérodermies cutanées localisées ou morphée constituent un groupe très hétérogène de pathologies auto-immunes qui affectent principalement la peau et les tissus adjacents. La cocaïne a été rapportée comme étant responsable d'états sclérodermiformes. Nous rapportons un cas de morphée généralisée induite par la cocaïne.

Observation Il s'agit d'un patient âgé de 51 ans, sniffeur de Cocaïne depuis 20 ans. Il présentait depuis 14 ans une sclérose cutanée rapidement extensive intéressant le tronc et les membres et épargnant l'extrémité céphalique. Ceci sans phénomène de Raynaud ni autre signe systémique. L'examen clinique initial avait révélé des placards scléroatrophiques avec dépilation et pigmentation périphérique siégeant au niveau des quatre membres et du tronc. La surface cutanée était estimée à 50 %. On notait une sclérodactylie des doigts et des orteils avec synéchies et rétraction en flexion des membres avec impotence fonctionnelle. On objectivait aussi des placards érosifs des faces dorsales des mains et des pieds et une limitation de l'ouverture buccale. Une biopsie en bloc cutanéomusculaire réalisée avait montré un aspect histologique compatible avec une sclérodermie. Le bilan biologique, immunologique et morphologique était sans anomalies. Au vu des éléments cliniques et paracliniques nous avons retenu le diagnostic de morphée généralisée induite par la Cocaïne. Le patient a été mis sous association de Méthotrexate et de corticothérapie avec des soins locaux pendant six mois sans amélioration. Puis, le patient fut mis sous Imatinib avec un sevrage thérapeutique de la Cocaïne.

Discussion La sclérodermie localisée ou morphée est caractérisée par une atteinte cutanée exclusive. La morphée généralisée est définie comme des lésions couvrant plus de 30 % de la surface corporelle. La Cocaïne est un puissant agent vasoconstricteur. Elle a été associée à l'apparition des syndromes sclérodermiformes, caractérisés par une sclérose cutanée diffuse et un vasospasme acral avec phénomène de Raynaud et bilan immunologique positif. On sait que la Cocaïne produit une vasoconstriction soit en bloquant la recapture de la norépinéphrine et de la dopamine de l'espace présynaptique soit par un effet vasoconstricteur direct indépendant de l'endothélium vasculaire. Dans notre cas, le diagnostic de morphée généralisée induite par la cocaïne était retenu vu la négativité du bilan immunologique et morphologique et le délai chronologique. Le traitement de la morphée généralisée se base essentiellement sur le méthotrexate associé ou non à la corticothérapie essayés chez notre patient sans succès. La photothérapie a également montré son efficacité. D'autres traitements immunosuppresseurs comme le mycophénolate mofetil ont également été utilisés avec des résultats satisfaisants. De rares cas publiés ont été traités par Imatinib.

Conclusion La morphée généralisée peut être induite et entretenue par la Cocaïne illustrée par notre cas.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.016>

11 Syndrome de Sézary et maladie de Kaposi (MK) chez un même patient : un cas à Cotonou/Bénin



A. Kouassi*, F. Akpadjan, B. Degboe, F. Herms, F. Atadokpede
Centre national hospitalier universitaire-Hubert Koutoukou Maga
service de dermatologie-vénérologie, Cotonou, Bénin

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : kaaalida@gmail.com (A. Kouassi)

Introduction Le virus HHV8 est associé à la MK mais son implication dans la survenue du syndrome de Sézary n'est pas connue. Nous rapportons un cas d'une association de MK et d'un syndrome de Sézary chez un patient séronégatif pour le VIH.

Observation Un homme de 67 ans, consultait pour une érythrodermie prurigineuse évoluant depuis 2 mois sur un mode continu dans un contexte fébrile. L'examen physique notait une érythrodermie sèche avec ectropion, dystrophie unguéale et des adénopathies inguinales et axillaires ; deux tumeurs dont une tumeur ulcéro-bourgeonnante de la plante du pied droit et une tumeur ulcérée de la jambe droite ; une altération de l'état général avec asthénie et amaigrissement non chiffré. Les examens complémentaires réalisés montraient à l'hémogramme une leucocytose à 7480 éléments/mm³ dont 3740 polynucléaires neutrophiles et 1120 lymphocytes ; des cellules de Sézary à 1800/mm³ sur le frottis, un taux de LDH à 514 UI/L, une hypoalbuminémie à 27,5 g/L associée à une hypergammaglobulinémie polyclonale à 20,5 g/L ; des sérologies VIH, VHB et VHC négatives. L'examen histopathologique retrouvait sur le prélèvement du pied droit un infiltrat polymorphe fait de lymphocytes, de plasmocytes et de polynucléaires neutrophiles associés à une prolifération vasculaire avec de nombreux capillaires dilatés et verticalisés en surface ; et sur le prélèvement de la cuisse droite, un infiltrat à prédominance lymphocytaire avec de rares polynucléaires neutrophiles dans le derme. La recherche de HHV8 était positive. Le profil phénotypique du lymphome T cutané CD3+/CD5+/CD2+/CD7-/CD4+/CD8- correspondait à un syndrome de Sézary. Le diagnostic retenu compte tenu des éléments cliniques et paracliniques est un syndrome de Sézary associé à une MK. Le patient a reçu dans un service spécialisé (France) la Doxorubicine liposomale (CAELYX®). Après 4 cures, on notait une amélioration avec diminution de l'infiltration cutanée, des lésions de MK et du nombre de cellules de Sézary (391 éléments/mm³).

Commentaires L'association d'un syndrome de Sézary et de la MK, deux pathologies tumorales chez un même patient est intéressante, d'autant plus qu'elle est survenue chez un patient avec une sérologie VIH négative. Ce cas nous pose un problème thérapeutique, vu la non-disponibilité d'une chimiothérapie efficace sur ces deux tumeurs dans notre pays.

Conclusion L'intérêt de ce cas réside dans l'association de deux pathologies tumorales chez un même patient à sérologie VIH négative.

Mots clés Syndrome de Sézary ; Maladie de Kaposi ; VIH négatif ; Bénin

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.017>

12 PRG prurigineux révélant une hépatite virale B



Y. karabinta*, A. Dicko, O. Sylla, M. Gassama, L. Cissé, K. Tall, I. konaté, B. Traoré, Y. Fofana, O. Faye

CNAM, Djiconi-Para, rue de Sébénicoro, Bamako, Mali

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ykarabinta@yahoo.com (Y. karabinta)

Le Pityrias Rosé, décrit par Gibert en 1860, est une dermatose fréquente, bénigne et transitoire et d'étiologie inconnue atteignant surtout les adultes jeunes. on pense qu'il s'agit d'une infection virale mais sans arguments probants. Nous rapportons un cas de Pityriasis Rosé de Gibert (PRG) révélant une hépatite B.

Observation Il s'agissait d'un adulte de 47 ans, originaire de Diago (commune de Kati), sans antécédents médicaux et chirurgicaux connus qui consulte pour des macules rosées disséminées surtout le tronc associé à un prurit chez qui le diagnostic de PRG a été retenu. Il a bénéficié de la vaseline à l'urée 5 %, et de la mequitazine 10 mg comme traitement. Devant la persistance du prurit, un bilan biologique à la recherche d'une étiologie fut demandé et cela a conduit au diagnostic d'une infection par le virus de l'hépatite B.

Conclusion Cette observation devrait conduire les dermatologues à proposer systématiquement la recherche d'une infection virale à l'hépatite B devant des cas de PRG prurigineux et résistants aux traitements habituels.

Mots clés PRG ; Hépatite B

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.018>

13 Leishmaniose cutanée diffuse récidivante et VIH : rechute ou syndrome de reconstitution immunitaire



Fatma Frikha*, Emna Elleuch, Sana Miladi, Emna Bahloul, Dorra Lahyeni, Mounir Ben Jemaa, Hamida Turki

Service de dermatologie, hôpital Hédi Chaker, Route El-Ain, Sfax, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : frikhafat@gmail.com (F. Frikha)

Introduction La leishmaniose cutanée diffuse (LCD) est habituellement due à *Leishmania (L. aethiopica* ou à *L. amazonensis*. Quelques cas de LCD due à *L. major* ont été rapportés dans la littérature chez les patients immunodéprimés (ID). Nous rapportons le cas d'une LCD récidivante chez une patiente ID.

Observation Il s'agit d'une patiente âgée de 26 ans, sans antécédents pathologiques, hospitalisée pour des lésions polymorphes papulo-nodulaires, ulcérées par endroit et confluentes par endroit. Ces lésions étaient diffuses à tout le corps, évoluant depuis 8 mois et sans atteinte muqueuse. Une LCD à *L. major* était confirmée par des frottis dermiques et biopsies cutanées. Une sérologie VIH était positive avec une immunodépression profonde (CD4 : 11 cellules/mm³). La patiente était traitée initialement par antimoine de meglumine (60 mg/kg/j, 15 jours) sans amélioration, puis par amphotéricine B (1 mg/kg/j, 6 semaines), suivie par la trithérapie anti rétrovirale (ARV). L'évolution était marquée par une amélioration initiale, puis une rechute plus importante, en nombre et en taille, des lésions cutanées 1 mois après l'arrêt du traitement par amphotéricine B et début de la trithérapie ARV. La réponse virologique au traitement ARV était bonne (charge virale VIH abaissée) mais le taux de CD4 était encore bas (34 cellules/mm³). Un traitement par amphotéricine B (même dose) était réintroduit pendant 6 semaines avec bonne évolution clinique. Un traitement d'entretien par fluconazole (400 mg/j) était prescrit pendant 14 mois (jusqu'à un taux stable des CD4 > 200/mm³), avec une guérison complète des lésions cutanées

gardant des cicatrices hyper-pigmentées et sans rechute (recul de 08 mois).

Discussion La LCD est une forme rare de la LC, dont les manifestations cliniques dépendent de l'espèce de leishmanie en cause et de la réponse immunitaire de l'hôte. Dans notre cas, la LCD était causée par une espèce dermatrope mais était révélatrice d'une infection par le VIH. L'infection par le VIH peut modifier le cours évolutif de la LC. En effet, les lésions peuvent devenir diffuses et extensives et peuvent être polymorphes, tel le cas de notre patiente. Le traitement de l'association LCD-VIH est basé sur l'amphotéricine B et la trithérapie ARV. Les rechutes après traitement sont fréquentes en cas d'infection par le VIH et les manifestations cliniques peuvent s'aggraver après introduction du traitement anti rétroviral, tel le cas de notre patiente, en rapport avec un syndrome de restitution immunitaire (SRI). La prophylaxie secondaire n'est pas bien codifiée en cas de LC chez le sujet infecté par le VIH mais le fluconazole paraît efficace.

Conclusion L'infection par le VIH doit être suspectée en cas de LCD à *L. major*. La récidive des lésions peut être expliquée par le SRI ou une rechute de la LC (ID profonde). L'absence de rechute ultérieure peut être expliquée par l'évolution naturelle de la LC ou probablement par l'effet de la prophylaxie par fluconazole.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.019>

14

Un sarcome des tissus mous compliquant une neurofibromatose de type 1



A. khouna*, N. Zizi, S. Dikhaye

Service de dermatologie, allergologie et vénérologie, CHU Med VI Oujda Maroc, Oujda université, BP 4806, 60049 Oujda, Maroc

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : afaf.khouna@gmail.com (A. khouna)

La neurofibromatose de type 1 ou maladie de Von Recklinghausen est la gènodermatose la plus fréquente. Elle prédispose au développement de tumeurs bénignes : les neurofibromes, mais aussi malignes. Les patients atteints de cette maladie ont quatre fois plus de risque de développer une pathologie tumorale. La transformation sarcomateuse est exceptionnelle. Les sarcomes des tissus mous sont des tumeurs rares et la prédisposition génétique, essentiellement la neurofibromatose de type 1, participe dans 3 % des cas dans l'apparition de ces tumeurs. Nous rapportons le cas d'une jeune femme de 24 ans, suivie pour neurofibromatose de type 1 depuis sa naissance, ayant développé un sarcome des parties molles, découvert en post-partum, compliquant sa maladie de Recklinghausen.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.020>

15

Sarcoïdose cutanée sur des points d'injection d'insuline



Hanieh Zargham*, Elizabeth O'Brien

Hôpital général de Montreal, 1650, Cedar Avenue, H3G 1A4 Montréal, Canada

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : hanieh.zargham@Mail.mcgill.ca (H. Zargham)

Une femme diabétique de 49 ans présente un historique de trois mois de lésions cutanées asymptomatiques au niveau de l'abdomen situées sur des points d'injection d'insuline, ainsi qu'au niveau d'une ancienne cicatrisation à la hauteur du genou. En nous basant sur la distribution symétrique bilatérale, ainsi que l'emplacement des lésions abdominales au niveau des points d'injection d'insuline, notre diagnostic différentiel suggérait les possibilités suivantes :

réaction à un corps étranger, une induction traumatique de sarcoïdose (phénomène de Koebner), granulome annulaire ou lichen plan. La coloration brunâtre et rougeâtre desdites lésions est cliniquement sui generis d'une sarcoïdose. Il est à noter que le granulome annulaire et le lichen plan tendent vers une teinte violacée d'une part, et que d'autre part, la sarcoïdose peut se manifester au niveau de cicatrices antérieurement stables. Une biopsie de la peau de la patiente concordait avec la sarcoïdose. Les analyses sanguines et la radiographie thoracique sont dans les limites de la normale. Nous avons conséquemment prescrit de la crème de clobétasol propionate à appliquer et après deux mois, nous avons observé un déclin de la taille et de la teinte des lésions. Un diagnostic de sarcoïdose nécessite une analyse clinique compatible, la mise en évidence de granulomes épithélioïdes et géantocellulaire sans nécrose caséuse sur biopsie et l'exclusion d'autres processus présentant des analyses cliniques et histopathologiques similaires. Bien que le poumon soit l'organe le plus fréquemment affecté, environ 30 % des patients présentent des lésions extrapulmonaires, notamment une sarcoïdose cutanée atteignant jusqu'à 25 % de tous les patients. Une éruption cutanée peut être l'unique manifestation de la sarcoïdose. Toutefois, tous les patients atteints de sarcoïdose cutanée doivent être évalués et suivis dû au risque d'une sarcoïdose systémique. La sarcoïdose cutanée se présente généralement sous forme de papules brunâtres-rougeâtres et de plaques réparties symétriquement sur le visage, les lèvres, le cou, le tronc supérieur et les extrémités. Les granulomes se manifestent généralement dans les tissus cicatriciels et peuvent également être présents sur des points de traumatismes cutanés, ce qui peut représenter le phénomène de Koebner. Dans le cas de notre patiente, un microtraumatisme par l'injection sous-cutanée d'insuline peut avoir introduit des particules étrangères qui ont agi en tant que foyer pour la formation de granulomes. Le bilan recommandé pour la sarcoïdose comprend un examen physique complet, une radiographie thoracique, des tests de fonction pulmonaire, une électrocardiographie, un examen cutané à la tuberculine, une analyse d'urine, une formule sanguine complète et des taux sériques de calcium et d'enzyme de conversion de l'angiotensine.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.021>

16

POEMS syndrome : un diagnostic à ne pas méconnaître



S. Salim*, I. Meknassi, M. Adnaoui, B. Hassam

Hôpital Ibn Sina, service de dermatologie vénérologie, Agdal Rabat, Maroc

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : salma-salim19@hotmail.fr (S. Salim)

Introduction Le POEMS syndrome est une affection systémique multiviscérale rare associant une polyneuropathie (P), une organomégalie (O), une endocrinopathie (E), une gammopathie monoclonale (M) et des lésions cutanées (S). Le polymorphisme des manifestations cliniques au cours de ce syndrome rend le diagnostic difficile retardant ainsi la prise en charge.

Observation Il s'agit d'un homme âgé de 50 ans, qui avait comme ATCD un diabète de type 2 depuis 5 ans. Il était hospitalisé pour une douleur et impotence fonctionnelle des 4 membres, associées à des troubles dermatologiques et évoluant dans un contexte d'altération de l'état général. L'examen clinique a objectivé des troubles sensitivomoteurs avec aréflexie des 4 membres, une hépato-splénomégalie, une augmentation de la taille des mains et des pieds, une fonte des boules de Bichat, une hyperpigmentation prédominante sur les extrémités, une sclérose cutanée distale, des ongles blancs et finement striés. L'électromyogramme a montré une neuropathie démyélinisante sensitivomotrice des 4 membres.

Le bilan biologique a révélé une hypothyroïdie, une gammopathie monoclonale de type IgA lambda. Le diagnostic du POEMS syndrome a été alors retenu.

Discussion Le POEMS syndrome serait plus fréquent au Japon selon Dispenzieri et Nakanishi. La prédominance masculine a été rapportée. L'âge moyen de survenue se situe entre 40 et 50 ans. Typiquement, ce syndrome associe les cinq manifestations principales annoncées dans le sigle POEMS : une polyneuropathie (P), une organomégalie (O), une endocrinopathie (E), une gammopathie monoclonale (M) et des lésions cutanées (S). Certains auteurs exigent la présence de deux critères majeurs (neuropathie, gammopathie monoclonale) avec un critère mineur parmi les critères suivants : lésion ostéocondensante, maladie de Castleman, organomégalie, œdème (périphérique, pleurésie, ascite), endocrinopathie (surrénale, hypophyse, parathyroïde, thyroïde, diabète), manifestations cutanées (hyperpigmentation, sclérose cutanée, hypertrichose, angiomes, lipoatrophie faciale, ongles blancs...). La polyneuropathie reste l'élément constant retrouvé dans presque 100 % des cas et le plus souvent révélateur. En dehors des cinq manifestations principales du syndrome POEMS, la présentation clinique est très polymorphe comme il a été démontré dans la plupart des études, pouvant comporter : un syndrome fébrile avec altération de l'état général, une insuffisance rénale, des AVC, une diarrhée, des épanchements pleuraux, une HTAP primitive, une insuffisance cardiaque, une thrombocytose, une polyglobulie, un œdème papillaire bilatéral... Le traitement par la thalidomide ou le lénalidomide ont donné de bons résultats. L'association melphalan-dexaméthasone a été aussi efficace dans certains cas. La greffe de moelle serait indiquée dans les formes réfractaires à la corticothérapie, la chimiothérapie et la radiothérapie.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.022>

17

Œdème généralisé révélant une lèpre lépromateuse après 3 ans d'errance diagnostique : a propos d'un cas possible de lèpre de Lucio a Madagascar



M.F. Rakotoarisaona^{1,*}, M. Andrianarison¹, O. Raharolahy¹, F.A. Sendrasoa¹, N. Razanakoto³, I.M. Ranaivo², M. Sata¹, L.S. Ramarozatovo³, F. Rapelanoro Rabenja¹

¹ USFR Dermatologie-Vénérologie, CHUA-JRB

² Service de Rhumato-Dermatologie, CHU Toamasina

³ USFR Médecine interne-Dermatologie Pavillon Spécial A, CHUA-JRB

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : lulubslj@gmail.com (M.F. Rakotoarisaona)

Introduction La lèpre est encore présente à Madagascar avec 1780 nouveaux cas par an en 2016. La lèpre de Lucio a une répartition géographique décrite en Mexique et Costa-Rica, mais rencontrée dans d'autres pays. Cette forme est caractérisée par une infiltration cutanée diffuse et généralisée avec des plaques sous cutanées, sans nodules ni lépromes. Nous rapportons le cas d'une lèpre de Lucio vue à Antananarivo.

Observation Le propositus est un homme de 40 ans, présentant une dysesthésie et un œdème périphérique généralisé depuis 3 ans. Il était pris en charge en ville par des corticoïdes par voie générale. Les œdèmes régressaient à chaque prise de corticoïde. L'examen objectivait des lésions annulaires prédominant au niveau du thorax, une infiltration généralisée du visage et des extrémités associées à une alopécie de la queue de sourcil. L'exploration neurologique révélait une hypoesthésie en gant et en chaussette, sans trouble moteur évident. Sur le plan biologique, il existait un syndrome inflammatoire, une anémie microcytaire inflammatoire à 100 g/L et une leucopénie. La bacilloscopie trouvait des BAAR type *Mycobacterium leprae* positifs 5 (+) de type sauvage. L'histologie cutanée montrait des lésions en faveur d'une lèpre lépromateuse avec des infiltrats inflammatoires d'aspects nodulaires à prédominance péri-annexiels, péri-vasculaires et péri-nerveux. La paroi vasculaire était respectée. Les bilans étiologiques d'œdème généralisé, en particulier, la recherche d'une vascularite étaient négatifs. Le diagnostic de lèpre lépromateuse diffuse est évoqué. Le patient a reçu une polychimiothérapie multibaccillaire et une prednisonne à dose dégressive, avec une nouvelle poussée à chaque arrêt de la corticoïde. L'évolution était favorable au bout de 3 mois de traitement. Il a été déclaré guéri après un an de traitement, mais une rechute documentée survenait 2 ans plus tard motivant un retraitement.

Discussion La présentation initiale de la lèpre diffuse et généralisée, la neuropathie périphérique en gant et chaussette, l'alopécie correspondaient aux descriptions classiques de la lèpre de Lucio. Le phénomène de Lucio n'est pas obligatoire et survient dans 20 à 25 % des cas de lèpre de Lucio. Les caractéristiques cliniques et la physiopathologie de ce phénomène ne sont pas clairement établies. Il n'y a pas de consensus concernant le traitement spécifique ; outre la polychimiothérapie, la corticothérapie et le Thalidomide sont proposées. L'absence de phénomène de Lucio dans notre cas serait-elle due à la corticothérapie reçue depuis le début de la maladie ?

Conclusion Notre cas a permis d'attirer l'attention sur la possibilité d'une autre forme de lèpre lépromateuse devant un œdème généralisé persistant contrastant avec les lésions cutanées non évocatrices de lèpre lépromateuse.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.023>

18

Une gencive noirâtre ? Penser au mélanome



M. Andrianarison^{*}, M.F. Rakotoarisaona, M. Razakanaivo, N.H. Razanakoto, O. Raharolahy, F.A. Sendrasoa, N. Razafimanjato, L.S. Ramarozatovo, F. Rapelanoro Rabenja
CHU Joseph-Raseta-Befelatanana, service dermatologie, Antananarivo, Madagascar

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : aina.andrianarison@yahoo.fr (M. Andrianarison)

Introduction Le mélanome malin est le cancer le plus agressif des cancers cutanés car il a un très fort pouvoir métastatique. La localisation endobuccale est très rare. Sa découverte se fait souvent au stade tardif conférant un pronostic toujours sombre. Nous rapportons un cas de mélanome palatin au stade métastatique.

Observation Il s'agit d'une femme âgée de 43 ans, agricultrice, qui présentait depuis cinq mois, une tuméfaction endobuccale et latérocervicale gauche associée à une dyspnée de repos. Elle prenait régulièrement du tabac à chiquer et présentait depuis quatre ans des gencives noirâtres. L'examen endobuccale montrait une tuméfaction noirâtre de 5 cm de grand axe, localisée au niveau de la voûte palatine, non hémorragique associée à des spots satellites en regard des dents numéros 12 et 24. Des adénopathies ont été palpables dans la région latérocervicale gauche, adhérentes de 3 cm de diamètre. L'examen anatomopathologique du ganglion avait confirmé le mélanome. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien avait révélé des adénopathies multiples cervicales, axillaires et médiastinales ; des nodules pulmonaires diffus sur une pleurésie droite abondante et deux nodules hépatiques d'allure secondaire. Le traitement proposé était un traitement palliatif.

Discussion Le mélanome de la muqueuse buccale est très rare. En effet seulement 1 % des mélanomes affecte la muqueuse buccale. Elle intéresse surtout les patients âgés entre 40 à 60 ans et se localise préférentiellement au niveau de la région palatine. Le diagnostic est tardif car elle reste longtemps indolore et asymptomatique. La découverte se fait donc habituellement au stade métastatique rendant le pronostic très sombre. Dans notre cas, la

patiente aurait déjà présenté les lésions satellites bien longtemps auparavant mais n'a été découverte qu'au stade très avancé avec double métastase pulmonaire et hépatique. Ceci rend le traitement très difficile voire impossible car il s'avère non seulement inefficace mais aussi très coûteux. La prise en charge du mélanome est encore désolante à Madagascar. En effet, c'est une pathologie encore très mal connue par les Malgaches donc l'auto-détection est quasi nulle. Le manque de prévention, le coût onéreux du traitement, l'indisponibilité des examens moléculaires et des thérapies ciblées font encore de cette maladie un danger pour la santé publique. Un mélanome endo-buccal très invasif et métastatique comme dans notre cas serait donc fatale.

Conclusion Le mélanome endobuccal est une tumeur très agressive. Notre cas constitue un plaidoyer pour améliorer les moyens préventif et thérapeutique à Madagascar dans la prise en charge du mélanome.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.024>

19

Efficacité du paclitaxel dans le traitement de la maladie de kaposi classique localisée : à propos d'un cas



N. Abdous*, D. Belkadi, H. Hammadi, A. Salhi, A. Djeridane
Hôpital central de l'armée dermatologie et vénérologie, 246,
kouba alger, Algérie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : noureddine.abdous79@gmail.com (N. Abdous)

Introduction La maladie de kaposi classique est une maladie proliférative multifocale, d'expression cutanée et viscérale. Les taxanes ont été approuvées dans le traitement de 2^e ligne de la maladie de kaposi (MK) associée au VIH. Le traitement de la maladie de kaposi non-VIH est mal codifié. Dans cette forme, de récents travaux ont souligné l'efficacité du paclitaxel, comme traitement initial ou après échec des traitements habituels. Nous rapportons un cas de maladie de kaposi classique localisée traitée efficacement par le paclitaxel.

Observation Homme âgé de 64 ans, consultait pour une récurrence de sa maladie de kaposi, localisée au pied gauche. Le patient avait reçu sans succès de la bléomycine (dose maximale), puis la vinblastine a été tentée mais du fait des nombreux effets secondaires, le traitement a dû être interrompu. Enfin une radiothérapie a permis une amélioration temporaire. Nous avons décidé d'instaurer un traitement par le paclitaxel selon le schéma suivant : une cure (190 mg) chaque 15 jours avec un total de six cures. L'amélioration clinique des lésions, du lymphoedème, de la douleur et de l'impotence fonctionnelle a été constatée dès la deuxième cure. Aucun effet secondaire (réaction allergique, troubles de la conduction cardiaque et neuropathie) n'a été noté. Le recul actuel est de 24 mois.

Discussions Dans la majorité des cas, le Kaposi non-VIH est une affection indolente du sujet âgé, justifiant la simple surveillance. Cependant, certaines formes localement agressives sont responsables d'une impotence fonctionnelle retentissant sur la qualité de vie. Le paclitaxel de par son action anti-angiogénique permet un contrôle rapide de lésions de la maladie de kaposi, essentiellement du lymphoedème. Bien qu'il s'agisse d'une chimiothérapie et malgré l'absence de comparatif, le traitement semble bien toléré et son efficacité paraît prolongée. De plus, un traitement de choix après échec des traitements habituels.

Conclusion Le paclitaxel semble être un traitement efficace, rapidement et durablement, peu toxique, utilisé en première ligne ou après échec des traitements habituels dans la maladie de kaposi classique localisée.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.025>

20

Une histoire de mauvaise foi

Jordan Barbée*, Gabrielle Clerc, François Truchetet

Bel Air, dermatologie, 1, rue du Friscaty, 57100 Thionville, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jordane.barbe@gmail.com (J. Barbée)



Observation Un homme de 40 ans consultait en dermatologie pour l'apparition d'une dermatose prurigineuse. Il était suivi depuis 3 mois dans le service d'hépatogastroentérologie pour une cytololyse et une cholestase hépatique à trois fois la normale d'apparition brutale. Le bilan étiologique initial était négatif : sérologies des hépatites virales A, B, C et E tout comme le bilan auto-immun. L'échographie hépatique et le scanner abdominal montraient un foie de taille normale stéatosique. À l'examen clinique, nous constatons des lésions papulo-nodulaires excoriées du tronc et des membres supérieurs et inférieurs. Le reste de l'examen clinique était sans particularité en dehors de macules squameuses palmoplantaires et macules balaniques, faisant suspecter un prurigo secondaire à la cholestase hépatique. Cette dernière constatation a conduit à réaliser une sérologie syphilitique : TPHA à 2481 avec un VDRL à 128. La sérologie VIH était négative. Le diagnostic de syphilis secondaire avec hépatite syphilitique était retenu. Le patient, peu loquace, niait toute relation extra-conjugale et affirmait n'avoir que sa compagne depuis 2 ans. Celle-ci ne présentait aucune lésion, les sérologies étaient négatives. Nous le traitons donc par 3 injections d'Extencilline 2,4 mUI. A 3 mois de traitement, le prurigo a disparu, le VDRL s'est quasi négative (2 contre 128 au départ) et le bilan hépatique s'est normalisé.

Conclusion Nous sommes donc face à une hépatite aiguë cytololytique avec cholestase, responsable d'un prurigo et révélatrice d'une syphilis secondaire. La première description dans la littérature d'atteinte hépatique syphilitique date de 1967. Il est à noter que l'atteinte hépatique n'est pas exceptionnelle dans la syphilis, elle est retrouvée dans 10 % des cas. Elle peut être constatée à tous les stades de la syphilis et être initialement la seule manifestation de la maladie. Elle est dû à la dissémination des tréponèmes à travers la circulation portale vers le foie, facilitée par une infection anale ou rectale. Ceci n'est pas mis en évidence dans notre cas, aucune atteinte rectale et le patient nie toute relation avec un homme. Moins d'une dizaine de cas d'hépatites biologiques ou cliniques révélatrices de la maladie ont été rapportés à notre connaissance. L'évolution peut être exceptionnellement gravissime à type d'hépatite fulminante pouvant nécessiter une transplantation hépatique. Le traitement, simple et accessible, permet une résolution des signes cutanéomuqueux et une normalisation des anomalies biologiques en 1 mois environ. Il ressort donc de ce cas que devant des anomalies du bilan hépatique non expliqué par une étiologie évidente (toxique, virale, immunologique ou métabolique) et il semble important de penser à une syphilis et conseillé de réaliser une sérologie syphilitique.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.026>



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ADF 2018

Posters

P1

Atteinte cutanée au cours de la maladie de Vogt-Koyanagi-Harada



C. Chouk¹, N. Litaïem^{1,*}, M. Jones¹, S. Harbaoui¹, S. Rammeh², N. Ezzine¹, F. Zeglaoui¹

¹ Service de dermatologie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

² Service d'anatomopathologie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : noureddine.litaïem@fmt.utm.tn (N. Litaïem)

Introduction La maladie de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) est une maladie multisystémique rare, affectant l'œil, le système nerveux central, l'oreille interne et les téguments. C'est une maladie auto-immune médiée par les lymphocytes T dont la cible est la cellule mélanocytaire. Nous rapporterons ici à travers 3 observations de VKH, les différentes manifestations cutanées observées au cours de cette maladie.

Observations Il s'agit de 3 patients : un homme de 77 ans et deux femmes de 41 et 54 ans, suivis en ophtalmologie pour panuvéite bilatérale d'installation récente. Ils avaient comme antécédents : un vitiligo étendu d'évolution stable depuis plusieurs années chez un malade, un diabète sucré équilibré sous régime chez une patiente et une malformation cardiaque opérée dans l'enfance chez une patiente. À l'examen on notait la présence de larges plaques achromiques bien limitées du dos, du visage et des mains associées à une poliose du cuir chevelu chez un malade, des cils blancs avec quelques macules dépigmentées du corps chez une malade et des plaques hypopigmentées des membres inférieurs chez l'autre. Le diagnostic de VKH dans sa forme incomplète était retenu devant l'association de manifestations oculaires et cutanées de la maladie. Les 3 patients étaient traités par l'association d'une corticothérapie générale à 1 mg/kg/j et cyclosporine à 3 mg/kg/j avec stabilisation de l'atteinte ophtalmologique.

Discussion La maladie de VKH est dans sa forme typique une panuvéite bilatérale associée à des manifestations extraoculaires, méningées, cutanées et intéressant l'oreille interne. Sa distribution est inégale dans le monde, affectant plus fréquemment les populations du pourtour méditerranéen, les asiatiques et les amérindiens. Une prédominance féminine est notée dans la plupart des études et l'âge moyen de la maladie est autour de 35 ans. Les manifestations cutanées du VKH sont d'apparition tardive à types de poliose au niveau des cils et des sourcils, des mèches de cheveux voire une canitie, une pelade et des macules leucodermiques. Une hyperesthésie cutanée est parfois rapportée à la phase prodromale de la maladie. Les macules leucodermiques sont assimilés par certains

auteurs à un authentique vitiligo. Il s'agit d'une manifestation survenant à distance des signes initiaux d'uvéite, et elle est corrélée à la dépigmentation du fond d'œil (signe de Sugiura) qui demeure une manifestation tardive de la maladie.

Conclusion Les macules leucodermiques dans la maladie de VKH sont corrélées à la dépigmentation du fond d'œil. Bien qu'il s'agisse d'un signe tardif de la maladie, sa valeur pronostique demeure incertaine.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.031>

P2

Granulomatose avec polyangéite et pityriasis lichénoïde : association fortuite ?



N. Abdelhedi¹, N. Litaïem^{2,*}, M. Jones¹, H. Drissi¹, F. Jaziri², S. Rammeh³, N. Ezzine¹, F. Zeglaoui¹

¹ Service de dermatologie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

² Service de médecine interne, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

³ Service d'anatomopathologie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : noureddine.litaïem@fmt.utm.tn (N. Litaïem)

Introduction La granulomatose avec polyangéite (GP), anciennement granulomatose de Wegener, est une vascularite systémique des petits vaisseaux associée à la présence d'anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles (ANCA). Le pityriasis lichénoïde (PL) est une dermatose inflammatoire qui peut se développer en réponse à des antigènes étrangers.

But Nous rapportons une observation originale de l'association de GP et de PL chez une patiente âgée de 78 ans en discutant les différents mécanismes physiopathologiques pouvant expliquer une telle association.

Résultats Une femme de 78 ans, aux antécédents de GP consultait pour des papules érythémateuses des membres et du tronc. Le diagnostic de GP était retenu devant l'association d'une sinusite à répétition évoluant depuis 10 ans, d'une polyneuropathie sensitive, d'une vascularite cutanée leucocytoclasique avec purpura et nécrose cutanée, avec mise en évidence d'ANCA de spécificité anti-protéinase 3. Elle a été par 3 bolus de méthylprednisolone (500 mg/j) relayés par une corticothérapie générale à 1 mg/kg/j, en association à des bolus mensuels de cyclophosphamide (500 mg) et triméthoprime/sulfaméthoxazole. Elle développe 3 mois après

sa mise sous traitement, des papules érythémateuses non prurigineuses, fermes, de 3 à 10 mm de surface lisse, se recouvrent en quelques jours d'une squame compacte se détachant en pain à cacheter. L'examen dermoscopique révélait au centre des papules une zone sans structure jaune-orangé et en périphérie des points jaunes et de vaisseaux linéaires. L'examen anatomopathologique d'une biopsie cutanée confirmait le diagnostic de pityriasis lichénoïde. La corticothérapie générale était poursuivie en introduisant le méthotrexate à 15 mg/s. L'évolution était marquée par la régression spectaculaire des lésions de PL, mais augmentation de la taille des ulcérations nécrotiques en rapport avec la GP.

Conclusions Notre patiente présente à la fois des lésions cutanées en rapport avec la GP (purpura, ulcérations nécrotiques liées à une vasculite leucocytoclasique) et le PL (papules érythémateuses avec squame compacte en pain à cacheter). Le diagnostic de PL était suspecté devant l'aspect clinique et dermoscopique et retenu par l'examen anatomopathologique.

La pathogénie du PL et de la GW n'est pas clairement établie. La survenue d'épisode infectieux précoce pourrait expliquer la poussée des 2 maladies, dont l'évolution sous traitement demeure dissociée. À notre connaissance, il s'agit de la 1^{re} observation associant des lésions cutanées de GP et de PL. L'association PG et PL n'est peut-être pas fortuite. Le rôle déclenchant de l'infection sur un terrain prédisposé pourrait expliquer leur apparition simultanée.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.032>

P3

Place de la photothérapie dans le traitement du pityriasis lichénoïde



A. Raboudi, N. Litaïem*, M. Jones, I. Nakouri, N. Ezzine, F. Zeglaoui

Service de dermatologie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie
* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : noureddine.litaïem@fmt.utm.tn (N. Litaïem)

Introduction Le pityriasis lichénoïde (PL) est une maladie rare caractérisée par un infiltrat cutané majoritairement lymphocytaire pouvant traduire un état lymphoprolifératif abortif. Sa pathogénie demeure peu connue. Trois formes cliniques sont classiquement décrites : le PL chronique, le PL varioliforme aigu, et le PL varioliforme aigu ulcéronécrotique fébrile. Le traitement du PL reste peu codifié.

But Nous nous sommes proposés d'étudier l'efficacité et la tolérance de la photothérapie dans le traitement du PL.

Méthodes Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les patients présentant un PL confirmé vus entre 2000 et 2015 du service de dermatologie à l'hôpital Charles-Nicolle de Tunis. Les patients traités par photothérapie ont été sélectionnés. Le nombre de séances, la dose cumulée ainsi que la réponse à la photothérapie ont été notés.

Résultats Dix-huit patients suivis pour PL ont été inclus. Le diagnostic a été évoqué cliniquement devant la présence de papules non prurigineuses fermes, rouge brunâtre se recouvrent d'une squame compacte se détachant d'un bloc à la curette, en « pain à cacheter » et confirmés histologiquement. Six patients (un homme et cinq femmes) avec une moyenne d'âge de 65 ans ont été traités par photothérapie à type de PUVathérapie. Le nombre moyen de séances était de 13 séances. La dose cumulée moyenne était de 80 J/cm². Une nette amélioration a été observée chez quatre patients caractérisée par une diminution du prurit ainsi qu'une désinfiltration des lésions. Pour les deux autres, seule une réponse partielle a été reportée. Le traitement était bien toléré chez tous les patients. Durant un suivi de 3 mois, on n'a pas noté de récurrence chez les quatre patients ayant répondu à la photothérapie.

Conclusions La pathogénie du PL demeure inconnue. Plusieurs hypothèses d'ailleurs non exclusives ont été proposées dont notamment l'existence d'une réaction d'hypersensibilité à un antigène notamment d'origine infectieuse, induisant soit une vasculite à complexes immuns, soit une réaction à médiation cellulaire. La survenue d'une infection fébrile avant la survenue de la maladie est en faveur de cette hypothèse. Malgré l'absence de standardisation du traitement chez les patients suivis pour PL, la PUVathérapie semble être une bonne alternative avec des réponses prolongées. Les paramètres de ce traitement, principalement le nombre de séances et la dose cumulée varient amplement dans la littérature. Ce qui suggère la nécessité de plus d'études pour prouver la place de cette alternative. D'autres alternatives thérapeutiques existent incluant la corticothérapie générale et le méthotrexate. La photothérapie constitue une alternative thérapeutique à la fois efficace et bien tolérée.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.033>

P4

Tuberculose palatine : une localisation rare à ne pas méconnaître



Pr Omar Boudghène Stambouli*, Dr Ilhem Mahi
Faculté de médecine, université Aboubakr Belkaid, laboratoire Toixmed 32, service de dermatologie, CHU Tlemcen, Algérie
* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : omar.stambouli@hotmail.com (O.B. Stambouli)

Introduction Une résurgence de la tuberculose notamment au profit des formes extrapulmonaires est signalée depuis une dizaine d'années dans les pays du Maghreb. Nous rapportons une observation de tuberculose palatine chez une femme immunocompétente dont le diagnostic était retardé de plusieurs mois.

Observations Une femme de 27 ans nous a été orientée pour des érosions douloureuses du palais évoluant depuis 9 mois. L'examen retrouvait des érosions superficielles jaunâtres reposant sur un fond érythémateux. Des adénopathies cervicales sont apparues secondairement. La patiente rapportait une dysphagie, un amaigrissement de 11 kg en 9 mois et une asthénie. L'interrogatoire retrouvait la notion de contagé tuberculeux. L'IDRT était positive et l'examen direct à la recherche de BK était négatif. Une première biopsie muqueuse n'était pas concluante puis une deuxième série de biopsies muqueuses confirmait le diagnostic de tuberculose en mettant en évidence le granulome épithélioïde géiganto-cellulaire avec nécrose caséuse. L'ensemble des bilans à la recherche d'une tuberculose viscérale active ainsi que la recherche d'une immunodépression associée notamment une sérologie VIH étaient négatifs. La patiente était traitée avec succès par thérapie antituberculeuse.

Discussion La tuberculose de la cavité buccale est une entité rare, représentant moins de 1 % de l'ensemble des cas de tuberculose. Outre le palais, les autres localisations comprennent la langue, les gencives et les lèvres. Elle fait suite généralement une auto-inoculation à partir d'un foyer pulmonaire, laryngé ou digestif. Notre travail est original par la localisation palatine de la tuberculose qui constitue une entité très rare et par sa survenue chez un sujet adulte en absence d'immunodépression associée ou de foyer tuberculeux profond.

Conclusion La tuberculose buccale reste de diagnostic difficile étant donné sa rareté et son grand polymorphisme lésionnel. Elle devrait être évoquée devant toute ulcération buccale chronique ne répondant pas aux traitements usuels, surtout chez un sujet vivant dans une zone d'endémie tuberculeuse.

Mots clés Érosions ; Palais ; Tuberculose

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.034>

P5

Allergie de contact et photo-induite à l'huile essentielle d'argan



Pr Omar Boudghene Stambouli*, Dr Amal Tebbal,
Pr Boumediene Dahmani

Faculté de médecine, université Aboubakr Belkaid, laboratoire
Toixmed 32, service de dermatologie, CHU Tlemcen, Algérie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : omar.stambouli@hotmail.com (O.B. Stambouli)

Introduction Les huiles essentielles sont des concentrés de composés aromatiques d'une plante ou des extraits d'amande. Elles sont utilisées en cosmétique et en aromathérapie. L'huile d'argan est extraite de l'amande oléagineuse de l'arganier. Nous rapportons un cas d'allergie de contact et photo-induite secondaire à l'application locale de l'huile d'argan.

Observations B.Z., âgé de 54 ans, se présentait au service de dermatologie pour des lésions érythémato-squameuses prurigineuses apparues depuis 3 jours au niveau du visage. Il n'avait pas d'antécédent particulier. À l'examen clinique, on observait des lésions érythémateuses finement squameuses du visage s'étendant au pavillon d'oreille avec un œdème de ce dernier. À l'anamnèse, le patient signalait avoir appliqué 3 jours de suite de l'huile d'argan à l'endroit où étaient apparues les lésions dans un délai de 48 H avec notion d'exposition solaire. Le patient n'avait pas bénéficié d'explorations photo-patch tests malheureusement.

Discussion L'arganeraie s'étire au sud-ouest du Maroc, c'est une espèce endémique, cet épineux appartient à la famille des sapotacées, une essence tropicale. L'huile d'argan est extraite du fruit de l'arganier, plus précisément des amandons contenus dans le noyau. Elle se décline en deux versions : l'une utilisée en gastronomie : diététique, l'autre en cosmétique : anti-radicalaire, anti-oxydante, et anti-inflammatoire. Elle est souvent perçue comme sans danger. Pourtant son utilisation peut provoquer des réactions irritatives, de contact et photo-allergiques. Il est intéressant de réaliser le photo-patch tests afin de démontrer cette réaction. À notre connaissance, il existe peu de cas montrant que l'exposition solaire aggrave la sensibilisation de contact aux huiles essentielles et c'est le premier cas à l'huile d'argan. Il est important d'informer des effets indésirables potentiels et de rester vigilants face à l'utilisation croissante de ces produits naturels.

Conclusion L'huile d'argan utilisée en cosmétologie ; en aromathérapie est sensibilisante, occasionne des réactions de contact. Nous décrivons une allergie de contact à cette huile doublée d'une photo-allergie. Il est important de mettre en garde contre les dangers possibles de cette huile essentielle.

Mots clés L'huile d'argan ; Allergie de contact ; Photo-induite
Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.035>

P6

Lymphome T/NK de type nasal et neurosyphilis : à propos d'un cas



Pr Omar Boudghene Stambouli*, Dr Nadia Djellouli,
Dr Ilham Mahi, Dr Kamila Aboubaker, Dr Rabab Benchachou
Faculté de médecine, université Aboubakr Belkaid, laboratoire
Toixmed 32, service de dermatologie, CHU Tlemcen, Algérie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : omar.stambouli@hotmail.com (O.B. Stambouli)

Introduction Le lymphome NK/T de type nasal est une entité anatomo-clinique caractérisée par un processus nécrosant de la cavité nasale d'évolution lente. Nous rapportons un cas de lymphome T/NK de type nasal associé à une neurosyphilis.

Observations Il s'agit d'un homme de 76 ans qui présentait une ulcération nécrotique de la pointe du nez rapidement évolutive

avec une altération progressive de l'état général, les trois premières biopsies étaient non concluantes. Une sérologie syphilitique systématique est revenue positive (TPHA et VDRL), l'examen ophtalmologique a objectivé une rétinite de l'œil gauche et une étude du LCR a révélé une hyperprotéinorachie avec VDRL positif. Le diagnostic de neurosyphilis était retenu et le patient était mis sous Pénic G.

Vu l'extension rapide des lésions une quatrième série de biopsies profondes avec immunomarquage était réalisée concluant finalement au diagnostic de lymphome T/NK extra-ganglionnaire de type nasal.

La BMO objectivait une moelle réactionnelle non envahie et le bilan d'extension n'a pas montré pas d'autres localisations. Le patient est décédé après la première cure de chimiothérapie suite à un choc septique.

Discussion Le lymphome T/NK extra-ganglionnaire de type nasal survient généralement chez l'adulte à un âge moyen. Il représente 6 à 7 % des LNH dans certaines régions géographiques, en particulier l'Asie du Sud-Est, l'Amérique latine et l'Amérique du Sud. Il est rarement observé aux États-Unis et en Europe. L'atteinte cutanée primitive est rapportée dans 10 à 25 % des cas, elle peut siéger n'importe où, en incluant le visage. L'association d'un lymphome T/NK de type nasal à une neurosyphilis n'a jamais été décrite et il s'agit à notre connaissance du premier cas rapporté. Nous ne savons pas s'il existe un lien entre les deux pathologies ou si c'est simplement le fruit du hasard.

Conclusion Le diagnostic du lymphome NK/T de type nasal est de très mauvais pronostic avec une faible médiane de survie. De ce fait, nous insistons sur l'importance d'un diagnostic précoce pour une meilleure prise en charge thérapeutique.

Mots clés Évolution fatale ; Lymphome extra-ganglionnaire à cellules T/NK de type nasal ; Neurosyphilis

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.036>

P7

Xéroderma pigmentosum : forme grave avec atteinte neurologique



Pr Omar Boudghene Stambouli*, Dr Nadia Djellouli,
Dr Zoulikha Himeur

Faculté de médecine, université Aboubakr Belkaid, laboratoire
Toixmed 32, service de dermatologie, CHU Tlemcen, Algérie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : omar.stambouli@hotmail.com (O.B. Stambouli)

Introduction Le xéroderma pigmentosum est une génodermatose rare caractérisée par une photosensibilité, un aspect poikilodermique et la survenue dès l'enfance des tumeurs cutanées sur les zones exposées aux UV. Nous rapportons une observation pédiatrique de xéroderma pigmentosum avec un tableau clinique sévère.

Observations Notre observation concerne un enfant âgé de 9 ans, issu d'un mariage consanguin de deuxième degré, aux antécédents de xéroderma pigmentosum. À l'interrogatoire ; on note une importante photosensibilité et une photophobie depuis l'âge de deux ans, une lésion tumorale angiomasieuse bénigne de la pointe de la langue opérée à l'âge de 8 ans et deux carcinomes basocellulaires pigmentés du nez opérés à notre niveau. L'examen dermatologique retrouve de multiples lentiginos sur les zones photo-exposées avec quatre lésions sur le visage faisant suspecter des kératoses actiniques. L'examen retrouve aussi un retard statur pondéral important, un micro-pénis et une ectopie testiculaire bilatérale. L'examen neurologique retrouve un syndrome pyramidal fait d'une tétraparésie avec une tendance à la pronation du membre supérieur gauche, des réflexes ostéotendineux vifs diffus polycinétiques des quatre membres, un signe de Babinski à gauche et un signe d'Hofman bilatéral. L'IRM cérébrale objectivait des anomalies de la substance

blanche latéro-ventriculaire. L'ensemble de ces manifestations sont en faveur d'un xéoderma pigmentosum type A qui doit être confirmé par le diagnostic moléculaire.

Discussion Vingt pour cent des personnes atteintes de XP développent des troubles neurologiques ou des anomalies du développement psychomoteur. Cependant, ces troubles ne surviennent que dans certaines formes de XP notamment la forme A et jamais dans les formes XP « C » (les plus courantes en Algérie), ni XP « E ». Les patients souffrant de XPA présentent les lésions typiques du XP associées souvent à des anomalies et des troubles du système nerveux central et périphérique, parfois très sévères, la cause exacte de ces troubles demeure encore inconnue. Un retard de croissance et du développement sexuel, peuvent également être observés chez ces patients. L'ectopie testiculaire n'était rapportée que rarement. Il n'existe pas de traitement préventif pour cette atteinte neurologique le traitement sera symptomatique des différentes manifestations sans oublier d'assurer un contrôle neurologique périodique.

Conclusion Nous rapportons un cas de xéoderma pigmentosum associé à une atteinte neurologique ; correspondant à la forme A, nécessitant une confirmation moléculaire.

Mots clés Atteinte neurologique ; Génodermatose ; Xéoderma pigmentosum

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.037>

P8

Le favus de retour en Algérie après 34 ans d'absence



Pr Omar Boudghene Stambouli*, Dr Sari Selka Leyla
Faculté de médecine, université Aboubakr Belkaid, laboratoire
Toixmed 32, service de dermatologie, CHU Tlemcen, Algérie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : omar_stambouli@hotmail.com (O.B. Stambouli)

Introduction La teigne favique est due au *Trichophyton schönleinii* ou *Achorion schönleinii*. De transmission inter-humaine stricte. Elle persiste durant toute la vie si elle n'est pas traitée. Elle laisse une alopecie cicatricielle définitive. La teigne favique sévit par petites endémies et atteint les gens pauvres et vivant en promiscuité. Le profil épidémiologique de cette affection ne cesse de changer.

Observation Il s'agit d'une famille de cinq personnes pauvres vivant en promiscuité de la région de Tlemcen ouest Algérie qui vient en consultation, dont l'examen du cuir chevelu chez la mère et les trois enfant montre des aspect différents de teigne.

L'examen clinique a révélé :

- chez la mère une forme alopecique d'emblée ;
 - chez la grande fille un pityriasis du cuir chevelu sans godets ni plaques ;
 - chez la deuxième un aspect typique par des plaques croûteuses surélevées, grises, jaunâtres, irrégulières de contour, d'étendues variables. Ces plaques sont constituées de « godets faviques » ;
 - chez le petit garçon des plaques érythémateux squameuses au-dessous des plaques, la peau est déprimée, lisse, rouge, inflammatoire ou même ulcérée et suppurante.
- L'odeur de « niche de souris » était présente chez nos patients et les cheveux persistant par touffes sont ternes, décolorés, atrophies. Le prélèvement mycologique et la culture chez nos quatre patients ont mis en évidence le *T. schönleinii*.
- L'examen du cheveu mis entre lame et lamelle et ramolli par la potasse caustique, montre à l'intérieur :
- des filaments mycéliens sinueux ou rectilignes se divisant par dichotomie (C) ;
 - des bulles d'air (tunnels creusés par le champignon).

La culture sur milieu de Sabouraud additionner aux antibiotiques plus actidione qui a poussé en une semaine. Elle développe des colonies blanches a beige duveteuses imprégné dans la gélose (D). L'examen direct d'un prélèvement de la culture montre des « chandeliers favique » (E), des clous favique et des clamidospore intercalaire (F).

Après 10 jours il y avait une odeur de nid de souris dégagé par la culture.

Discussion L'examen clinique des quatre membres de la famille a mis en évidence la présence d'aspect de teigne favique avec quatre aspects différents du plus typique « godets faviques » au moins typique plaque érythémateux squameuses jusqu'à l'alopecie cicatricielle chez la mère.

L'examen paraclinique examen direct et la culture sont en faveur de teigne favique avec un aspect typique de chandelier favique et de clous favique, et l'odeur de nid de souris caractéristique.

La teigne favique représente actuellement moins de 1 % des TCC en Algérie, une étude a été faite sur l'évolution des teignes dans la région de Tlemcen de 1981–2007 dont aucun cas de favus n'a été retrouvé. Après 34 ans le favus été absent a la région de Tlemcen Aujourd'hui le favus est de retour avec 4 nouveau cas dans une même famille.

Conclusion Le retour du favus en Algérie après 34 ans d'absence signifie quand peut pas éradiqué le *T. schönleinii* ; il est toujours présent avec nous c'est les condition défavorable d'hygiène qui le laisse s'exprimer. Il est important de lancer des enquêtes épidémiologiques La teigne n'est pas une maladie grave mais elle est particulièrement humiliante, irritante et inesthétique.

Mots clés Favus ; Retour Algérie

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.038>

P9

Surdosage au méthotrexate suite à une erreur de posologie : à propos d'un cas



O.B. Boudghene Stambouli*, I. Mahi
Faculté de médecine, laboratoire Toxicomed 32, université
Aboubakr Belkaid Tlemcen, dermatology, university hospital,
Tlemcen, Algérie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : omar_stambouli@hotmail.com (O.B. Boudghene Stambouli)

Introduction Le méthotrexate est utilisé à de faibles doses en dermatologie pour le traitement du psoriasis Nous rapportons une observation d'une erreur de posologie au méthotrexate administré par voie orale dans le traitement d'un psoriasis et conduisant à des effets secondaires relativement graves.

Matériel et méthodes Nous rapportons le cas d'un homme atteint de psoriasis et traité par le méthotrexate.

Observations Un homme âgé de 26 ans aux antécédents de psoriasis été adressé pour des ulcérations cutanées et muqueuses apparues suite à une erreur de posologie au méthotrexate. La dose administrée était de 20 mg par semaine, mais le patient qui n'a pas reçu suffisamment de renseignements a pris 20 mg de méthotrexate en dose quotidienne. Après une dose totale de 60 mg, sont apparues des lésions érosives cutanées et muqueuses buccales, génitales et anales. L'examen ophtalmologique mettait en évidence une dystrophie maculaire. Les examens biologiques révélaient une thrombopénie, une leucopénie et un syndrome inflammatoire. Des cristaux était retrouvés lors de l'examen macroscopique et microscopique des urines.

Résultats Le diagnostic d'un surdosage au méthotrexate suite à une erreur de posologie était retenu et ce médicament a été immédiatement interrompu. Une hyperhydratation alcaline a été

débuté avec soins locaux pour les lésions cutanées et muqueuses. L'évolution était favorable au bout de quelques jours.

Discussion C'est le cas pour notre patient qui a présenté des effets indésirables relativement graves suite à un surdosage au méthotrexate provoqué par une erreur de posologie. Les principales manifestations retrouvées chez notre patient ont été : une atteinte rénale avec formation de cristaux visibles macroscopiquement, une atteinte hématologique, des ulcérations cutanées et muqueuses avec atteinte buccale génitale duodénale anale et enfin une maculopathie dont l'imputabilité du méthotrexate n'a pu être confirmée. Afin d'éviter la récurrence de ce type d'erreur avec le méthotrexate par voie orale, des mesures préventives sont proposées au niveau international.

Conclusion Le méthotrexate est un médicament largement employé en thérapeutique dermatologique l'information au patient de même qu'une bonne coopération médecin patient constituent une étape importante dans sa prescription permettant ainsi d'éviter des accidents graves voire mortels.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.039>

P10

Profil épidémiologique des affections dermatologiques de 1981–2017 : expérience du service de dermatologie de CHU Tlemcen (Ouest Algérie)

O.B. Boudghene Stambouli*, B. Dahmani, Z. Himeur, A. Dib Lachachi

Université Aboubakr Belkaid, dermatology, university hospital, Tlemcen, Algérie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : omar_stambouli@hotmail.com (O.B. Boudghene Stambouli)

Introduction Établir un bilan nous conduit à réfléchir sur la dermatologie, sur les malades sur les dermatologues, réunis comme les trois côtés d'un triangle et comme eux inséparables.

Matériel et méthodes Nous avons étudié les dossiers et registres de 655 000 patients qui ont consulté dans notre service durant 36 ans sur une période s'étalant de 1981 (date d'ouverture du service) à juin 2017.

Observations Activité globale : l'activité globale du service est dominée par quatre grandes types de pathologie :

- Les troubles de la différenciation épidermique (dominés essentiellement par le psoriasis) avec 66,1 % ;
- les dermatoses infectieuses (surtout des dermatoses infectieuses non spécifiques et les mycoses « Onyxis et mycoses de la peau glabre et des plis, les teignes ») avec 21,5 % ;
- les eczémas et dermatoses spongieuses (eczémas surtout) avec 10,4 % ;
- les dermatoses tumorales (surtout les tumeurs bénignes, essentiellement les kystes épidermiques) et les tumeurs malignes (surtout carcinomes basocellulaires et épidermoïdes [spinocellulaires]) avec 0,02 %.

Résultats La pathologie cutanée est aussi vaste que variée. Représentés par : 41 % de femmes, 33 % d'homme et 26 % d'enfants.

Discussion La pathologie cutanée est aussi vaste que variée. Le psoriasis semble la pathologie la plus fréquente. Les études épidémiologiques sont nécessaires pour planifier la politique de santé, donner une information bien adaptée sur les spécificités locales et nationales, et améliorer les programmes de recherche.

Dans les pays du Maghreb La pathologie est commune au Maghreb avec quelques variantes cependant.

Conclusion La pathologie cutanée est aussi vaste que variée. Les études épidémiologiques sont nécessaires pour planifier la politique de santé, donner une information bien adaptée sur les

spécificités locales et nationales, et améliorer les programmes de recherche. Il est donc nécessaire d'augmenter et de réactualiser nos connaissances sur la fréquence des maladies cutanées à partir de sources déjà disponibles, espérant que notre travail et notre contribution seront un outil pour les enquêtes futures.

Enfin, comme le précise Poincaré « on fait de la science avec des faits, comme on fait une maison avec des pierres. Mais une accumulation de faits n'est pas plus une science qu'un tas de pierres n'est une maison ». Il faut donc une initiation à la démarche scientifique et une synthèse de l'information médico-scientifique ayant pour objectif l'amélioration de la pratique dermatologique et de la qualité des soins.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.040>

P11

Lymphœdème bilatéral des membres inférieurs révélant un syndrome des ongles jaunes

O.B. Boudghene Stambouli^{1,*}, B. Guellil²

¹ Laboratoire Toxicomed 32, université Aboubakr Belkaid, faculté de médecine, dermatology, university hospital, Tlemcen, Algérie
² Dermatology, university hospital, Sidi Bel Abbés, Algérie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : omar_stambouli@hotmail.com (O.B. Boudghene Stambouli)

Introduction Décrit en 1964 pour la première fois par Samman et White, le syndrome des ongles jaunes associe :

- une atteinte unguéale caractérisée par une dystrophie et coloration jaune des ongles (xanthonychie) avec une croissance ralentie voir absente ;
- un lymphœdème chronique des membres inférieurs ;
- ainsi qu'une affection respiratoire fréquemment basse (épanchement pleural exsudatif, pneumonies et bronchites récurrentes ayant pour finalité une bronchiectasie définitive) et aussi haute (sinusite maxillaire chronique, otite, rhinite...).

Matériel et méthodes Nous rapportons un cas isolé chez une patiente âgée de 80 ans présentant ce syndrome compliqué de dermite érysipélateuse bilatérale des deux membres inférieurs.

Observations Elle présente depuis 20 ans des bronchopneumopathies à répétition qui devenaient de plus en plus fréquentes, suivit il y a moins de 6 ans (soit 14 ans après l'atteinte pulmonaire) par la modification de la structure et de la couleur des ongles d'installation très progressive avec un ralentissement voir arrêt de leur croissance.

Résultats Devant ce tableau clinique associant une affection respiratoire récurrente à type de bronchopneumopathies, lymphœdème chronique des membres inférieurs et d'une modification structurale des ongles et leur coloration jaunâtre, le diagnostic de syndrome des ongles jaunes (*yellow nail syndrome*) a été retenu. Les examens paracliniques ont objectivé une bronchiectasie basale, un épanchement pleural bilatéral de moyen abondance dont la ponction a objectivé un liquide blanc lactescent (chylothorax) ainsi qu'un syndrome restrictif à l'exploration fonctionnel respiratoire.

Discussion Ce syndrome est rare : une centaine de cas ont été décrits.

Dans notre observation, l'atteinte bronchopulmonaire a précédé de plusieurs années celle de l'appareil unguéal suivie dans l'année par le lymphœdème bilatéral des membres inférieurs qui n'a pas été observé dans d'autres localisations du corps.

Les bronchopneumopathies récurrentes se sont finalement compliquées de bronchiectasie basale bilatérale avec un syndrome restrictif. L'imagerie médicale a objectivé un épanchement pleural bilatéral de moyen abondance de nature chyleuse, assez souvent rapporté.



Conclusion Son étiologie reste encore méconnue bien que plusieurs auteurs soient d'accord sur l'anomalie du système lymphatique caractérisée par l'hypoplasie de ses vaisseaux. Des associations à des néoplasies ont été décrites de mêmes que des maladies systémiques nécessitant un examen clinique bien conduit et des investigations correctement orientées.

Bien que le traitement reste mal codifié, plusieurs études ont montré l'efficacité de la vitamine E sur les manifestations unguéales, le lymphœdème et l'atteinte respiratoire.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.041>

P12

La tuberculose cutanée : toujours un problème d'actualité et de santé publique en Algérie : à propos de 7 observations récentes



O.B. Boudghene Stambouli*, A. Dib Lachachi

Laboratoire Toxicomed 32, université Aboubakr Belkaid, faculté de médecine, dermatology, university hospital, Tlemcen, Algérie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : omar_stambouli@hotmail.com (O.B. Boudghene Stambouli)

Introduction La tuberculose cutanée et extracutanée connaît une recrudescence ces dernières années ; non seulement dans les pays en voie de développement mais également dans les pays développés.

Matériel et méthodes Nous rapportons sept cas de tuberculoses cutanées observées dans notre service de juillet 2011 à mai 2012.

Observations Il s'agit de sept cas de tuberculose faits de, trois lupus tuberculeux, deux gommes, un scrofuloderme et un érythème induré de Bazin. Le sexe féminin était retrouvé dans six cas sur sept, la vaccination était positive dans cinq cas sur sept, avec cicatrice de vaccination positive que chez trois patients.

Résultats Les Intradermoréactions à la tuberculine entaient toutes positives avec deux cas phlycténulaires, elle n'a pas été réalisée chez une patiente chez qui le bacille de Koch était positif.

Discussion Le bacille de Koch n'a été retrouvé que dans un seul cas (gomme tuberculeuse, la patiente était diabétique).

Les localisations extracutanées n'ont été trouvées que dans deux cas (scrofuloderme et gomme tuberculeuse). La notion de contagion était trouvée dans deux cas. Les patients ont été mis soit sous triple ou quadruple antituberculeux avec évolution très favorable, mis à part un cas décédé (gomme tuberculeuse) à la suite d'un trouble du rythme cardiaque (antécédent de cardiopathies ischémiques).

En moins d'une année, 7 cas de tuberculoses cutanées sont observées. La tuberculose est toujours d'actualité et pose un problème de santé publique car elle touche toutes les catégories de la population en Algérie. Le bacille de Koch n'a été retrouvé que dans un seul cas (gomme tuberculeuse, la patiente était diabétique). Les localisations extracutanées n'ont été trouvées que dans deux cas (scrofuloderme et gomme tuberculeuse). La notion de contagion était trouvée dans deux cas. Les patients ont été mis soit sous triple ou quadruple antituberculeux avec évolution très favorable, mis à part un cas décédé (gomme tuberculeuse) à la suite d'un trouble du rythme cardiaque (antécédent de cardiopathies ischémiques). En moins d'une année, 7 cas de tuberculoses cutanées sont observées. La tuberculose est toujours d'actualité et pose un problème de santé publique car elle touche toutes les catégories de la population en Algérie.

Conclusion Nous observons ces dernières années une recrudescence de la tuberculose cutanée, un diagnostic plus précoce, un traitement bien conduit, un dépistage de masse et une meilleure

disponibilité des antituberculeux permettra d'en réduire considérablement les cas.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.042>

P13

Tuberculose cutanée de l'enfant : encore un scrofuloderme



O.B. Boudghene Stambouli*, A. Dib Lachachi

Laboratoire Toxicomed 32, université Aboubakr Belkaid, faculté de médecine, dermatology, university hospital, Tlemcen, Algérie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : omar_stambouli@hotmail.com (O.B. Boudghene Stambouli)

Introduction La tuberculose cutanée occupe la cinquième place après les atteintes pleuropulmonaire, ganglionnaire, urogénitale et digestives. Nous rapportons un cas de tuberculose cutanée à type de scrofuloderme à double localisation révélant une atteinte osseuse et ganglionnaire sous-jacente.

Matériel et méthodes Une fillette de six ans a été adressée au service, pour la prise en charge d'une lésion ulcero-squamo-croûteuse de part et d'autre la cheville gauche, évoluant depuis un an.

Observations Les traitements prescrits antérieurement (antibiotique, antiseptiques, antifongiques) n'ont donné aucune amélioration. L'anamnèse n'a pas trouvé la notion de traumatisme et la fillette était vaccinée par le BCG avec cicatrice de vaccination présente. L'examen clinique a retrouvé un état général conservé, sans fébricule avec courbe de croissance normale, mais la fillette ne pouvait pas marcher ou se tenir debout par la déformation de sa cheville ; on note également.

Une lésion ulcéreuse d'allure cicatricielle au niveau du creux inguinal gauche surmontant une masse sous-jacente.

Résultats Des examens ont été réalisés et le diagnostic de tuberculose à type de scrofuloderme à double localisation surmontant un foyer osseux et ganglionnaire a été retenu ; une triple antibiothérapie antituberculeuse a été prescrite avec évolution très satisfaisante.

Discussion Les aspects de tuberculose cutanée chez l'enfant les plus fréquemment rencontrés sont le lupus vulgaire et le scrofuloderme, bien que dans une étude marocaine de Casablanca la gomme et le scrofuloderme étaient les formes les plus fréquentes. La preuve de la tuberculose étant rarement apportée, son diagnostic est difficile et se base le plus souvent sur un faisceau d'argument anamnestique, clinique, histologique, biologique, évolutif et thérapeutique.

Conclusion La forme clinique de tuberculose cutanée de l'enfant la plus fréquente reste le scrofuloderme.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.043>

P14

Atteinte dermatologique au cours de la sarcoïdose : étude de 22 cas



W. Garbouj*, T. Badri

Service de dermatologie, hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : wafa_garbouj@yahoo.fr (W. Garbouj)

Introduction L'atteinte cutanée au cours de la sarcoïdose est classique, fréquente et polymorphe, elle s'observe dans plus de 25 % des cas. Notre but était d'étudier l'épidémiologie et la clinique de cette atteinte.

Méthodes Études des cas sur une période de cinq ans des cas de sarcoïdose cutanée prouvée histologiquement. Nous avons étudié leur profil clinique et évolutif sur le plan cutané et systémique.

Résultats Nous avons colligé 22 patients, d'âge moyen 46,4 ans (extrêmes : 16 et 83 ans), le sex-ratio H/F était de 0,22 (18 F et 4 H). Des signes systémiques étaient présents dans 15 cas : atteinte pulmonaire ($n=13$), oculaire ($n=4$), et ORL ($n=5$). L'atteinte cutanée a révélé la sarcoïdose systémique dans quatre cas, elle a suivi les signes systémiques dans 12 cas (délai variant de 6 mois à 20 ans), et elle était isolée dans six cas. Cliniquement, il s'agissait de papulo-nodules lupoides ($n=13$), de plaques psoriasiformes ($n=5$), d'un lupus pernio ($n=2$), d'une alopecie ($n=3$) et d'un érythème nouveau ($n=2$). Le traitement de la localisation cutanée était basé sur les dermocorticoïdes (DC) et les antipaludéens de synthèse (chloroquine). L'inefficacité de ce traitement a motivé recours à méthotrexate ($n=2$) et à l'association cryothérapie-infiltrations de corticoïdes ($n=1$). L'isotrétinoïne a été efficace d'emblée chez un patient qui présentait des petits nodules du visage. Une corticothérapie générale a été indiquée dans 10 cas devant une atteinte pulmonaire. Une acné cortico-induite a été notée chez deux patientes.

Discussion La localisation cutanée de la sarcoïdose est présente dans plus de 25 % des cas. Le fait que nos patients aient tous une atteinte dermatologique vient du fait qu'ils ont été recrutés dans un service de dermatologie. L'expression habituelle et non spécifique est l'érythème nouveau ce qui a été rarement observé dans notre série. Les lésions spécifiques représentées par les nodules et papules étaient prédominantes dans notre série. Ces lésions se voient plus volontiers chez la femme et s'accompagnent surtout d'une atteinte pulmonaire en cas de systématisation. Le choix du traitement dépend de l'importance de l'atteinte, de la présence ou non d'autre localisation et des effets iatrogènes. La plupart de nos patients ont bien répondu à l'association dermocorticoïdes-antipaludéens de synthèse. Le méthotrexate et l'isotrétinoïnes, peuvent être efficaces dans les formes résistantes comme dans notre série.

Conclusion Le polymorphisme des lésions dermatologiques de la sarcoïdose est important à reconnaître. Ces signes peuvent faciliter le diagnostic d'une sarcoïdose systémique fréquemment associée et inciter à réaliser un bilan à la recherche de localisations viscérales. Certaines apportent un élément de pronostic, favorable pour l'érythème nouveau, péjoratif pour le lupus pernio.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.044>

P15

Formes sévères de la maladie de Kaposi classique



C. Chouk¹, N. Litaïem^{1,*}, M. Jones¹, S. Harbaoui¹, S. Rammeh², N. Ezzine¹, F. Zeglaoui¹

¹ Service de dermatologie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

² Service d'anatomopathologie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : noureddine.litaïem@fmt.utm.tn (N. Litaïem)

Introduction La maladie de Kaposi (MK) est une pathologie néoplasique multifocale, induite par une infection par HHV8. Quatre formes épidémiologiques ont été individualisées dont la forme méditerranéenne ou classique est la plus fréquente et la plus indolente.

But Étudier caractéristiques épidémiocliniques, thérapeutiques et évolutives des formes sévères de MK classique.

Méthodes Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée dans notre étude sur une période de 10 ans (2008–2017) incluant tous les patients présentant une MK avec une atteinte cutanée et/ou viscé-

rale sévère. Une confirmation histologique couplée à une positivité du marquage cellulaire HHV8 était exigée dans tous les cas. Le diagnostic de la forme classique était retenu après exclusion des causes iatrogènes et d'une infection VIH.

Résultats Onze patients (7 hommes et 4 femmes) ont été inclus dans notre étude. L'âge moyen était de 71 ans (extrêmes de 35 et 87 ans). Des comorbidités (hypertension artérielle dans 5 cas, diabète dans 3 cas, coronaropathie dans 3 cas) étaient notées chez 9 patients. La durée d'évolution moyenne était de 2 ans avant la 1^{re} consultation. Cinq patients présentaient une atteinte étendue des quatre membres et du visage. Deux patients avaient une atteinte des muqueuses buccale et génitale. Un patient présentait une tumeur solitaire géante de la cheville et de l'avant-pied infiltrant radiologiquement les tendons tibiaux antérieurs et les muscles extenseurs des orteils. Une forme invalidante était diagnostiquée 5 patients : un patient était amputé au niveau de la cuisse suite à une surinfection de tumeurs nécrosées avec toutefois une récurrence des lésions sur moignon d'amputation. Deux patients avaient une impotente gêne fonctionnelle avec des lésions des têtes métatarsiennes avec limitation des mouvements articulaires. Un traitement par radiothérapie fractionnée était indiqué chez 4 patients. Une monochimiothérapie (bléomycine) était indiquée chez 4 patients. Un traitement chirurgical était réalisé chez un patient. La réponse aux traitements était partielle pour tous les patients. Aucun décès spécifique de la maladie n'a été noté au cours de la période de suivi.

Conclusion La MK classique est caractérisée généralement par un âge avancé d'installation, une évolution très lente et une prédilection pour les membres inférieurs avec un lymphœdème souvent associé. Notre série souligne néanmoins ces formes sévères, longtemps considérés rares, pouvant occasionner une importante gêne fonctionnelle, et se compliquer de nécrose et de surinfection. Le traitement repose sur la monochimiothérapie.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.045>

P16

Pemphigus herpétiforme : une série tunisienne de six cas



S. Harbaoui¹, N. Litaïem^{1,*}, M. Jones¹, Y. Jmour¹, S. Rammeh², N. Ezzine¹, F. Zeglaoui¹

¹ Service de dermatologie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

² Service d'anatomopathologie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : noureddine.litaïem@fmt.utm.tn (N. Litaïem)

Introduction Le pemphigus herpétiforme (PH) est une forme particulière et rare du pemphigus. Il se caractérise par une présentation clinique similaire à celle d'une dermatite herpétiforme, et un aspect immunopathologique de pemphigus.

Buts Étudier les particularités cliniques, histologiques, thérapeutiques et évolutives du PH.

Méthodes Étude rétrospective descriptive, colligeant tous les cas de pemphigus herpétiforme, diagnostiqués dans notre service entre 2010 et 2017.

Résultat Six patientes de sexe féminin ont été colligées. L'âge moyen était de 35,8 ans. Le délai moyen de consultation était de 10,5 mois. L'examen révélait dans tous les cas des placards érythémateux prurigineux surmontés de lésions vésiculo-bulleuses à disposition herpétiforme. Une atteinte de la muqueuse buccale était observée chez une patiente. Le signe de Nikolsky était absent dans 5 cas. L'histologie montrait une spongiose à éosinophile (4 cas), et une acantholyse (4 cas). Le niveau de clivage était sous corné dans 5 cas, et suprabasal dans 1 cas. L'immunofluorescence directe (IFD) montrait un dépôt interkératinocytaire en mailles de filet d'IgG et C3 dans 6 cas. La recherche, par technique Elisa,

d'anticorps-anti-desmogléine 1 était positive dans tous les cas. Elle était positive pour les anti-desmogléine 3 chez un seul cas. Toutes les patientes étaient traitées par corticothérapie générale à la dose de 1 à 1,25 mg/kg. La cicatrisation des lésions était obtenue au bout de 20 jours en moyenne. Une seule patiente a nécessité sa mise sous méthotrexate 7,5 mg/semaine avec une bonne évolution. Une seule patiente a présenté une rechute au bout de 24 mois.

Conclusion Le PH est une forme rare et de bon pronostic du pemphigus. Dans notre série, le PH a atteint exclusivement la femme jeune. L'aspect clinique classique de plaques pseudo-urticariennes surmontées de vésicules ou de bulles à disposition herpétiforme est retrouvé chez nos malades. Le signe de Nikolski est inconstant. L'atteinte de la muqueuse buccale est rare, retrouvée chez une seule patiente. Le diagnostic est toujours confirmé par l'IFD montrant un dépôt interkératinocytaire d'IgG. À l'histologie, la spongiose à éosinophiles, les pustules intra-épidermiques à éosinophiles associées à l'acantholyse sont évocatrices. Le traitement est non codifié vu l'absence de larges séries. Bien que l'efficacité de la dapsonne en première intention a été rapportée, certains auteurs recommandent une corticothérapie à forte dose d'emblée car il est considéré comme une forme de début d'un pemphigus vulgaire ou foliacé.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.046>

P17

Efficacité de l'association pentoxifylline et doxycycline dans le traitement de l'aphtose buccale récidivante associée à la maladie de Behçet



C. Chouk¹, N. Litaïem^{1,*}, M. Jones¹, S. Harbaoui¹, O. Midassi¹, S. Rammeh², N. Ezzine¹, F. Zeglaoui¹

¹ Service de dermatologie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

² Service d'anatomopathologie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nouredine.litaïem@fmt.utm.tn (N. Litaïem)

Introduction L'aphtose buccale récidivante peut être idiopathique ou révéler une maladie inflammatoire comme la maladie de Behçet.

But Rapporter une alternative thérapeutique au traitement de l'aphtose buccale récidivante en décrivant l'efficacité de l'association pentoxifylline et doxycycline.

Résultat Une jeune femme de 30 ans, aux antécédents d'aphtose buccale récidivante depuis 2011, s'est présentée à notre consultation pour plaques papulopustuleuses du dos, cuisses et mains compatibles histologiquement avec une vascularite leucocytoclasique. L'examen des muqueuses montrait des aphtes de la muqueuse jugale, malaire, de la pointe de la langue, des amygdales palatines et du voile du palais dont certaines étaient géantes (> 1 cm). La muqueuse génitale était épargnée. L'examen articulaire révélait une synovie de la cheville droite. Le test pathergique était positif. Les examens ophtalmologique et neurologique étaient sans anomalies. La malade était traitée par prednisone 0,5 mg/kg associée à la colchicine à faible dose (0,5 mg/j) en raison d'une intolérance digestive. L'amélioration clinique était rapide au bout de quelques jours de traitement. Un mois plus tard, après l'arrêt de la corticothérapie, la malade présentait une nouvelle poussée avec récurrence des aphtes géants et développement d'un érythème noueux des jambes. Le diagnostic de maladie de Behçet était alors retenu. La patiente était remise sous prednisone 0,5 mg/kg associée à des injections de triamcinolone 40 mg en intramusculaire avec une réponse rapide mais récurrence à l'arrêt de la corticothérapie. Un traitement par pentoxifylline à la dose de 1200 mg associée à la doxycycline 100 mg par jour était initié. La réponse clinique était

alors favorable avec cicatrisation au bout de 8 j et absence de récurrence au bout de 4 mois de traitement.

Conclusion La pentoxifylline, molécule prescrite essentiellement dans l'artériopathie des membres inférieurs, a été utilisée avec succès dans le traitement de plusieurs maladies inflammatoires. Au cours de la maladie de Behçet elle inhibe l'activation des polynucléaires neutrophiles et le relargage des cytokines en rapport avec son effet anti-TNF α . Des études ont démontré son utilité pour le traitement des lésions aphteuses buccales et génitales en association à la colchicine. La doxycycline est utilisée pour son effet anti-inflammatoire à faible dose. Associer la pentoxifylline à la doxycycline paraît une alternative thérapeutique possible et bien tolérée dans le traitement d'une aphtose buccale récidivante, résistante à la colchicine et/ou corticodépendante.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.047>

P18

Lignes de Mees au cours du lupus érythémateux systémique



S. Harbaoui¹, N. Litaïem^{1,*}, M. Jones¹, C. Chouk¹, F. Jaziri², N. Ezzine¹, F. Zeglaoui¹

¹ Service de dermatologie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

² Service de médecine interne A, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nouredine.litaïem@fmt.utm.tn (N. Litaïem)

Introduction La leuconychie transversale, aussi connue sous le nom des lignes de Mees (LM), a été décrite pour la première fois par Mees en 1919, associée à une intoxication à l'arsenic. Ces lignes peuvent également être dues à diverses conditions comme les traumatismes, les carences nutritionnelles, les maladies infectieuses, les médicaments notamment la chimiothérapie. L'association à un lupus érythémateux systémique (LES) est rarement rapportée.

But Nous rapportons une observation de ces LM survenant au cours d'un LES et discutons leur signification.

Résultats Il s'agissait d'une patiente âgée de 24 ans, suivie depuis 2 ans pour une néphropathie lupique sous corticothérapie orale et nivaquine, et consultant en dermatologie pour des lésions cutanées et des phanères survenant suite à une exposition solaire. L'examen dermatologique montrait des plaques annulaires érythémato-kératosiques en périphérie et atrophiques au centre siègeant au niveau du visage et des sillons rétro-auriculaires évoluant depuis 2 mois. L'examen des cheveux révélait des plaques érythémato-squameuses alopeciques. L'examen des ongles montrait une onychopathie segmentaire à type de stries blanchâtres transversales d'allure synchrone au niveau des ongles du 2^e et 4^e doigts droits et des 4^e et 5^e doigts gauches compatibles. Le diagnostic de lésions de lupus discoïde associées à des LM a été retenu. Une corticothérapie locale (bêtaméthasone pommade) a été prescrite pour les plaques de lupus discoïde avec une bonne évolution. Une progression synchrone des LM proximo-distale à la vitesse de repousse de l'ongle a été notée après 1 mois.

Conclusion Les localisations unguéales du LES sont assez fréquentes et non spécifiques. Elles incluent plusieurs aspects : une onycholyse, une hyperkératose distale, des hémorragies en flamme, une érythronychie, des lignes de Beau et rarement les LM. Les LM sont des lignes blanchâtres parallèles à la lunule qui résultent d'une altération de la matrice unguéale. Elles varient en largeur et progressent vers l'extérieur avec la croissance de l'ongle. Au cours du LES, les LM correspondent à une parakératose matricielle. Pour certains auteurs, les LM semblent servir d'indicateur pour l'activité de la maladie au cours du LES. Chez notre patiente, les LM permettent de dater de début de la poussée de LES et étaient concomitantes à l'apparition des lésions de lupus discoïde suite à

une exposition solaire. La découverte de LM doit faire rechercher une origine toxique (arsenic) ou médicamenteuse, qui était absente chez notre patiente.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.ander.2018.03.048>

P19

Profil épidémiologique, histologique et thérapeutique du syndrome de Sweet : à propos de 25 cas



S. Harbaoui¹, N. Litaïem^{1,*}, M. Jones¹, C. Chouk¹, N. Ktari¹, S. Rammeh², N. Ezzine¹, F. Zeglaoui¹

¹ Service de dermatologie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

² Service d'anatomopathologie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : noureddine.litaïem@fmt.utm.tn (N. Litaïem)

Introduction Le syndrome de Sweet (SS) a été décrit à l'origine par le Dr Robert Douglas Sweet en 1964. Il appartient au groupe des dermatoses neutrophiliques et peut être considéré comme la plus typique des entités de ce groupe.

But À travers une série hospitalière, nous nous proposons d'étudier les particularités épidémiologiques, histologiques et thérapeutiques observées au cours du SS.

Méthodes Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, descriptive, colligeant 25 malades atteints du SS et hospitalisés dans notre service entre janvier 1999 et décembre 2015.

Résultats Vingt-cinq patients ont été inclus dans cette étude. L'âge moyen était de 50,5 ans (32–73 ans). Le sex-ratio F/H=5,25. Un stade prodromique était observé chez 19 patients. Il s'agissait d'une fièvre (16 cas), d'arthralgie (12 cas), d'un syndrome pseudo-grippal (12 cas) et d'une conjonctivite (1 cas). Le délai entre le stade prodromique et l'apparition de l'éruption cutanée était de 6,53 jours en moyenne. Une prise médicamenteuse précédant l'éruption a été rapportée chez une patiente suite une prise de la lincomycine 3 jours avant le début des signes du SS. L'enquête de pharmacovigilance permettait de retenir l'imputabilité vraisemblable de ce traitement dans la survenue du SS. Le début de l'éruption cutanée était brutal dans la totalité des cas. Des plaques érythémato-papuleuses infiltrées étaient observées chez tous les malades, prenant par endroit une disposition annulaire (3 cas, 12 %), ou mamelonée (1 cas, 4 %). D'autres lésions moins typiques étaient observées à savoir des plaques infiltrées bulleuses dans 5 cas (20 %) ; des pustules de grande taille surmontant les plaques érythémateuses dans 4 cas (16 %) et des nodules sous-cutanés des membres inférieurs, dans un seul cas (4 %). Le siège préférentiel était les membres inférieurs atteints chez 24 cas (96 %) et le visage était atteint dans 13 cas (52 %). À l'histologie, un infiltrat inflammatoire riche en polynucléaires neutrophiles (PNN) était retrouvé dans tous les cas. Concernant le traitement, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) constituaient le traitement le plus utilisé en première ligne (18 malades, 72 %), suivis par les corticoïdes systémiques (3 malades, 12 %), les dermocorticoïdes (2 malades, 8 %) et la colchicine (1 malade, 4 %). À noter que pour un cas (4 %), les lésions avaient disparu avant l'instauration d'un traitement.

Conclusion Le SS fait partie du spectre des maladies neutrophiliques. L'association du SS à une étiologie néoplasique, dont il peut être un signe avant-coureur, justifie la réalisation d'un bilan étiologique clinique et paraclinique initial éventuellement répété au cours de l'évolution.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.ander.2018.03.049>

P20

VIH et risque thromboembolique veineux : à propos de 3 cas avec revue de la littérature



M. El Amraoui*, N. Hjira, M. Boui

Dermatologie-vénérologie, hôpital militaire d'instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : med.elamraoui.dto@gmail.com (M. El Amraoui)

Introduction Le risque thromboembolique veineux chez les patients infectés par le VIH est décrit depuis les années 1990 et il est de 2 à 10 fois supérieure par rapport à la population générale. Cet état pro-thrombotique de l'infection à VIH est multifactoriels. **Buts du travail** Souligner ce risque, l'expliquer, chercher les facteurs favorisants ou de risque afin de les prévenir et de les anticiper dans un ultime but d'une meilleure prise en charge des patients séropositifs.

Matériel et méthodes Étude rétrospective, menée sur une durée de deux ans (juillet 2014–juillet 2016), au sein du service de dermatologie-vénérologie de l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V de Rabat. L'étude a consisté sur l'exploitation des registres d'hospitalisation des malades et le registre des nouveaux cas séropositifs.

Résultats Sur un total de 58 nouveaux cas VIH, 3 patients ont présenté des événements thromboemboliques veineux. Cas n° 1 : homme âgé de 40 ans, suivi pour infection rétrovirale depuis 8 ans, avec une mauvaise observance du traitement, a été admis pour dyspnée fébrile. La radiographie thoracique montrait une opacité basale droite bien circonscrite et la TDM thoracique était en faveur d'une embolie pulmonaire massive et bilatérale avec infarctus et surinfection du lobe inférieur droit. Cas n° 2 : patient âgé de 50 ans, avec antécédents d'IST à répétitions, a été hospitalisé pour une thrombophlébite fémoro-poplitée gauche avec cachexie et altération de l'état général. Le bilan objectivait une infection rétrovirale au stade de SIDA. Cas n° 3 : homme âgé de 55 ans, suivi pour infection rétrovirale au stade sida sous trithérapie. A présenté un TCA allongé avec mise en évidence d'un anticorps antiphospholipide type anticoagulant lupique positif.

Conclusion L'infection rétrovirale est un facteur de risque de complications thromboemboliques veineuses pour multiples raisons. Les antirétroviraux ont amélioré considérablement le pronostic de cette infection particulière, mais au prix des complications notamment thrombogènes liées au terrain et au risque thrombogène direct des anti-protéases.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.ander.2018.03.050>

P21

Profil épidémiologique de la consultation dermatologique dans le camp des réfugiés syriens de Zaatari-Jordanie



M. El Amraoui*, A. Bouhamidi, N. Hjira, M. Boui

Service de dermatologie - vénéréologie, hôpital militaire d'instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : med.elamraoui.dto@gmail.com (M. El Amraoui)

Introduction Les camps de réfugiés constituent un climat propice ou où sévit la pathologie dermatologique, favorisée par la promiscuité, le manque d'hygiène, la précarité, la malnutrition, le stress et les conditions météorologiques défavorables.

Buts du travail Notre travail a comme objectifs d'étudier les caractéristiques sociodémographiques des consultants ainsi que les particularités des dermatoses qui surviennent sur ce terrain.

Matériels et méthodes Étude rétrospective, monocentrique, étalée sur une durée de trois mois, du 14/11/2014 au 14/02/2015,

au sein du 1^{er} hôpital marocain médico-chirurgical de campagne, implanté à Zaatar en Jordanie, au profit des réfugiés syriens.

Résultats La consultation dermatologique venait en troisième position des consultations spécialisées par 2736 consultations. Également 65 interventions ont été effectuées. Nous avons observé une discrète prédominance féminine avec une fréquence de 52 %. L'âge de nos patients variait de 17 jours à 100 ans avec une prédominance nette pour les tranches de [10–19] ans (27,16 %) et [0–9] ans (23,06 %). Les dermatoses infectieuses représentaient la moitié de la pathologie dermatologique (49,65 %), suivies par les dermatoses immuno-allergiques (20,83 %) et la pathologie tumorale (5,04 %), alors que, les autres dermatoses (24,48 %) étaient dominées par la pathologie inflammatoire, la pathologie du froid, les brûlures et les mutilations de guerre. Notant que 5,30 % des patients présentaient plus d'une dermatose, 4,27 % des dermatoses étaient surinfectées et 2,21 % des patients présentaient des IST.

Conclusion Le camp de réfugiés est un climat propice où tous les facteurs sont réunis, pour favoriser l'émergence de la pathologie dermatologique. La promiscuité, la malnutrition et l'hygiène précaire favorisent les dermatoses infectieuses. Le froid et les conditions météorologiques défavorables optimisent les dermatoses immuno-allergiques, les gelures et les acrosyndromes. Le stress dévoile les dermatoses inflammatoires et psychosomatiques. La guerre et les installations insalubres favorisent les brûlures et les mutilations de guerre.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.051>

P22

Sarcoïdose alopeciante du cuir chevelu : une cause rare d'alopecie cicatricielle



C. Chouk^{1,*}, M. Jones¹, N. Litaïem¹, F. Alaoui¹, N. Ezzine¹, S. Rammeh², F. Zeglaoui¹

¹ Service de dermatologie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

² Service d'anatomopathologie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : chourouk.chk@gmail.com (C. Chouk)

Introduction La sarcoïdose est une affection systémique d'expression cutanée très polymorphe, pouvant affecter n'importe quelle région du tégument. L'atteinte du cuir chevelu avec alopecie cicatricielle est toutefois exceptionnelle.

But Étudier les caractéristiques épidémiocliniques, thérapeutiques et évolutives des formes alopeciantes de sarcoïdose du cuir chevelu.

Méthodes Étude rétrospective menée au service de dermatologie de l'hôpital Charles-Nicolle de Tunis durant la période de 2010 à 2017, colligeant tous les cas de sarcoïdose alopeciante du scalp.

Résultats Ont été inclus 5 femmes d'un âge moyen de 57 ans (extrêmes de 46 et 74 ans). Le délai de consultation était en moyenne de 2 ans et demi. L'atteinte du scalp était à type de sarcoïdes en plaques dans tous les cas. Il s'agissait alors de plaques érythémato-squameuses à surface atrophique, occasionnant une alopecie secondaire. L'atteinte était localisée pour 2 malades et étendue pour 3 malades dont 2 qui avaient une alopecie occupant la quasi-totalité du scalp. Quatre femmes présentaient simultanément des sarcoïdes en dehors de cuir chevelu : sarcoïdes sur cicatrices (2 cas), lupus pernion (1 cas) et sarcoïdes en plaques (2 cas). L'examen histologique des biopsies du cuir chevelu (3 malades) montrait des granulomes épithélioïdes et géantocellulaires du derme superficiel et profond sans tropisme pileux. Des modifications de l'épiderme à type d'atrophie et de parakératose étaient notées dans tous les cas. Des foyers de nécrose fibrinoïde étaient associés dans 2 cas. Quatre patientes présentaient une atteinte systémique : médiastino-pulmonaire (3 cas), ganglionnaire (2 cas),

articulaire (3 cas) et cardiaque (1 cas). Nos patientes étaient mises sous hydroxychloroquine et dermocorticoïdes pour l'atteinte cutanée. Une corticothérapie générale à 0,5 mg/kg était décidée dans les cas d'atteinte systémique. Les résultats étaient favorables pour les lésions de la peau glabre, décevants pour les lésions cicatricielles déjà installées au niveau du scalp.

Conclusion La sarcoïdose de scalp est rare ou probablement sous diagnostiquée. Les femmes d'âge moyen (40–50 ans) d'origine africaine sont les plus concernées. L'alopecie cicatricielle est exceptionnelle et constitue une forme avancée de la maladie secondaire à une destruction irréversible du follicule pileux. Des diagnostics différentiels de lupus chronique, de lichen pileux et de pseudo-pelade de Brocq peuvent être discutés. Plusieurs publications ont souligné l'association fréquente avec une forme systémique de la maladie. Ainsi toute suspicion clinique doit ramener à examiner la totalité du cuir chevelu et réaliser un bilan lésionnel complet.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.052>

P23

Mycétomes en Tunisie : étude rétrospective de 41 ans (1976–2017)



N. Ferjani¹, N. Litaïem^{1,*}, M. Jones¹, S. Harbaoui¹, O. Midassi¹, S. Rammeh², N. Ezzine¹, F. Zeglaoui¹

¹ Service de dermatologie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

² Service d'anatomopathologie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nouredine.litaïem@fmt.utm.tn (N. Litaïem)

Introduction Les mycétomes se définissent comme un processus pathologique au cours duquel des agents fongiques ou actinomycosiques d'origine exogène produisent des grains. Les grains noirs orientent vers une étiologie fongique, les grains rouges vers une étiologie actinomycosique. Les grains blancs ou jaunes ne sont pas discriminants. Les zones d'endémie principales des mycétomes sont les régions tropicales et subtropicales semi-désertiques. Les mycétomes sont très rares en Tunisie.

But Étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques des mycétomes en Tunisie.

Méthodes Nous avons réalisé une étude rétrospective colligeant tous les patients qui présentaient des tuméfactions fistulisées avec émission des grains consultant au service de dermatologie de l'hôpital Charles-Nicolle de Tunis sur une période de 41 ans (janvier 1976–décembre 2017).

Résultats Le diagnostic de mycétome était retenu chez 15 patients (âge moyen 33 ans) sur des critères cliniques, histologiques et biologiques. La durée d'évolution était de 12 ans en moyenne. L'agent pathogène n'était identifié que dans 10 cas (4 actinomycosiques et 6 fongiques). Les grains étaient noirs (4 cas), blancs (7 cas) et jaunes (2 cas). Les espèces actinomycosiques étaient *Actinomadura madurae* (2 cas) et *Sreptomycetes somaliensis* (2 cas) et les espèces fongiques étaient *Madurella mycetomatis* (4 cas) et *Pseudalleschia boydii* (2 cas). Les lésions siégeaient exclusivement au niveau des pieds chez 14 malades dont 11 avaient une origine rurale et 4 rapportaient la notion de microtraumatismes antérieurs. La localisation extrapodale était notée chez un patient qui était le seul à présenter une atteinte bifocale (visage et péri-née). Une atteinte osseuse était retrouvée chez 10 patients à type d'ostéite (7 cas) ou de déminéralisation (2 cas). Une antibiothérapie était instaurée chez 12 patients (cotrimoxazole/ampicilline dans 4 cas ; cotrimoxazole/amoxicilline dans 1 cas et cotrimoxazole/dapsonne dans 1 cas). Les eumycétomes par du kétoconazole per os (200 mg/j) (5 cas) et itraconazole 400 mg/j (1 cas). Le recours à la chirurgie était l'apanage de 6 cas parmi les 10 patients présen-

tant une atteinte osseuse. L'évolution était favorable dans 9 cas. Trois patients étaient perdus de vue.

Conclusions En Tunisie, les mycétomes sont sporadiques et souvent méconnus, ce qui explique en partie le retard diagnostique et thérapeutique et le recours fréquent à la chirurgie qui peut être mutilante. Le pronostic fonctionnel et esthétique est souvent mis en jeu avec un retentissement psychique et socio-économique important.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.053>

P24

Prise en charge thérapeutique des onychomycoses en Tunisie



S. Gara¹, N. Litaïem^{1,*}, S. Bouhlel², M. Bouchakoua², M. Jones¹, S. Trabelsi², N. Ezzine¹, S. Khaled², F. Zeglaoui¹

¹ Service de dermatologie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

² Service de parasitologie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : noureddine.litaïem@fmt.utm.tn (N. Litaïem)

Introduction Les onychomycoses constituent la principale cause des atteintes unguéales puisqu'elles représentent environ la moitié des maladies touchant l'ongle. Le traitement des onychomycoses est long et parfois difficile.

Buts Décrire les caractéristiques épidémiologiques et thérapeutiques des onychomycoses en Tunisie.

Méthodes Il s'agit d'une étude prospective réalisée dans notre hôpital sur une période de 17 mois (mars 2016–août 2017) colligeant tous les patients présentant une onychomycose confirmée à l'examen mycologique.

Résultats Au cours de la période d'étude, 196 patients ont bénéficié d'un examen mycologique devant une suspicion d'onychomycose. L'âge moyen était de 47,6+16,1 avec des extrêmes allant de trois à 83 ans. Le sex-ratio était de 0,61. Une onychomycose a été diagnostiquée chez 148 patients (80,4 %). L'atteinte était bilatérale dans 74,4 % des cas au niveau des pieds et dans 41 % des cas au niveau des mains. La forme clinique la plus fréquente était l'onychodystrophie totale retrouvée dans 90,7 % des cas au niveau des pieds et dans 32 % des cas au niveau des mains, suivie par l'onychomycose distolatérale (47,3 %). Les dermatophytes étaient les plus fréquemment isolés (80,8 %). Cent vingt patients ont eu une prescription thérapeutique comportant une avulsion chimique dans 48,8 % des cas, un antifongique topique dans 30,4 % et un antifongique systémique dans 60,1 % des cas. La terbinafine était prescrite dans 66 % des cas et le fluconazole dans 34 % des cas. La durée moyenne du traitement était de 3,4+2,4 mois avec des extrêmes allant de 15 jours à neuf mois. Trente patients n'ont pas pris de traitement systémique et 40 l'ont pris durant une période inférieure ou égale à 4 mois. Le coût élevé de traitement était la principale raison expliquant une durée de prise du traitement systémique inférieure ou égale à 4 mois (50 % ; n=35). La crainte des effets indésirables des antifongiques systémiques explique une mauvaise observance thérapeutique chez 3 patients.

Conclusions La prise en charge thérapeutique de l'onychomycose est actuellement bien codifiée mais demeure contraignante et difficile en raison de la durée prolongée du traitement et du coût élevé de certains antifongiques. Les schémas thérapeutiques séquentiels constituent une bonne alternative thérapeutique dans notre

contexte permettant de réduire le risque d'effets secondaires des antifongiques systémiques et d'améliorer l'observance.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.054>

P25

Une cause rare de dactylite multiple des doigts : une forme méditerranéenne de la maladie de Kaposi



C. Chouk¹, N. Litaïem^{1,*}, M. Jones¹, A. Chamli¹, S. Rammeh², N. Ezzine¹, F. Zeglaoui¹

¹ Service de dermatologie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

² Service d'anatomopathologie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : noureddine.litaïem@fmt.utm.tn (N. Litaïem)

Introduction La maladie de Kaposi (MK) est une affection multifocale initialement décrite par Moritz Kaposi en 1872. Sa forme classique ou méditerranéenne correspond à la forme indolente de la maladie et est caractérisée par une localisation presque exclusive des lésions angiomeuses au niveau des membres inférieurs.

But Décrire un mode de révélation inhabituel d'une forme méditerranéenne de la MK à type de dactylite multiple.

Résultat Il s'agissait d'un homme de 67 ans ayant un antécédent de cécité droite suite à un glaucome évoluant depuis le jeune âge, consultant pour une infiltration érythémateuse douloureuse des doigts d'installation progressive depuis 18 mois. Cette infiltration occasionnait une limitation des mouvements articulaires des interphalangiennes des deux mains et était associée à un lymphœdème bilatéral des deux membres inférieurs. L'examen cutané révélait des placards érythémato-violacés infiltrés, confluent, atteignant de façon bilatérale et asymétrique les faces dorsales et palmaires des mains avec un aspect en saucisse de tous les doigts. L'examen des muqueuses était normal. La dermoscopie des lésions digitales montrait un fond rouge bleuâtre évoquant une origine vasculaire. Il n'a pas été vu par ailleurs un aspect en arc-en-ciel. L'histologie concluait à un aspect de MK et l'immunohistochimie révélait un marquage HHV8 positif. La sérologie VIH était négative. Le bilan lésionnel de la MK ne montrait pas de localisations extracutanées. Un traitement par bléomycine (15 mg/semaine) était décidé devant le caractère douloureux et la gêne fonctionnelle occasionnés par les lésions digitales. L'évolution était marquée par une désinfiltration nette des lésions cutanées et un début de régression de l'éléphantiasis kaposien au bout de 2 mois.

Conclusion La forme classique de la MK atteint préférentiellement les sujets âgés de sexe masculin avec un sex-ratio de 10/1. Son tableau clinique comporte de macules, papules, nodules ou plaques angiomeuses d'évolution lente touchant presque exclusivement les membres inférieurs. Il s'y associe fréquemment un lymphœdème des membres pouvant être la seule manifestation de la maladie. L'atteinte des membres supérieurs est beaucoup moins fréquente. Une atteinte palmo-plantaire révélant une forme classique de la MK était tout de même décrite dans la littérature. Notre cas est original par l'aspect exceptionnel des lésions angiomeuses des mains occasionnant une dactylite multiple avec un aspect en saucisse des doigts. L'abstention thérapeutique est la règle au cours de la MK. Cependant la localisation aux doigts avec la gêne fonctionnelle qui en résulte peut justifier un traitement plus agressif.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.055>

P26

Leishmaniose cutanéomuqueuse de l'enfant dans un camp de réfugiés

M. El Amraoui*, N. Hjira, M. Boui

Service de dermatologie-vénérologie, hôpital militaire d'instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : med.elamraoui.dto@gmail.com (M. El Amraoui)

Introduction La leishmaniose cutanée et/ou cutanéomuqueuse est une anthroponose qui constitue un problème de santé publique dans certain pays. Nous avons profité de notre séjour dans la frontière Jordano-Syrienne pour élaborer ce travail.

Buts Étudier les spécificités et les particularités de cette infection particulière, chez cette population particulière et dans des conditions particulières.

Matériels et méthodes Étude rétrospective, monocentrique, étalée sur une période de trois mois (du 14/11/2014 au 14/02/2015), au sein du 1^{er} hôpital marocain médico-chirurgical de campagne implanté au camp Zaatar (Jordanie) au profit des réfugiés syriens.

Résultats L'âge des enfants variait entre 4 mois et 14 ans. Tous étaient des cas importés. Le nombre total des lésions était de dix lésions, dont deux d'une taille inférieure à 1 cm, une entre 1 et 2 cm, deux entre 2 et 3 cm, deux entre 3 et 4 cm et trois avaient une taille supérieure à 4 cm. Toutes les lésions siégeaient au niveau du visage. Trois enfants avaient reçu un traitement général et quatre avaient reçu un traitement local. La guérison a été constatée chez un seul cas.

Conclusion La leishmaniose cutanée de l'enfant est caractérisée par sa fréquence, ses multiples lésions, sa résistance au traitement. Dans un camp de réfugiés, la malnutrition, le manque de médicaments antimoniaux, les difficultés d'accès aux soins et l'absence d'un suivi rigoureux fait que dieu seul sait le devenir de ces enfants, très fort probablement la pérennisation et la chronicité des lésions avec un préjudice esthétique majeur.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.056>

P27

PRP et alopecies : efficacité et limites : étude prospective à propos de 45 cas

M. El Amraoui^{1,*}, A. Achbouk², M. Naim³, N. Hjira¹, M. Boui¹

¹ Dermatologie-vénérologie, hôpital militaire d'instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

² Chirurgie plastique, hôpital militaire, Agadir, Maroc

³ Médecine esthétique, hôpital militaire, Agadir, Maroc

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : med.elamraoui.dto@gmail.com (M. El Amraoui)

Introduction Le plasma riche en plaquettes ou PRP est une technique très en vogue en dermatologie et en médecine régénérative et esthétique. Les alopecies restent une indication principale avec une demande croissante, cependant les résultats et les opinions restent controversés.

Buts du travail Dans la pénurie des études et le vouloir d'avoir notre propre expérience avec des résultats plus objectifs afin de donner un espoir réel et pragmatique à nos patients, nous avons réalisé ce travail.

Matériel et méthodes Étude prospective, menée sur une durée de 7 mois (novembre 2016-mai 2017) au sein de service de dermatologie de l'hôpital militaire d'Agadir. Le diagnostic de type de l'alopecie a été fait cliniquement et par le dermatoscope. Tous nos patients ont bénéficié, au moins, de 3 séances de PRP faites à des intervalles de 3 à 4 semaines. La technique utilisée consistait au prélèvement de 2 à 4 tubes citratés de 5 mL, la centrifugation se faisait à 3000 tours pendant 5 min, l'injection se faisait par des



aiguilles de 30 ou 32 G. tous les patients ont bénéficié d'un traitement adjuvant (fer, fortifiants capillaires, Minixidil, corticothérapie locale ou générale). L'efficacité a été jugée sur le pourcentage de la repousse et la satisfaction des patients.

Résultats Quarante-cinq cas ont été colligés dont 40 femmes et 5 hommes, l'âge des patients variait de 19 à 65 ans avec une moyenne de 37 ans. L'ancienneté de l'alopecie variait de 3 mois à plus de 15 ans avec une moyenne de 3 ans. Deux patientes avaient une anémie ferriprive, 22 avaient une ferritinémie basse et 3 avaient une thyroïdite auto-immune. La répartition des alopecies était : effluvium télogène ET (22 cas), alopecie androgène-génétique AAG (19 cas), Pelade (2 cas) et alopecie frontale fibrosante AFF (2 cas). La moyenne de la repousse, après 3 séances, était de 39,25 % dans les ET, 26 % dans les AAG, 25 % dans les pelades et 12 % dans les AFF, alors que la moyenne de la satisfaction des patients était de 7,25/10 dans les ET, 6,28/10 dans les AAG, 5/10 dans les pelades et 4/10 dans les AFF.

Conclusion Notre étude montre que le PRP est une alternative thérapeutique efficace mais de résultats limités et variables en fonction de l'étiologie et la chronicité de l'alopecie et le nombre des séances effectuées. Malgré le nombre limité de notre série, elle nous permettra de donner un espoir réel et pragmatique à nos patients.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.057>

P28

Intérêt de l'association méthotrexate-oxybutynine dans le traitement de la maladie de Hailey-Hailey

M. El Amraoui*, R. Frikh, N. Hjira, M. Boui

Service de dermatologie-vénérologie, hôpital militaire d'instruction Mohamed V, Rabat, Maroc

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : med.elamraoui.dto@gmail.com (M. El Amraoui)

Introduction La maladie de Hailey-Hailey ou pemphigus bénin chronique familial est une dermatose vésiculo-bulleuse, de transmission autosomique dominante, due à une mutation du gène *ATP2C1*, siégeant avec prédilection au niveau des zones de transpiration et de macération et évoluant par poussées et remissions.

Buts Plusieurs médicaments sont utilisés pour maîtriser la maladie avec des résultats décevants ou au moins suspensifs pour certains.

Matériels et méthodes Nous présentons un cas avec une revue de la littérature.

Résultats Patient âgé de 35 ans avec des cas similaire dans la fratrie, suivie depuis 10 ans pour une maladie de Hailey-Hailey confirmée à l'histologie, l'IFD et l'IFI, pour laquelle il a été mis sous divers traitements (dermocorticoïdes, antibiotiques, rétinoïdes et dapsone) modifiés chaque fois pour inefficacité ou intolérance surtout hépatique, avec une évolution par poussées et rémissions. A consulté pour une poussée estivale avec des placards érosifs, sur un fond érythémateux, siégeant au niveau des aisselles et des plis inguinaux. L'idée de tenter un traitement immunosuppresseur tout en luttant contre la transpiration nous a mené à essayer l'association du méthotrexate 12,5 mg/semaine à l'oxybutynine 2,5 mg 3 fois par jours. L'évolution après 4 semaines fut favorable avec assèchement des lésions et début de blanchiment mais le patient a présenté une cytolysie et une cholestase hépatique 3 fois la normale ce qui a motivé l'arrêt du méthotrexate.

Conclusion La maladie de Hailey-Hailey est une dermatose bulleuse chronique, évoluant par poussées et remissions, avec un retentissement psychique majeur et rendant son traitement diffi-



cile. L'association méthotrexate–oxybutinine serait une alternative intéressante à essayer chez les patients qui la tolèrent.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.058>

P29

Amylose papuleuse : aspect clinique et dermoscopique



T. Becha¹, N. Litaïem^{1,*}, M. Jones¹, A. Raboudi¹, S. Rammeh², N. Ezzine¹, F. Zeglaoui¹

¹ Service de dermatologie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

² Service d'anatomopathologie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : noureddine.litaïem@fmt.utm.tn (N. Litaïem)

Introduction L'amylose papuleuse (AP) ou lichen amyloïde ou constitue la forme la plus fréquente d'amylose cutanée primaire. Son étiologie est inconnue. Il se présente cliniquement sous forme de papules kératosiques fermes pigmentées coalescentes siégeant en regard des tibias. On rapporte un cas d'AP en décrivant son aspect dermoscopique.

Buts Décrire l'aspect dermoscopique d'AP en lumière polarisée et non polarisée.

Résultats Une femme âgée de 80 ans aux antécédents d'hypertension artérielle et de diabète nous a consulté pour des lésions prurigineuses des faces antérieures des jambes et des genoux évoluant depuis 6 mois. L'examen dermatologique trouve des papules brunâtres faisant 3 mm de diamètre fermes et rugueuses à la palpation. Le diagnostic d'AP a été évoqué cliniquement devant cet aspect. La biopsie cutanée avait confirmé le diagnostic d'AP. Un examen dermoscopique de ces lésions a été effectué. En mode non polarisé on a trouvé une pigmentation au niveau des papules réalisant un aspect de « carrefour central ». En mode polarisé, on a observé des « structures cristallines » en rapport avec le dépôt amyloïde associées à la pigmentation striée. Un traitement dermo-corticoïde (bêtaméthasone pommade) a été initié avec diminution du prurit.

Conclusion La dermoscopie polarisée permet la visualisation de structures dans les couches profondes de la peau. En mode polarisé, les structures biréfringentes apparaissent sous forme de stries linéaires blanches brillantes dites « structures cristallines ». L'AP est caractérisé par des dépôts extracellulaires de fibrilles amyloïdes anormalement polymérisées. Cette substance amyloïde serait liée à une dégénérescence filamenteuse des kératinocytes associée au grattage chronique. Ces structures sont visualisées en dermoscopie polarisée sous formes de structures cristallines. Ce cas souligne l'importance de la dermoscopie en mode polarisée pour le diagnostic positif d'AP et pourrait dans les cas typiques d'éviter les biopsies.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.059>

P30

Traitement du mycosis fongoïde chez les patients de phototype foncé par photothérapie : une série de 12 ans (2004–2016)



J. Yaakoubi¹, N. Litaïem^{1,*}, M. Jones¹, A. Toumi¹, Y. Jmour¹, S. Rammeh², N. Ezzine¹, F. Zeglaoui¹

¹ Service de dermatologie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

² Service d'anatomopathologie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : noureddine.litaïem@fmt.utm.tn (N. Litaïem)

Introduction Le mycosis fongoïde (MF) est le lymphome cutané primitif le plus fréquent. La photothérapie est indiquée notamment dans les stades précoces du MF. L'efficacité et la tolérance de la photothérapie demeure peu évaluée chez les patients de phototype foncé.

But Évaluer l'efficacité et la tolérance de la photothérapie dans le traitement des patients atteints de MF et de phototype foncé.

Méthodes Il s'agissait d'une étude rétrospective incluant tous les patients atteints de MF, de phototype IV–V, dont le diagnostic a été retenu sur des critères histologiques et immunopathologiques, traités par photothérapie dans notre service, sur une période de 12 ans 2004–2016.

Résultats Neuf patients ont été inclus (âge moyen à 56 ans et un sex-ratio de 3,5). L'examen révélait des plaques érythémateuses non infiltrées (4 cas) ou infiltrées (3 cas) se localisant par ordre de fréquence au niveau de l'abdomen (8 cas), des membres inférieurs (7 cas) et des membres supérieurs (6 cas). Le prurit était retrouvé chez tous les patients inclus. Le MF était classée au stade IA (3 cas), au stade 1B (4 cas), au stade 2A (1 cas) et au stade 2B (1 cas). Cinq patients ont bénéficié d'une puvathérapie avec une dose initiale moyenne à 2 J/cm² à raison de 3 séances par semaine sur une durée moyenne de 12 semaines. Quatre patients ont reçu UVB-thérapie au rythme de 3 séances par semaine sur une durée moyenne de 14 semaines avec une dose cumulée moyenne de 40 J/cm². Des effets indésirables liés à la photothérapie étaient notés chez 2 patients à type d'érythème phototoxique (1 cas) et de xérose cutanée (1 cas). Une rémission a été observée chez 7 patients au bout de 25 séances en moyenne. Quatre patients avaient présenté une récurrence au bout de 13 mois en moyenne (5 à 26 mois). La durée de suivi moyenne était de 36 mois (15 à 110 mois).

Conclusion Nos résultats soulignent l'efficacité et la tolérance de la photothérapie dans le traitement du MF chez les patients de phototype foncé. La puvathérapie est à privilégier en cas de MF avec des plaques infiltrées. Le risque d'érythème phototoxique est important en cas de MF érythrodermique et difficile à détecter chez les patients de phototype foncé.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.060>

P31

Les dermatoses de l'enfant en milieu hospitalier à Bukavu : aspects épidémiologiques et cliniques

S. Semikenke^{1,3,*}, H. Adégbidi², J. Minani³, G. Bisimwa³¹ Service de dermatologie-vénérologie, hôpital provincial général de référence Bukavu, RDC² Faculté des sciences de la santé, Cotonou, Bénin³ Faculté de médecine, université Catholique de Bukavu, RDC

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : stellasemi7@gmail.com (S. Semikenke)

Introduction Les pathologies dermatologiques font partie des problèmes les plus fréquents dans la population pédiatrique. En Afrique, les dermatoses infantiles (DI) constituent 30 % des consultations générales. Elles ont déjà suscité plusieurs études en Afrique et dans le monde mais demeurent peu étudiées en RDC.

Objectif Étudier le profil épidémiologique-clinique des dermatoses chez les enfants de 0 à 15 ans vus dans le service de dermatologie-vénérologie de l'hôpital provincial général de référence de Bukavu (HPGRB).

Méthodes Il s'agissait d'une étude monocentrique, rétrospective, descriptive et analytique portant sur les dermatoses chez les enfants de 0 à 15 ans vus en consultation dans le service de Dermatologie de l'HPGRB sur une période de 1 an et 9 mois.

Résultats Trois cent soixante-sept enfants/911 consultants ont été recensés soit une fréquence en consultation estimée à 40,28 %. Le sex-ratio était de 0,94 et l'âge moyen 4,89 ans. Les tranches d'âge les plus touchées étaient 0 à 3 ans. Le pic des consultations (23,6 %) était observé pendant les vacances scolaires. Les motifs de consultation étaient dominés par les dermatoses prurigineuses (79,83 %) et la majorité d'enfants présentaient une seule dermatose (67,57). Parmi les affections retrouvées, les dermatoses immuno-allergiques représentaient 54,76 % de l'ensemble de dermatoses, les dermatoses infectieuses (35,42 %), les dermatoses inflammatoires (28,33 %), les génodermatoses (4,08 %). La répartition des DIA suivant le sexe notait une différence statistiquement significative pour la dermatite atopique ($p=0,028$).

Conclusion Les dermatoses pédiatriques sont fréquentes en consultations dermatologiques à Bukavu et sont dominées par les dermatoses immuno-allergiques et infections cutanées.

Mots clés Enfant ; Clinique ; Dermatoses ; Épidémiologie ; Bukavu ; RD Congo

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.061>



P32

Lésions cutanées observées dans l'albinisme oculocutanée : résultats d'une campagne de dépistage dans la ville-province de Kinshasa

V. Kakiessse¹, M. Iteke¹, R. Nkwembe¹, J. Mayuba¹,J.M. Tshilombo^{1,*}, J.M. kayembe²¹ Service de dermatologie, département des spécialités, cliniques universitaires de Kinshasa, RDC² Service de pneumologie, département de médecine interne, cliniques universitaires de Kinshasa, RDC

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : drtshilombo@gmail.com (J.M. Tshilombo)

Introduction Des manifestations dermatologiques sont fréquemment observées dans l'albinisme oculocutané. Leur identification précise est le gage d'une prise en charge adéquate.

But Décrire les caractéristiques épidémiologiques et histopathologiques des manifestations dermatologiques des albinos dans la ville-province de Kinshasa.



Méthodes Étude transversale rapportant les données recueillies chez 200 sujets de phénotype albinos admis aux cliniques universitaires de Kinshasa et à la salle paroissiale « Fatima » de lingwala, durant la période du 1^{er} janvier au 1^{er} août 2012. Les paramètres d'intérêt étaient l'âge, le sexe, la profession, le statut matrimonial, le diagnostic clinique et histologique.

Résultats La majorité de nos sujets (74,5 %) avait moins de 30 ans, avec un sex-ratio F/H de 1,08. Les sujets provenaient essentiellement des provinces du Kasai-Oriental (28,3 %), du Bandundu (25,7 %) et du Bas Congo (22,7 %). Quasi 1 sur 2 sujets (41,5 %) étaient célibataires. La kératose actinique (32 %) était la lésion clinique la plus fréquente et le carcinome épidermoïde (33,5 %), le type histologique le plus décrit.

Conclusion Le profil clinique et histologique de l'albinisme dans notre milieu justifie l'intensification des campagnes sur des mesures comportementales et préventives contre le développement des cancers cutanés.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.062>

P33

Xanthes tendineux et tubéreux géants révélant une hypercholestérolémie familiale

A. Toumi¹, N. Litaïem^{1,*}, M. Jones¹, K. Lassoued¹, F.Z. Alaoui¹, S. Rammeh², N. Ezzine¹, F. Zeglaoui¹¹ Service de dermatologie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie² Service d'anatomopathologie, hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nouredine.litaïem@fmt.utm.tn (N. Litaïem)

Introduction Les xanthes sont des pseudo-tumeurs bénignes, le plus souvent liées à un trouble du métabolisme des lipoprotéines. Leur présence impose le dépistage d'une dyslipidémie.

But Nous rapportons l'observation d'un patient présentant des xanthes multiples révélant une hypercholestérolémie familiale et discutons la démarche diagnostique et thérapeutique devant des xanthes tendineux et tubéreux.

Résultats Il s'agit d'un patient âgé de 48 ans, issu d'un mariage consanguin du premier degré, sans antécédents familiaux connus d'hypercholestérolémie ni d'accident vasculaire prématuré, qui consultait pour des nodules multiples indolores en regard des articulations apparaissant à l'âge de 30 ans et qui augmentaient progressivement de taille. L'examen objectivait de multiples nodules volumineux sous-cutanés fermes et mobiles de couleur brun jaunâtre, de taille variant de 5 à 15 cm, siégeant en regard des articulations des poignets, coudes, genoux, chevilles et du pli interfessier correspondant à des xanthes tubéreux, et en regard des articulations métacarpophalangiennes, métatarsiennes, de l'épaule et des deux tendons d'Achille évoquant des xanthes tendineux. L'examen dermoscopique a montré une aire jaune sans structure entourée d'un halo érythémateux réalisant l'aspect classique de coucher de soleil. Par ailleurs, on n'a pas objectivé de xanthes plans ni d'arc cornéen ou de xanthélasma. L'examen cardiovasculaire a objectivé un souffle carotidien à gauche. Le reste de l'examen somatique était sans anomalies. L'étude histologique confirmait le diagnostic de xanthome en montrant un infiltrat dermique riche en histiocytes spumeux. Le bilan lipidique a révélé des taux élevés de cholestérol total (2,84 g/L), de cholestérol-LDL (1,84 g/L) et des apoprotéines B (1,74 g/L). L'écho-Doppler des vaisseaux du cou a montré une occlusion totale de l'artère carotide commune gauche. Le diagnostic d'hypercholestérolémie familiale de type IIa monogénique dans sa forme hétérozygote, selon la classification de Fredrickson, était retenu. Le patient a été mis sous statines associées à des mesures hygiéno-diététiques. Une exérèse chirurgicale des xanthes gênants a été programmée.



Conclusion Les xanthomes constituent la principale manifestation cutanée des dyslipidémies. L'hypercholestérolémie familiale de type IIa hétérozygote est relativement fréquente en Tunisie mais demeure sous diagnostiquée. La morbidité et la mortalité sont liées à l'athérosclérose. La précocité du diagnostic conditionne le pronostic et permet de prévenir, dépister et traiter les complications cardiovasculaires prématurées.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.063>

P34

Aspects épidémiocliniques et pronostiques des chéloïdes en Guinée-Bissau



A. Bouhamidi*, M. EL Amraoui, N. Hjira, M. Boui
Service de dermatologie, hôpital militaire d'instruction
Mohammed V, Rabat, Maroc

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : docteurbouhamidi@gmail.com (A. Bouhamidi)

Introduction Les chéloïdes sont des tumeurs fibro-prolifératives bénignes mais pouvant être pourvoyeuses de réels préjudices esthétiques.

Buts L'objectif de ce travail est d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques des chéloïdes en Guinée-Bissau.

Méthodes Étude rétrospective, descriptive, étalée sur une durée de trois mois (du 21/05/2015 au 18/08/2015), au sein du 3^e hôpital marocain médico-chirurgical de campagne, implanté à Bissau en Guinée-Bissau.

Résultats Sur un total de 1377 consultations dermatologiques on a enregistré 60 cas de chéloïdes (soit une fréquence de 4,35 %). La tranche d'âge de 20 à 39 ans était la plus représentée (45 %). Le sexe féminin était majoritaire avec un sex-ratio H/F de 0,66. Trente-cinq pour cent des patients avaient des antécédents familiaux de chéloïdes et 78,3 % des cas rapportent une notion de traumatisme préalable (accident de la circulation, brûlures). La taille des lésions variait entre 1 et 45 cm avec une moyenne de 5 cm. Quarante-vingt pour cent des patients avaient des lésions multiples, 50 % des lésions siégeait au niveau cervico-facial et pré-sternal, 61,6 % des lésions étaient hyper-pigmentées et prurigineuses chez 70 % des patients. Les cicatrices chéloïdiennes sont fréquentes chez les sujets de carnation noire. Leur fréquence relative chez les adultes jeunes serait liée à l'exposition de cette tranche d'âge aux facteurs de risque classiques des chéloïdes. La prédominance féminine pourrait s'expliquer par le caractère inesthétique et affichant de la maladie motivant des consultations plus féminines que masculine. La fréquence des localisations cervico-faciales et les tailles importantes sont responsables d'un préjudice esthétique majeur avec un retentissement psychologique considérable.

Conclusion Les cicatrices chéloïdiennes sont plus fréquentes et plus agressives chez le sujet de phototype foncé, elles constituent alors un problème majeur de santé publique en Afrique subsaharienne. Leur prévention constitue le meilleur moyen de leur prise en charge.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.064>

P35

Le délire d'infestation cutanée à propos d'un cas, avec revue de la littérature



A. Bouhamidi^{1,*}, Y. Mamouni Alaoui², N. Baba¹, N. Hjira¹, M. Boui¹

¹ Service de dermatologie, hôpital militaire d'instruction
Mohammed V, Rabat, Maroc

² Service de psychiatrie, hôpital militaire d'instruction
Mohammed V, Rabat, Maroc

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : docteurbouhamidi@gmail.com (A. Bouhamidi)

Introduction Le délire d'infestation cutanée parasitaire, est une pathologie rare, décrite par le neuropsychiatre suédois Karl Axel Ekbohm en 1938, trouble qui porte désormais son nom.

Buts À partir d'un cas clinique et d'une revue de la littérature, nous allons rappeler les caractéristiques épidémiologiques et cliniques de ce syndrome avant de mettre le point sur les difficultés de prise en charge de ces patients.

Observation clinique M. A.B., âgé de 54 ans, s'est présenté à la consultation de dermatologie pour des plaintes somatiques sous formes de prurit généralisé, apparu dans les suites d'une piqûre par une mouche au niveau de son grand orteil. Il attribuait ces sensations à des insectes grouillant sous sa peau. En voulant confirmer ses dires, il a ramené un récipient contenant des débris organiques qu'il considérait des œufs d'insectes.

L'examen physique a révélé des lésions de grattage d'âges différents. Un bilan réalisé a permis d'écarter toute pathologie organique co-occurrence. Une consultation de psychiatrie a été proposée à notre patient qu'il a accepté difficilement. L'examen psychiatrique a objectivé un syndrome délirant, monothématique, systématisé, en secteur, centré sur l'infestation par les insectes, avec un vécu intense de ce délire.

Le patient a été mis sous antipsychotique (rispéridone 1 mg/j). Il est actuellement toujours suivi en consultation psychiatrique.

Discussion Le syndrome d'Ekbohm, est une entité rare qui touche préférentiellement les femmes. L'âge de début est généralement avancé. La symptomatologie est caractérisée par la conviction délirante d'avoir la peau infestée par des parasites ou des insectes, aucun signe clinique ou paraclinique de parasitose ne peut être identifié. Ce délire monothématique, s'accompagne généralement d'un vécu anxieux important. Dans la plupart des cas, le patient apporte des preuves de son infestation sous forme d'une boîte contenant des « spécimens » (généralement des poils ou des squames).

La prise en charge du syndrome d'Ekbohm reste le plus souvent une tâche difficile. Actuellement, selon plusieurs études, les molécules d'antipsychotiques de la seconde génération tel la rispéridone, l'olanzapine et l'amisulpride sont les plus recommandées.

Conclusion Le syndrome d'Ekbohm demeure une entité nosologique difficile à classer du point de vue dermatologique, qui nécessite une prise en charge multidisciplinaire pour assurer l'information du patient, le contrôle de la maladie et le soutien psychologique.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.065>

P36

Le méthotrexate en monothérapie dans le traitement du mycosis fongicoïde : expérience du service de dermatologie de Casablanca



H. Erraji*, H. Ramid, F. Hali, S. Chiheb

Service de dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : hind.erraji05@gmail.com (H. Erraji)

Introduction Le méthotrexate (MTX) représente l'un des traitements systémiques du mycosis fongicoïde (MF) résistant au traitement local.

Buts Le but de ce travail était de partager notre expérience dans le traitement des différents stades du MF par le MTX à travers une série de 41 cas.

Patients et méthode Étude rétrospective allant de janvier 2000 à décembre 2017, incluant tous les patients hospitalisés pour MF confirmé, traités par MTX en monothérapie. Une fiche d'exploitation était remplie. La réponse était qualifiée de rémission complète, partielle, stationnaire, aggravation ou échec (absence de réponse).

Résultats Quarante et un dossiers ont été colligés (24 hommes et 17 femmes). La moyenne d'âge était de 59 ans. Les stades cliniques étaient répartis en : stade IB : 8 cas, stade IIA : 13 cas, stade IIB : 5 cas, stade III : 10 cas et stade IV : 5 cas. La dose prescrite du MTX variait entre 10 et 50 mg/semaine avec une dose moyenne de 25 mg/sem. La durée moyenne du traitement était de 18 mois. La rémission complète était obtenue chez 14 patients : 5 IB, 8 IIA et 1 IIB. Une rémission partielle était obtenue chez 12 patients : 2 IB, 2 IIA, 3 IIB et 5 IIIA. L'évolution était stationnaire dans 8 cas : 1 IB, 1 IIB, 2 III, 4 IV. Cinq patients (3 IIA, 1 III et 1 IV) avaient interrompu le méthotrexate devant une aggravation. Deux patients stade III sont décédés suite aux complications de l'érythrodermie. Les principaux effets secondaires étaient des troubles digestifs (3 cas), une cytolysé hépatique (3 cas), une pneumopathie interstitielle (2 cas).

Conclusion Notre étude confirme l'efficacité du MTX dans les stades précoces du MF (IB–IIA) avec un taux de réponse complète à 61 %, ce qui rejoint la littérature. En effet, Le MTX représente un traitement peu coûteux, facile à administrer, et qui peut être utilisé en monochimiothérapie à faibles doses chez des patients ayant un MF du stade IB au stade III, avec une tolérance satisfaisante et un taux de rémission complète variant de 15 à 60 % des cas [1].

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

Référence

- [1] Zackheim HS, Kashani-Sabet M, McMillan A. A low-dose methotrexate to treat mycosis fungoides: a retrospective study in 69 patients. *J Am Acad Dermatol* 2003;49:873–8.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.066>

P37

Paronychies chroniques : une étude de 130 cas



H. Erraji^{1,*}, A. Aboutaam¹, F. Hali¹, M. Soussi², S. Chiheb¹

¹ Service de dermatologie-vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

² Service de parasito-mycologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : hind.erraji05@gmail.com (H. Erraji)

Introduction Les paronychies chroniques sont liées à une inflammation des tissus péri-unguéaux, replis sus-unguéal et/ou latéraux évoluant depuis plus de 6 semaines. Leurs causes sont multiples, le plus souvent liées à la disparition de la cuticule [1].

Buts Étudier les particularités épidémiocliniques et étiologiques des paronychies chroniques dans notre contexte à travers une série de 130 cas.

Patients et méthodes Étude rétrospective menée au service de dermatologie du CHU de Casablanca entre 2006 et 2017. Tous les cas de paronychies chroniques diagnostiqués durant cette période étaient inclus. Les données épidémiologiques, cliniques et étiologiques étaient collectées à travers des fiches préétablies.

Résultats Cent trente cas étaient colligés, incluant 108 femmes et 22 hommes. L'âge moyen était de 42 ans. Quarante patients étaient suivis pour diabète ou autre immunodépression. L'exposition aux irritants était retrouvée chez 63 patients (48 %). Une atteinte polydactylique des mains était notée dans 90 cas (69 %). Le repli proximal affecté dans 88 cas (67 %). La dystrophie unguéale était observée chez 77 patients (59,23 %). Le *Candida* était isolé dans 86 cas (66,15 %). L'eczéma de contact était directement en cause dans 25 cas (19 %). D'autres étiologies étaient retrouvées notamment le psoriasis dans 9 cas (7 %), l'onychotillomanie dans 4 cas (3 %), la prise médicamenteuse (rétinoïdes, chimiothérapie, étanercept) dans 3 cas (2 %), des tumeurs bénignes dans 2 cas (1,5 %) et la rétronychie dans un cas (0,7 %). Sur le plan thérapeutique, l'éviction d'irritants et l'utilisation de dermocorticoïdes était de mise. Les antifongiques systémiques étaient prescrits chez les patients ayant une surinfection mycosique.

Conclusion La dermatite de contact est l'étiologie la plus rapportée de paronychie chronique. Cependant, dans notre étude, le *Candida* représente la cause la plus retrouvée avec notamment une atteinte polydactylique des mains. En effet, c'est un agent pathogène qui s'associe souvent à une paronychie chronique, toutefois, il n'est pas considéré comme agent causatif, mais plutôt comme une colonisation fongique secondaire faisant suite à une perturbation de la barrière formée par l'éponychium et l'ongle en raison d'une irritation chronique [2]. Cette dernière représente un facteur de risque établi, retrouvé chez 48 % de nos patients.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

Références

- [1] Duhard E. Les paronychies. *Presse Med* 2014;43:1216–22.
[2] Bahunuthula RK, Mohan Thappa D, Kumari R, Singh R, Muni-samy M, Parija SC. Evaluation of role of *Candida* in patients with chronic paronychia. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2015;81:485–90.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.067>

P38

Kératodermie palmo-plantaire acquise récalcitrante : penser au mycosis fongicoïde



H. Erraji^{1,*}, F. Hali¹, K. Baline¹, F. Marnissi², S. Chiheb¹

¹ Service de dermatologie-vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

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

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : hind.erraji05@gmail.com (H. Erraji)

Introduction Le mycosis fongicoïde (MF) localisé primitivement aux paumes et aux plantes est rare. Sa présentation est souvent trompeuse, et fréquemment méconnue.

Buts Rapporter 4 cas de mycosis fongicoïde palmo-plantaire (MFPP) initialement diagnostiqués et traités comme eczéma ou psoriasis jusqu'à ce que l'examen histologique avec étude immunohistochimique redresse le diagnostic.

Méthodes Étude rétrospective allant de janvier 2008 à décembre 2016, incluant tous les patients hospitalisés durant cette période pour MF confirmé. Parmi les 72 cas colligés de MF, quatre cas de MFPP ont été retrouvés.

Résultats Il s'agit de 3 femmes et un homme. L'âge moyen était de 62 ans. Le délai moyen avant diagnostic était de 2 ans.

Sur le plan clinique, les quatre patients avaient une kératoderme palmo-plantaire (KPP) prurigineuse, diffuse, hyperkératosique et fissuraire, isolée chez 3 cas et associée à quelques plaques érythémato-squameuses au niveau des jambes chez un cas. La KPP était traitée comme eczéma chez les 2 premiers cas et psoriasis chez les 2 derniers cas. Devant la résistance thérapeutique, la biopsie cutanée était indiquée, ayant permis ainsi de poser le diagnostic de MF. Le bilan d'extension était négatif chez tous les patients. Le méthotrexate à faible dose (25 mg/sem) associé à la puvathérapie locale ou à l'UV balnéothérapie était indiqué dans 3 cas. Le 4^e patient était traité par dermocorticoïde classe très forte associée à la puvathérapie locale. L'évolution était favorable chez tous les patients.

Conclusion Nos cas soulignent l'importance de considérer le MF comme une cause rare mais sérieuse de KPP acquises. En effet, l'atteinte primitive, isolée ou prédominante de la région palmo-plantaire dans le MF n'est décrite que dans 0,6 % des cas [1]. C'est une entité qui n'a pas de présentation clinique spécifique [2] et peut se présenter sous forme de plaques hyperkératosiques, nodules verruqueux, dysidrose ou encore de pustulose, ce qui peut prêter à confusion avec plusieurs dermatoses comme le psoriasis, l'eczéma, la syphilis secondaire, la dysidrose mycosique, le lichen plan hyperkératosique et les verrues conduisant ainsi à un retard diagnostique. Quant à la prise en charge thérapeutique, il n'y a pas de consensus.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

Références

- [1] Resnik K, Kantor G, Lessin S, et al. Mycosis fungoides palmaris et plantaris. Arch Dermatol 1995;131:1052–6.
- [2] Schiller S, Seebode C, Hennies HC, Giehl K, Emmert S. Palmo-plantar keratoderma (PPK): acquired and genetic causes of a not so rare disease. J Dtsch Dermatol Ges 2014;12(9):781–8.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.068>

P39

Atteinte vulvaire des dermatoses acantholytiques familiales : à travers une série tunisienne



Mariem Jrad^{1,*}, Anissa Zaouak¹, Wafa Koubaa², Salima Ben Jannet¹, Hayet Marrak¹, Houda Hammami¹, Samy Fenniche¹

¹ Service de dermatologie, hôpital Habib Thameur de Tunis, Tunisie

² Service d'anatomie pathologique, hôpital Habib Thameur de Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : meriem.jrad@gmail.com (M. Jrad)

Introduction L'atteinte vulvaire au cours des dermatoses acantholytiques familiales est assez rare. Elle cause une gêne considérable aux patients par le préjudice esthétique et sexuel qu'elle cause.

Méthodes Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service de dermatologie de l'hôpital Habib Thameur entre janvier 1981 et mai 2017 colligeant tous les cas de dermatose acantholytique familiale associés à une atteinte vulvaire.

Résultats Six cas ont été colligés, l'âge moyen de début de la maladie était de 28,83 ans. L'atteinte vulvaire s'est accompagnée d'une atteinte anale dans 4 cas. Une atteinte de la muqueuse génitale était notée dans 4 cas. L'aspect clinique était fait de plaques érosives érythémateuses surmontées de rhagades longitudinales prédominantes au niveau des plis inguinaux et des grandes lèvres dans tous les cas, une lichénification associée était observée dans 2 cas et un placard papillomateux dans 2 cas. La pathologie était sévère dans 4 cas, modérée dans 2 cas. Les facteurs aggravants étaient l'hypersudation, les microtraumatismes, les périodes menstruelles et les pilules œstroprogestatives. Concernant

les complications, une surinfection mycosique était observée chez tous les patients, elle était associée à une surinfection bactérienne dans 3 cas. Une surinfection herpétique était retrouvée dans 1 cas. Le diagnostic était établi suite à la survenue d'une poussée très douloureuse de la maladie. Les traitements utilisés étaient les dermocorticoïdes, les antiseptiques et les antihistaminiques chez tous les patients. La disulone à 100 mg/jour était utilisée dans 5 cas. La patiente avec surinfection herpétique a bénéficié d'un traitement par aciclovir en intraveineux.

Discussion L'atteinte vulvaire au cours de la maladie acantholytique familiale apparaît surtout chez des patientes jeunes, et est formée cliniquement par des plaques faites de papules blanchâtres et est souvent initiatrice de la maladie. L'atteinte des grandes lèvres est la plus décrite. Dans notre série, l'aspect clinique le plus retrouvé était des plaques érythémato-vésiculeuses associée à des ulcérations longitudinales et des rhagades prédominant au niveau des grandes lèvres. L'atteinte de la muqueuse vulvaire au cours de la dermatose acantholytique familiale est très invalidante sur le plan esthétique et sexuel. Elle altère considérablement la qualité de vie des patientes. De plus, son diagnostic est difficile du fait de la localisation non exposée des lésions, et des patientes qui n'avouent pas cette localisation par pudeur ou par honte. Par ailleurs, du fait de la macération, cette localisation se complique souvent de surinfections herpétique, bactérienne et mycosique. Pour cela, le traitement de ces lésions est nécessaire et soulage considérablement les patientes. Outre le traitement des complications locales, plusieurs traitements sont proposés notamment la disulone et corticothérapie générale. Concernant les traitements locaux, les dermocorticoïdes doivent être utilisés avec prudence du fait du risque de surinfection.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.069>

P40

Tumeur de Bushke Lowenstein chez une patiente lupique : un défi thérapeutique



Meriem Jrad*, Houda Hammami, Anissa Zaouak, Azima Ben Tanfous, Samy Fenniche
Service de dermatologie, hôpital Habib Thameur Tunis, Tunisie
* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : meriem.jrad@gmail.com (M. Jrad)

Introduction La susceptibilité aux infections par le papillomavirus humain (HPV) chez les patients immunodéprimés ou souffrants de pathologies auto-immune dont le lupus érythémateux systémique est bien établie. Les traitements immunosuppresseurs prescrits chez ces patients augmentent le risque. Les patients atteints de lupus érythémateux systémique (LES) sont à risque de développer une atteinte cervicale, anale et cutanée de carcinomes induits par les HPV. Nous rapportons le cas d'une patiente lupique ayant une tumeur de Bushke Lowenstein avec des verrues étendues à tout le corps et insistons sur les difficultés thérapeutiques rencontrées.

Observation Il s'agit d'une patiente de 53 ans suivie pour un LES avec atteinte rénale et hématologique depuis 8 ans traitée par corticothérapie générale à la dose de 15 mg/jour associée aux antipaludéens de synthèse et au mycophénolate-mofétil (MMF). La patiente nous a été adressée pour des tumeurs végétantes multiples évoluant depuis 2 ans. L'examen cutané a retrouvé de multiples papules et nodules kératosiques, exophytiques faisant de 0,5 à 5 cm de diamètre au niveau du tronc et des flancs. L'examen a également révélé une tumeur périnéale volumineuse en chou-fleur faisant 6 × 3 cm de grand axe. Le diagnostic de tumeur de Bushke Lowenstein était confirmé par la biopsie. L'examen gynécologique était sans anomalies. Le MMF n'a pas pu être interrompu à cause du risque d'aggravation du Lupus. Le traitement chirurgical n'était

pas possible à cause de l'extension très importante des lésions. La patiente était traitée par cryothérapie et électrocoagulation avec une régression partielle des lésions après 8 séances.

Discussion Une étude danoise récente colligeant 576 cas a montré que les patients lupiques avaient un risque accru de développer des tumeurs de la marge anale, des dysplasies cervicales et des carcinomes in situ. Les patients atteints de LES traités avec le MMF ont une diminution du nombre de lymphocytes B et de cellules NK. Une corrélation positive était retrouvée entre la dose de MMF et le nombre de lésions cutanées à HPV. Les traitements immunosuppresseurs, incluant le MMF, sont incriminés dans l'altération de l'immunité humorale et cellulaire à cellules NK, augmentant ainsi le risque d'infection par le HPV et sa persistance dans le corps. Un cas de régression de lésions induites par le HPV après arrêt de MMF a été rapporté. Cette alternative n'a pas été recommandée par les internistes chez notre patiente. L'utilité du vaccin contre le HPV est discutée dans ces cas. En effet, certains auteurs recommandent la vaccination chez les patients atteints de LES alors que quelques cas de survenue de lésions à HPV après vaccination ont été rapportés. Le traitement était difficile chez notre patiente et n'a abouti qu'à une amélioration partielle à cause de la douleur au cours des séances cryothérapie. Ceci appuie et insiste sur les difficultés thérapeutiques rencontrés chez ces patients.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.070>

P41

Érythème noueux : une manifestation extra-mammaire rare de la mastite granulomateuse survenant chez une femme enceinte



Mariam Jrad^{1,*}, Anissa Zaouak¹, Asma Raboudi¹, Ihsen Ben Brahim², Houma Hammami¹, Samy Fenniche¹

¹ Service de dermatologie, hôpital Habib Thameur de Tunis, Tunisie

² Service d'anatomie pathologique, hôpital Habib Thameur de Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : meriem.jrad@gmail.com (M. Jrad)

Introduction La mastite granulomateuse idiopathique est une pathologie rare caractérisée par une inflammation chronique des seins associée à la formation d'abcès multiples d'étiologie inconnue. L'association à un érythème noueux a été rarement rapportée. Nous rapportons le cas d'une femme enceinte atteinte d'une mastite granulomateuse avec un érythème noueux ayant posé un problème de prise en charge thérapeutique.

Observation Une femme âgée de 32 ans enceinte à 17 semaines d'aménorrhée, sans antécédents pathologiques notables, qui nous a consulté pour des nouures hypodermiques des deux jambes associées à une fièvre et des arthralgies bilatérales des chevilles. L'examen cutané a révélé des nodules sous-cutanés à surface violacée en regard des chevilles. L'examen des seins a retrouvé une induration sous-cutanée bien circonscrite au niveau des quadrants inférieur et latéral du sein droit sans atteinte aréolaire ni rétraction en regard. À la biologie, elle avait une accélération de la vitesse de sédimentation à 54 mm/h, une élévation de la CRP à 148 mg/L et une hyperleucocytose à 15 000/mm³. Une échographie mammaire a retrouvé de multiples collections simulant des abcès. Une biopsie a été pratiquée retrouvant la présence de granulomes non caséux confinés aux lobules graisseux. Aucun micro-organisme n'a été retrouvé aux colorations de Gram, Ziehl-Nelson et PAS. Les granulomes étaient formés de cellules épithélioïdes et cellules géantes de Langerhans. Un infiltrat inflammatoire fait de neutrophiles et de lymphocytes était associé. Devant ces données clinico-histologiques, le diagnostic de mastite granulomateuse idio-

pathique associée à un érythème noueux a été retenu. Elle a alors bénéficié de plusieurs cures d'antibiotiques sans amélioration. Nous avons alors opté pour une corticothérapie générale à la dose de 1 mg/kg/jour avec bonne évolution.

Discussion Nous rapportons un cas de mastite granulomateuse avec érythème noueux survenant chez une femme enceinte. L'érythème noueux est une manifestation extra-mammaire rare de la mastite granulomateuse, d'autant plus qu'elle survient au cours de grossesse. L'association de l'érythème noueux à la mastite granulomateuse appuie la théorie que cette dernière soit due à un mécanisme immunologique. L'amélioration des patients sous corticothérapie est aussi en faveur de cette théorie. Dans notre cas, nous étions confrontés à un défi thérapeutique. La patiente a résisté à plusieurs cures d'antibiotiques. Une corticothérapie systémique était prescrite avec une résolution de la fièvre, une baisse de la CRP et une disparition de l'érythème noueux en 2 semaines. En cas de corticorésistance, les immunosuppresseurs comme le méthotrexate et l'azathioprine peuvent être prescrits.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.071>

P42

Caractéristiques cliniques et déterminants de survenue de la maladie de kaposi au cours de l'infection par le VIH : étude cas-témoin rétrospective de 16 ans à Yaoundé, Cameroun



D.N. Tounouga^{1,2,*}, E.A. Kouotou^{1,2}, J.R. Nansseu², A.C. Bissek²

¹ Centre hospitalier universitaire de Yaoundé (CHUY), Cameroun

² Faculté de médecine et des sciences biomédicales, université de Yaoundé I, Cameroun

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : datounouga@gmail.com (D.N. Tounouga)

Introduction L'infection par le VIH a totalement changé la présentation de la maladie de Kaposi (MK), entraînant ainsi une croissance rapide et une forme plus agressive qu'avant l'ère du VIH. Bien que l'Afrique subsaharienne soit la plus touchée par le VIH, les caractéristiques cliniques et les facteurs déterminants de la MK restent mal connus dans la région.

Buts Cette étude visait à déterminer les caractéristiques épidémiologiques et cliniques de la MK ainsi que les déterminants de survenue de cette maladie chez les patients infectés par le VIH résidant au Cameroun.

Méthodologie Nous avons mené une étude rétrospective cas-témoin (1:3) à l'hôpital central de Yaoundé au Cameroun. Les cas étaient des patients séropositifs au VIH suivis sur le site d'étude de 2001 à 2016, chez qui le diagnostic de MK a été posé après confirmation histologique. Les témoins étaient des patients séropositifs suivis pendant la même période, exempts de MK et appariés aux cas selon l'âge et le sexe. Une analyse par régression logistique a permis d'étudier les facteurs de risque potentiels de la MK.

Résultats Des 14 220 dossiers étudiés, 316 cas de MK ont été identifiés, soit une incidence de 2,2 %. Un total de 266 cas (55 % hommes) a été inclus dans notre étude, auxquels 798 témoins ont été appariés. L'âge des patients variait de 17 à 72 ans avec une moyenne de 37,7 ± 9,6 ans. Au moment du diagnostic de l'infection, les taux de CD4 allaient de 1 à 885 cellules/mm³ pour les cas et de 1 à 1366 cellules/mm³ pour les témoins avec une médiane de 174 cellules/mm³ et 172 cellules/mm³, respectivement ($p=0,865$). Les lésions étaient principalement localisées sur la peau (81,6 %), suivies des muqueuses (15,8 %). Les principaux aspects cliniques étaient : le lymphœdème (35 %), les papulo-nodules (25,8 %) et les macules d'érythémato-angiomatoses (14,3 %). À l'analyse univariée par régression logistique, le diabète (OR [IC95 %]: 2,9 [1,2–7,2]; $p=0,03$), le prurigo (OR [IC95 %]: 0,3 [0,1–0,8]; $p=0,01$)

et un taux de $CD4 \geq 500$ cellules/mm³ (OR [IC95 %]: 0,5 [0,3–0,8]; $p = 0,003$) étaient les 3 facteurs ayant un impact significatif sur la survenue de la MK. Après analyse multivariée, seul le taux de $CD4 \geq 500$ cellules/mm³ (OR ajusté [IC95 %]: 0,4 [0,2–0,8]; $p = 0,01$) était significatif.

Conclusion La MK est fréquente chez les personnes infectées par le VIH au Cameroun, et constitue un mode de révélation fréquent de la maladie. Les patients avec un taux de $CD4 \geq 500$ cellules/mm³ peuvent présenter un risque plus faible de développer la MK.

Mots clés Épidémiologie ; La maladie de Kaposi ; VIH ; Yaoundé ; Cameroun

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.072>

P43

Lichen plan pemphigôïde érythrodermique

M. Lakhmiri*, M. Meziane, L. Benzekri, B. Hassam, K. Senouci

Service de dermatologie, hôpital Ibn Sina, Rabat, Maroc
* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : myriam.lakhmiri@gmail.com (M. Lakhmiri)

Introduction Le lichen bulleux et érythrodermique est exceptionnel. Sept cas de lichen plan pemphigôïde érythrodermique ont été décrits à ce jour à notre connaissance.

Observation Nous rapportons le cas d'une patiente de 28 ans, sans antécédents, qui consultait pour une érythrodermie bulleuse et prurigineuse évoluant depuis 2 mois. Les lésions étaient initialement papulo-violacées prurigineuses sur le tronc avant de confluer en plaques et de s'étendre aux membres. Des bulles tendues à contenu clair étaient apparues après 6 semaines, sur les plaques lichénoïdes et à distance de celles-ci. Le signe de Nikolsky était négatif. Le reste de l'examen somatique, en particulier des phanères, était normal. Le diagnostic de lichen plan pemphigôïde érythrodermique était retenu sur les données de l'examen clinique, de l'étude histologique de deux biopsies cutanées et de l'immunofluorescence indirecte qui trouvait des anticorps anti-membrane basale à 1/80. L'immunofluorescence directe était négative ainsi que le bilan paranéoplasique. Aucun facteur déclenchant n'était retrouvé. Un traitement par corticothérapie orale (0,7 mg/kg/j) était instauré. L'évolution était bonne avec disparition du prurit en 3 semaines et absence de rechute après 5 mois de suivi.

Conclusion Nous rapportons un cas exceptionnel de lichen plan pemphigôïde érythrodermique ayant bien évolué sous corticothérapie. Le diagnostic peut être difficile et doit être porté sur un faisceau d'arguments cliniques, histologiques et immunologiques.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.073>



P44

Qualité de vie au cours du psoriasis : étude transversale chez des hommes tunisiens



Talel Badri, Wissem Hafsi*, Ahmed Walid Meziou, Insaf Mokhtar
Service de dermatologie, hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie
* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : wissemhafsi@gmail.com (W. Hafsi)

Introduction Le psoriasis (P) est une dermatose inflammatoire chronique se manifestant par des plaques érythémato-squameuses évoluant par poussées.

Buts Évaluer la qualité de vie (QDV) de nos malades, et sa liaison avec la sévérité clinique du P, les éléments épidémiologiques, les comorbidités et les troubles sexuels (notamment la dysfonction érectile : DE).

Méthodes C'est une étude transversale effectuée entre les mois de juin et de septembre 2013, incluant successivement les hommes consultant pour P. Les échelles suivantes ont été utilisées : DLQI (pour la QDV), le PASI (pour la sévérité clinique du P) et l'IIEF 5 (pour la DE). Les données ont été analysées au moyen du logiciel SPSS.

Résultats Trente-quatre patients ont été inclus, d'âge moyen $45,5 \pm 17,4$ ans. Un patient sur quatre avait d'autres pathologies en plus du P. Le tabagisme et l'alcoolisme étaient respectivement observés dans 56 % et 35 % des cas.

Nos patients avaient en moyenne $2 \pm 2,1$ poussées par an. Le P atteignait une zone découverte dans 70 % des cas. La localisation génitale était notée chez 65 % des patients. Un rhumatisme psoriasique était noté dans 19 % des cas. Le PASI moyen était de $15,2 \pm 11,2$. Au moment de l'étude, la moitié des cas ne recevait aucun traitement et 10 % étaient traités uniquement par des médicaments topiques. Le syndrome métabolique était noté chez 15 % des malades. Soixante-cinq pour cent des patients étaient mariés. Un conflit conjugal était présent chez un marié sur quatre.

La majorité des patients (76 %) avait une altération modérée ou importante de la QDV. La moitié des patients ont rapporté spontanément l'existence d'une DE. L'IIEF5 était compatible avec une DE chez deux patients sur trois (65 %).

La liaison statistique avec l'altération de la QDV était significative pour la consommation du tabac et de l'alcool, le nombre de poussées par an, la voie du traitement, le rhumatisme psoriasique, l'altération de l'IIEF5. Elle n'était pas significative pour l'âge, le PASI, les antécédents familiaux de P, l'ancienneté du P, l'atteinte de zones découvertes, l'atteinte inguinale, l'atteinte des organes génitaux externes, les autres comorbidités, les prises médicamenteuses (autres que pour le P), l'IMC, l'hypertension artérielle, le syndrome métabolique, l'état civil, les conflits conjugaux, les années de mariage, la DE spontanément rapportée, les autres troubles sexuels et la de ce trouble.

Conclusion Actuellement, l'évaluation de la gravité du P prend en considération son retentissement sur la QDV du malade. L'amélioration de la qualité de vie reste l'objectif final dans la prise en charge du P, le pronostic vital n'étant qu'exceptionnellement engagé. Le fait de dépister et traiter les troubles sexuels pourrait améliorer la QDV chez les hommes ayant un P.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.074>

P45

Ulcérations cutanées mimant un pyoderma gangrenosum révélatrices d'une granulomatose éosinophilique avec polyangéite



Saloua Ismail¹, Wissem Hafsi^{1,*}, Mouna Chebbi¹, Amani Gharbi¹, Imed Ben Ghorbel², Ines Chelly³, Nidhameddine Kchir³, Habib Houman², Mourad Mokni¹

¹ Service de dermatologie, hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie

² Service de médecine interne, hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie

³ Service d'anatomie et de cytologie pathologiques, hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : wissemhafsi@gmail.com (W. Hafsi)

Introduction La granulomatose éosinophilique avec polyangéite (GEPa) est une vascularite nécrosante touchant les petits vaisseaux, qui peut rarement être révélée par des lésions cutanées.

Buts Nous rapportons le cas d'une GEPa révélée par des ulcérations cutanées mimant un pyoderma gangrenosum.

Observation Une femme de 53 ans nous consultait pour de vastes ulcères cutanés apparaissant et évoluant rapidement depuis 3 semaines. À l'examen, elle avait un placard ulcéreux aux bords déchiquetés faisant 10 cm de diamètre, avec issue de pus au niveau de la face interne de la cuisse droite, et 2 plaques ulcéronécrotiques de 4 cm de diamètre au niveau de la face interne de la cuisse gauche.

L'interrogatoire retrouvait la notion de 2 épisodes de thrombose veineuse du membre inférieur gauche et un asthme allergique sévère évoluant depuis un an.

Le reste de l'examen retrouvait une apyrexie, un œdème bilatéral des membres inférieurs gardant le godet ainsi qu'une diminution de la sensibilité et de la force musculaire avec abolition des réflexes ostéotendineux au niveau des 4 membres.

Le bilan biologique révélait une hyperéosinophilie à 1280/mm³ avec une anémie macrocytaire, une protéinurie à 1,4g/24h et des c-ANCA positifs de type MPO.

L'examen histologique d'un fragment cutané montrait une vascularite leucocytoclasique et nécrosante de la paroi vasculaire, et infiltrat dermique composé de polynucléaires éosinophiles et neutrophiles s'organisant en granulomes éosinophiliques par endroits. L'IFD montrait un dépôt vasculaire de type IgG, IgM, C3 et C1q et IgA.

Une biopsie musculaire objectivait une atteinte neurogène avec infiltrat inflammatoire dense et atteinte axonale sévère compatibles avec une vascularite touchant les nerfs.

Le diagnostic de GEPa était ainsi retenu devant l'association d'un asthme sévère d'apparition tardive, d'une hyperéosinophilie, d'une vascularite leucocytoclasique et nécrosante, d'une polyneuropathie axonale sensitivomotrice des 4 membres et de c-ANCA positifs de type MPO.

Un traitement immunosuppresseur combinant du prednisone à la dose de 1 mg/kg/j et des cures mensuelles de cyclophosphamide était instauré et permettait ainsi une cicatrisation complète des lésions cutanées et une amélioration nette des atteintes systémiques et biologiques.

Conclusion Au cours de la GEPa, les lésions cutanées, bien qu'inconstantes et polymorphes, permettent parfois d'orienter le diagnostic si le contexte clinique le permet et une confrontation anatomoclinique méticuleuse est faite.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.075>

P46

Bourgeons charnus multiples induits par les médicaments : à propos de 4 cas



F. Rabhi*, H. Hammami, W. Sassi, A. Zaouak, S. Fenniche
Service de dermatologie, hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : rabhi.faten18@gmail.com (F. Rabhi)

Introduction Les bourgeons charnus (BC) sont des proliférations vasculaires bénignes. Les ongles sont souvent atteints vu la fréquence élevée des traumatismes et la richesse de la vascularisation de l'appareil unguéal. Des cas de BC multiples induits par des médicaments sont rapportés dans la littérature.

Matériels et méthodes Nous avons colligé les cas de BC multiple d'origine médicamenteuses ayant consulté au service de dermatologie de l'hôpital Habib Thameur au cours de la période allant de 2011 à 2016.

Résultats Nous avons colligé 4 cas. Ils étaient tous de sexe masculin. L'âge moyen était de 20 ans. Un patient était sous trois antiépileptiques et les 3 autres étaient sous des neuroleptiques et antiépileptiques. Le délai moyen d'apparition était de 3 mois. Ces BC étaient péri-unguéaux dans 4 cas et sous unguéaux dans 1 cas. Le nombre moyen des doigts et des orteils atteints était quatre. Les BC étaient localisés au niveau des doigts dans un seul cas et au niveau des orteils dans 3 cas. Des surinfections bactériennes étaient notées dans 2 cas. Les médicaments incriminés étaient le lévoméromazine dans deux cas et le carbamazépine et le phénytoïne dans chacun des autres cas. Tous les patients avaient bénéficié d'un traitement symptomatique par cryothérapie et électrocoagulation. Une évolution favorable après l'arrêt du médicament inducteur était obtenue dans seul cas. La substitution n'était pas possible dans 2 cas. Le quatrième commençait à s'améliorer 3 semaines après l'arrêt.

Discussion Les BC sont idiopathiques, secondaires à des traumatismes aigus ou répétés, associées à la grossesse et à des maladies inflammatoires ou induites par des médicaments. La cause médicamenteuse doit être suspectée devant le nombre des BC, l'atteinte simultanée des doigts et des orteils, la résistance aux traitements usuels et l'absence d'une pathologie sous-jacente comme le psoriasis, la sarcoïdose, et les spondylarthrites. Les médicaments souvent incriminés dans la littérature sont les rétinoïdes systémiques, les agents antirétroviraux et les agents anticancéreux en particulier ceux qui ciblent la voie du facteur de croissance endothélial vasculaire (VEGF) et les inhibiteurs du récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR). Dans notre série, il s'agit plutôt de médicaments antiépileptiques (carbamazépine, phénytoïne) et antipsychotique (lévoméromazine). La pathogénie est encore mal élucidée. Il est possible que les médicaments cités activent des facteurs pro-angiogéniques et inhibent les collagénases.

Conclusions Les antiépileptiques et les neuroleptiques devraient être inclus dans la liste des médicaments associés à l'apparition des BC unguéaux multiples. D'autres études sont nécessaires pour expliquer la physiopathologie.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.076>

P47

Érysipèle : étude bactériologique de 35 casZ. Kaddioui^{1,*}, F.-Z. El Fatoiki¹, H. Belabbes², F. Hali¹, S. Chiheb¹¹ Service de dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc² Service de bactériologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : zina.kaddioui@gmail.com (Z. Kaddioui)

Introduction L'érysipèle est une dermo-hypodermite bactérienne aiguë, non nécrosante, généralement due au *Streptococcus pyogenes*. Nous rapportons une étude prospective dans le but est de décrire les caractéristiques bactériologique des érysipèles à Casablanca.

Patients et méthodes Il s'agit d'une étude prospective réalisée au service de dermatologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca entre mai 2016 et avril 2017. Après obtention de leur consentement éclairé, tous nos patients ont bénéficié d'une biopsie cutanée au punch 3 mm au niveau de l'érysipèle. Il n'a pas été utilisé de désinfectant ni d'antiseptique avant la réalisation de la biopsie. Une désinfection à la bétadine iodée était utilisée après la réalisation de la biopsie suivie de la mise en place d'un pansement simple. Le prélèvement cutané était mis dans un sérum physiologique puis acheminé immédiatement pour étude bactériologique. L'étude bactériologique consistait à l'examen direct puis la mise en culture du fragment biopsique sur gélose de Chapman suivis par la réalisation d'un antibiogramme.

Résultats Ont été colligés 35 cas d'érysipèle, dont 21 cas (60 %) de sexe féminin, l'âge moyen était de 55 ans. Une antibiothérapie préalable a été entreprise dans 10 cas (28 %) avant l'hospitalisation, dominé par l'amoxicilline-acide clavulanique dans 8 cas. L'érysipèle siège au niveau du membre inférieur dans 34 cas (97,14 %), bilatéral dans 5 cas (14,28 %). Il s'agissait d'une récurrence de l'érysipèle dans 7 cas (20 %). Une prise d'antibioprophylaxie était retrouvée dans 1 cas arrêtée 2 mois avant la récurrence. Un terrain prédisposant a été identifié dans 28 cas (80 %) dominé par le diabète. Une porte d'entrée retrouvée dans 30 cas (85,71 %) dominés par les intertrigo dans 17 cas (48,57 %). Parmi les 35 biopsies cutanées réalisées, 13 cas (37,14 %) ont été positifs dont 7 cas étaient prélevés sur des érysipèles récidivants. Les germes retrouvés étaient dominés par les BGN 12 cas (34,29 %) (5 cas de *Pseudomonas aeruginosa*, 4 cas d'entérobactérie et 3 cas d'association multibactérienne) et un *Staphylococcus aureus* dans 1 cas. Une antibiothérapie orientée en fonction des résultats de l'antibiogramme était mise en place chez tous les patients.

Discussion Dans notre série, 12 cas de BGN ont été isolés dont 7 étaient récidivants. Ont été retrouvés 3 cas d'associations de BGN multirésistants. Ce profil bactériologique peut être lié à l'utilisation abusive des antibiotiques en ambulatoire. Notre attitude thérapeutique est restée classique adaptée par la suite aux résultats de la biopsie cutanée avec une bonne évolution.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.077>

P48

Un lupus tuberculeux révélant une tuberculose pulmonaire : à propos d'un casA. Chiali^{a,*}, A. Khelil^a, A. Mahmoudi^a, F.Z. Sahnoun^a, S. Asklou^a, H. Cherrak^a, M. Métahri^b^a Service de dermatologie, CHU d'Oran, Algérie^b Service de pneumophysiologie A, CHU d'Oran, Algérie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : chiali.amel@yahoo.fr (A. Chiali)

Introduction Le lupus tuberculeux est la forme la plus fréquente des tuberculoses cutanées dans différentes régions du monde en particulier dans les pays industrialisés. C'est une forme de tuberculose cutanée paucibacillaire où l'existence d'une autre localisation tuberculeuse profonde active, ganglionnaire ou viscérale, est très inconstante. Il peut s'agir d'une réactivation d'un foyer cutané latent, ostéo-articulaire ou ganglionnaire qui se propage à la peau ou à la muqueuse, ou constitué par voie hémotogène chez un malade tuberculeux. Il atteint la femme deux fois sur trois. Il est le plus souvent unique et son siège de prédilection est le visage. Nous rapportons à travers une observation, le cas d'un lupus tuberculeux ayant permis de révéler une ancienne tuberculose pulmonaire infraclinique.

Observation Patient D.Y. âgée de 60 ans originaire et demeurant à Saida, de niveau socio-économique bas, sans profession, consulte pour une plaque lupoïde et atropho-cicatricielle du nez évoluant depuis 10 ans. À l'anamnèse, elle ne rapporte aucun antécédent personnel ou familial particulier ni de notion de contagion tuberculeux. L'examen clinique met en évidence une plaque rouge squamo-croûteuse légèrement infiltrée touchant le nez avec un aspect de mutilation cicatricielle (disparition de la zone cartilagineuse inter-narinaire entraînant une déformation de la pointe du nez et des narines). D'autres lésions similaires de plus petite dimension touchent la région préauriculaire et le pavillon de l'oreille (surtout l'hélix) droits. Au niveau de l'avant-bras gauche, est retrouvé un placard rouge violacé s'étalant sur les 2 faces interne et externe, grossièrement ovale, à contours réguliers polycycliques, plus ou moins surélevés par rapport à un centre plus clair avec une périphérie serpiginieuse inflammatoire. À proximité de ce placard précisément à côté du coude gauche, 3 petites plaques d'aspect similaire sont observées. La vitropression met en évidence un infiltrat brun jaunâtre (lupome). Le reste de l'examen somatique s'est révélé sans particularité avec un état général bien conservé. L'intradermoréaction à la tuberculine est fortement positive (induration de 18 mm de diamètre à la 72^e heure). L'examen histologique d'un fragment cutané retrouve au niveau du derme des follicules épithélio-gigantocellulaires sans nécrose caséuse. La recherche du *Mycobacterium tuberculosis* au niveau de la culture d'un fragment biopsique sur le milieu de Löwenstein-Jensen et par la technique de PCR (méthode Xpert MTB[®]/RIF) est revenue négative. La radiographie thoracique de face visualise des lésions séquellaires d'une ancienne tuberculose pulmonaire à type de fibrose rétractile du parenchyme avec une atélectasie modérée du poumon droit ainsi qu'une caverne au niveau du lobe supérieur. La radiographie nez-menton-plaque révèle un voile du sinus maxillaire gauche avec un épaississement des parties molles nasales (absence de lésions osseuses). La recherche du bacille de Koch dans les crachats, les sécrétions nasales et lacrymales, les urines et les pertes s'est avérée négative. La sérologie VIH négative. Les autres examens biologiques étaient normaux. Sur le plan thérapeutique, la patiente a reçu la quadrithérapie antituberculeuse (éthambutol, rifampicine, isoniazide et pyrazinamide) en traitement d'attaque durant 2 mois et un traitement d'entretien à base de la bithérapie (rifampicine et isoniazide) durant 4 mois. La réponse thérapeutique a été favorable au bout de 3 mois de traitement.

Conclusion Le diagnostic du lupus tuberculeux est souvent retenu devant un faisceau d'arguments cliniques et paracliniques, notamment l'histologie et l'intradermoréaction à la tuberculine (IDRT).

L'évolution chronique est caractéristique. Habituellement aucun foyer tuberculeux évolutif n'est associé. Toutefois, certains auteurs ont décrit des cas dans lesquels l'atteinte cutanée a été révélatrice, comme dans notre observation, d'une tuberculose pulmonaire infraclinique. Devant toute tuberculose cutanée, un bilan de dissémination de l'infection tuberculeuse s'avère obligatoire à la recherche d'un autre foyer actif ou non, concomitant ou initial pouvant orienter vers le choix du régime thérapeutique adéquat.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.078>

P49

Profil épidémiologique-clinique des lymphomes cutanés primitifs au service de dermatologie du CHU d'Oran



A. Chiali*, A. Khelil, N.H. Mahmoudi, F. Sahnoun, N. Benzebbouchi, C. Medjahdi, N. Ammar, F. Sari
Service de dermatologie, CHU d'Oran, Algérie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : chiali.amel@yahoo.fr (A. Chiali)

Introduction Les lymphomes cutanés primitifs (LCP) correspondent à une prolifération lymphocytaire maligne à point de départ cutané. Ils représentent par ordre de fréquence le 2^e type de lymphomes extra-ganglionnaires après les lymphomes digestifs. Le mycosis fongoïde (MF) est le plus fréquent des lymphomes T. Le diagnostic repose sur la confrontation des données cliniques, histologiques et immunohistochimiques.

But Ce travail a pour objectif de dresser le profil épidémiologique et clinique de cette pathologie.

Matériels et méthodes Il s'agit d'une étude rétrospective sur dossier de malades, réalisée sur une période de 10 ans (janvier 2007–décembre 2016). Notre travail a porté sur 31 cas de LCP. Les dossiers incomplets ont été exclus de l'étude. Les données ont été recueillies à partir de la présentation clinique initiale (type, nombre, taille et localisation des lésions cutanées), de la présence ou l'absence de signes généraux, d'adénopathies palpables ou d'organomégalie, du type histologique du lymphome, de la classification TNM et du stade au moment du diagnostic, des résultats des examens complémentaires (la recherche de cellules de Sézary circulantes, le taux de la LDH, le bilan radiologique [radiographie thoracique, scanner thoraco-abdomino-pelvien...]), de la prise en charge, de la réponse thérapeutique et de l'évolution des patients. Le diagnostic a été retenu devant la conjonction des signes cutanés, de l'examen histologique à partir de biopsies étagées et de l'immunomarquage de l'infiltrat dermique (immunohistochimie) qui n'a pu être pratiqué que chez 10 malades.

Résultats L'âge médian au diagnostic est de 59,7 ans avec des extrêmes d'âge allant de 32 à 80 ans. Le sujet âgé (âge compris entre 65 ans et 80 ans) a été touché dans 48,5 % des cas ($n=15$). L'adulte d'âge moyen a été atteint dans 35,5 % ($n=11$) et l'adulte jeune dans 16 % ($n=5$). Une légère prédominance masculine a été notée (sex-ratio H/F : 1,2). Nous n'avons pas eu de cas pédiatrique. Le délai diagnostique moyen est de 5,3 ans avec des extrêmes estimés à 4 mois et à 28 ans. Une nette prépondérance des LCP T a été constatée (93,5 %). Le MF a représenté l'entité principale (87 %). Le MF classique a été rencontré dans 74 % ($n=23$), le MF chalazodermique dans 6,4 % ($n=2$), le MF pilotrope dans 3,2 % ($n=1$) et le lymphome pagétoïde dans 3,2 % ($n=1$). Le syndrome de Sézary a été observé dans 6,4 % ($n=2$). Par ailleurs, 2 cas de LCP B (6,4 %) ont été répertoriés et représentés par 1 cas de LCP

diffus à grandes cellules B, de type membre inférieur et 1 cas de LCP de la zone marginale, diagnostiqués sur l'identification d'un phénotype CD 20+ et CD 79a. En ce qui concerne les manifestations cutané-phanériennes associées, le prurit a été constant chez tous les malades. Un état ichtyosiforme est retrouvé dans 6,4 % ($n=2$) et une kératodermie palmo-plantaire objectivée dans 16 % ($n=5$). L'alopécie et la dépilation est mise en évidence dans 22,6 % ($n=7$) ainsi que la dystrophie unguéale dans 13 % ($n=4$). À propos des dermatoses associées ou préexistantes, nous avons noté une association au parapsoriasis poikildermique (1 cas), au pityriasis rubra pilaire (1 cas), à l'actinoréticulose (1 cas), à la dermatite atopique (1 cas), et au psoriasis (1 cas). Par ailleurs, une notion de carcinome épidermoïde du larynx a été rapportée dans un cas. La majorité des patients avait un état général conservé initialement. Seulement 9,6 % des malades ($n=3$) ont présenté une altération de l'état général. Il s'agit de cas de MF au stade tumoral, de MF érythrodermique et de syndrome de Sézary. Concernant l'atteinte cutanée, 64,5 % des cas de MF ($n=20$) ont été orientés à notre niveau à des stades avancés (au stade T4 dans les 42 % [$n=13$] des cas et au stade T3 dans les 22,5 % des cas [$n=7$]).

L'analyse immunohistochimique de l'infiltrat lymphocytaire cutané pratiquée dans 10 cas, a révélé surtout un phénotype CD3+/CD4+/CD8– au cours des lymphomes T. Cette technique a confirmé les 2 lymphomes B en mettant en évidence les marqueurs CD20 et CD 79a.

L'envahissement ganglionnaire par le processus lymphomateux a été rencontré dans 9,4 %. Par ailleurs, les adénopathies réactionnelles ont été diagnostiquées dans 32,2 %.

Au cours des lymphomes T, le frottis de sang périphérique à la recherche de cellules de Sézary a objectivé un taux > 1000/mm³ dans les 2 cas de syndrome de Sézary (6,4 %), un taux > 5 % (B1) dans 6,4 % ($n=2$) et un nombre < 5 % (B0) dans 80,6 % ($n=25$).

Dans notre série, l'envahissement viscéral n'a pas été noté.

Parmi les anomalies de l'hémogramme, une hyperleucocytose a été mise en évidence dans 32,2 % ($n=10$), une hyperéosinophilie dans 13 % ($n=4$) et une lymphocytose dans 9,6 % ($n=3$).

Le taux de la LDH était élevé dans 22,5 % des cas ($n=7$).

La biopsie ostéo-médullaire (BOM) a été pratiquée chez 3 malades (formes agressives) et n'a pas objectivé d'envahissement médullaire.

La cytométrie en flux (immunophénotypage des lymphocytes circulants) pour rechercher une monoclonalité a été réalisée chez 2 malades présentant une lymphocytose. Elle est revenue négative. Sur le plan thérapeutique, les dermocorticoïdes ont été utilisés seuls ou combinés aux rétinoïdes oraux dans 13 % ($n=4$). Le méthotrexate a été instauré en association avec une corticothérapie générale ou locale dans 71 % ($n=22$) et la polychimiothérapie dans 16 % des cas ($n=5$).

La durée moyenne de suivi a été de 3 ans. Parmi les patients, 25,8 % ($n=8$) sont décédés ; 35,5 % ($n=11$) sont perdus de vue et 38,7 % ($n=12$) des malades sont suivis jusqu'à ce jour. Chez ces derniers, la rémission obtenue a été complète dans 25. Huit pour cent ($n=8$) et partielle dans 13 % ($n=4$). Le taux de survie globale à 5 ans a été estimé à 61 %.

Conclusion Les lymphomes cutanés primitifs (LCP) forment un groupe hétérogène de proliférations de cellules lymphoïdes T et B mûres. La plupart d'entre eux sont d'évolution indolente. Comme toutes les maladies cancéreuses les LCP nécessitent une prise en charge multidisciplinaire.

En général, les LCP partagent des données épidémiologiques et paracliniques concordantes avec celles décrites dans la littérature. Comme les principales séries, notre étude retrouve une prédominance des LCP T (93,5 %) sur les LCP B et le MF 87 % représente l'entité principale des LCP T.

Les données recueillies ont été comparable à celles retrouvées dans les publications telles que la prédominance masculine, l'âge médian au diagnostic, la rareté de l'atteinte ganglionnaire et de l'envahissement hématologique ou médullaire.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.079>

P50

Mastite tuberculeuse : à propos d'un cas

A. Chiali*, A. Khelil, N.H. Mahmoudi, F.Z. Sahnoun, F. Abudhies, D. Attou, N. Ammar, S. Asklou, F. Sari
Service de dermatologie, CHU d'Oran, Algérie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : chiali.amel@yahoo.fr (A. Chiali)



Introduction La mastite tuberculeuse ou la tuberculose mammaire est une affection rare, même en pays d'endémie. Elle représente environ 0,06 % à 0,1 % de l'ensemble des localisations tuberculeuses et le 0,025 % à 4,5 % de l'ensemble de la pathologie mammaire. Elle se rencontre essentiellement durant la période d'activité génitale, habituellement entre l'âge de 20 et 40 ans, et reste rare chez la femme ménopausée. Elle serait favorisée par la grossesse, la lactation et la multiparité. Son diagnostic est difficile vu la multiplicité et la non-spécificité de ses aspects cliniques et radiologiques qui sont souvent trompeurs et posent un réel problème de diagnostic avec les cancers du sein. Nous vous rapportons un cas de mastite tuberculeuse droite confirmée par la positivité des examens bactériologiques (culture).

Observation Patient M.A., âgée de 66 ans, ménopausée et mère de 6 enfants, aux antécédents d'allaitement, admise pour une ulcération du sein droit secondaire à l'incision d'un nodule suppuré qui évolue depuis 6 mois. Cette lésion est sous mamelonnaire. Elle siège au niveau du quadrant inféro-interne débordant sur le quadrant inféro-externe du sein droit. L'aspect est celui d'une ulcération linéaire mesurant 3 cm de longueur sur 0,5 cm de largeur à bordure surélevée, irrégulière et violacée et à fond sec, par endroits fibreux. La pression de la lésion provoque l'écoulement d'un liquide séropurulent. La palpation des seins retrouve 2 nodules de 1,5 à 2 cm de diamètre, mobiles, paramammellonnaires du sein droit. L'aspect du mamelon droit est normal. La pression des mamelons n'a pas objectivé d'écoulement mamelonnaire. Les aires ganglionnaires sont libres.

La mammographie a objectivé des ganglions intramammaires droits. L'échographie mammaire a visualisé une formation liquidienne au niveau du sein droit.

L'intradermoréaction à la tuberculine est fortement positive (induration de 20 mm de diamètre à la 72^e heure). La cytoponction d'un nodule paramammellonnaire du sein droit montre des amas de cellules épithélioïdes. L'examen histologique d'un fragment cutané retrouve un aspect de granulome tuberculoïde sans nécrose caséuse. La culture du pus sur le milieu de Löwenstein-Jensen a identifié des colonies du *Mycobacterium tuberculosis* (4 colonies au 28^e jour).

La radiographie thoracique de face est sans particularité.

La recherche du bacille de Koch dans les crachats, les urines et les pertes s'est révélée négative. La sérologie du VIH a été négative et le reste du bilan biologique a été normal.

Une trithérapie antituberculeuse a été instaurée (rifampicine, isoniazide et pyrazinamide pendant 2 mois) suivie de l'association de la rifampicine et de l'isoniazide pendant 4 mois. La réponse thérapeutique a été favorable au prix d'une lésion séquellaire pigmentée et légèrement déprimée.

Conclusion La mastite tuberculeuse est une affection rare. Elle peut être primitive ou secondaire à d'autres localisations tuberculeuses. Concernant notre patiente, le diagnostic de tuberculose mammaire a été retenu devant les critères cliniques, radiologiques,

anatomopathologiques et bactériologiques (culture). Il s'agit d'une forme primitive sachant qu'un autre foyer tuberculeux n'a pas été décelé.

Ce cas clinique tire son originalité du fait de la rareté de la pathologie et du terrain sur lequel elle est survenue à savoir chez une femme ménopausée. Le diagnostic repose sur l'examen anatomopathologique et les résultats bactériologiques. La mastite tuberculeuse revêt des tableaux cliniques et radiologiques souvent confondus avec ceux d'un cancer du sein.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.080>

P51

Nævus de Spitz desmoplastique : diagnostic différentiel avec le mélanome desmoplastique



W. Sassi*, H. Hammami, W. Koubaa, A. Zaouak, F. Rabhi, A. Debbiche, S. Fenniche

Service de dermatologie, service d'anatomopathologie, hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : wiem.sassi.87@gmail.com (W. Sassi)

Introduction Le nævus de Spitz desmoplastique (NDS) est une variante rare des tumeurs spitzoïdes. Nous présentons un cas qui rappelle cette entité en soulignant les critères cliniques, dermatoscopiques et histologiques qui le différencient de la variante desmoplastique du mélanome malin.

Observation Une femme âgée de 37 ans s'est présentée à notre consultation pour une tumeur de la fesse droite évoluant depuis plus de 10 ans. L'examen clinique révélait un nodule noirâtre, ferme, à surface lisse, infiltré en profondeur, de 2 cm de grand axe siègeant au niveau de la fesse droite. La dermoscopie a montré une pigmentation inhomogène gris bleuâtre, sans structure, avec des structures chrystallides en surface. La biopsie a montré un épiderme non ulcéré acanthosique et par place verruqueux reposant sur un derme occupé par une prolifération cellulaire nævique épithélioïde pigmentée en surface. Le fond est fibreux et la fibrose enserre des cellules fusiformes ou des cellules spitzoïde. Certaines ont des noyaux irréguliers, troués ou fortement nucléolés d'autres ont un aspect globoïde. D'exceptionnelles thèques s'observent en surface. Les mitoses sont exceptionnelles. L'étude immunohistochimique a montré une positivité intense et diffuse de la P5100 alors que l'HMB45 est hétérogène, le Ki 67 marque des noyaux éparses et le P16 est positive. Ce cas a été discuté en confrontation anatomoclinique et devant le contexte clinique et l'aspect histologique nous avons retenu le diagnostic de nævus de spitz desmoplastique.

Discussion Le NSD est une variante fibrosante de nævus de Spitz assez rare. Le diagnostic différentiel peut parfois se poser avec une tumeur fibro-histiocytaire comme un histiocytome fibrosant ou un nævus bleu hypomélanotique. Le diagnostic le plus difficile est celui de mélanome desmoplastique (MD). Le contexte épidémioclinique est différent, le NSD est rare chez l'enfant, surtout présent chez l'adulte jeune, avec une légère prédominance féminine alors que le MD est observé chez des adultes âgés sans prédominance de sexe. Contrairement à NSD situé sur les extrémités, le MD est situé surtout au niveau des zones photo-exposées (tête et cou). La dermoscopie peut aider au diagnostic en montrant un fin réseau brun clair sur un fond érythémateux rosâtre, des vaisseaux en points, une dépigmentation réticulée dans le NSD et des couleurs multiples, une zone de régression, des vaisseaux atypiques et une pigmentation réticulée dans le MD. L'aspect observé dans notre cas, prête à confusion avec le nævus bleu. Histologiquement, les atypies cellulaires et la réaction inflammatoire marquée oriente vers le MD. L'immunohistochimie est un examen clé dans le diagnostic différentiel. La positivité du HMB-45 et Melan-A est en faveur du NSD alors

qu'ils sont négatifs au cours du MD. En outre, le nombre de Ki-67 cellules positives qui indique une activité proliférative est beaucoup plus élevé dans le MD que dans le nævus de Spitz.

Conclusion Le jeune âge de notre patient, la localisation aux extrémités, la durée d'évolution, l'absence d'atypie cellulaire et de mitose, le profil IHC : HMB-45 et Melan-A positifs et le faible marquage par le Ki-67 sont des arguments qui nous ont permis de retenir le diagnostic de NSD plutôt qu'un MD.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.081>

P52

Érythème pigmenté fixe induit par la pristinamycine



W. Sassi*, H. Hammami, O. Khayat, E. Ben Brahim, A. Zaouak, F. Rabhi, A. Debbiche, S. Fenniche

Service de dermatologie, service d'anatomopathologie, hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : wiem.sassi.87@gmail.com (W. Sassi)

Introduction Les réactions allergiques cutanées dues à la pristinamycine sont rares. Cette streptogramine peut induire des réactions immédiates ou différées.

Observation En 2012, Une femme âgée de 43 ans a été hospitalisée pour un rash cutané apparu 5 jours après prise de pristinamycine pour une pyodermite. L'examen a montré un rash maculopapuleux (RMP) et un placard érythémateux bien limité de la face postérieure de la jambe gauche. Toutes les lésions cutanées ont régressé spontanément sans séquelles après l'arrêt du traitement. L'enquête de pharmacovigilance était en faveur de la causalité de la pristinamycine dans la survenue du rash. En 2017, la patiente nous reconseille pour la même éruption 24 heures après la prise de pristinamycine pour des nodules d'Orf des mains. L'examen révélait un RMP et une récurrence du même placard de la jambe gauche. La récurrence au même site d'un placard d'aspect non infectieux nous a fait pensé à un érythème pigmenté fixe (EPF). Une biopsie cutanée a confirmé notre hypothèse en montrant : un épiderme siège focalement d'une exocytose lymphocytaire avec exosérose et quelques amas de corps apoptotiques. Le derme papillaire est œdémateux et est occupé par de nombreux polynucléaires à contingent éosinophile marqué. Absence de vascularite. Au final nous avons retenu le diagnostic de toxidermie à double composante (RMP et EPF non pigmenté) secondaire à la pristinamycine et des patchs-tests sont prévus à distance pour appuyer notre diagnostic.

Discussion Les EPF sont caractérisés par un ou plusieurs plaques érythémateuses bien limitées pouvant être bulleuses qui se reproduisent au même site à la suite d'une exposition systémique à un médicament causal et résout avec ou sans hyperpigmentation. Les anti-inflammatoires non stéroïdien, le paracétamol et les antibiotiques sont les agents étiologiques les plus incriminés. La pristinamycine peut induire une toxidermie à type de RMP ou pityriasis rosé de Gilbert-like selon les données de la littérature. Mais, il n'a pas été rapporté en cause d'un EPF. À notre connaissance c'est le premier cas d'EPF induit par la pristinamycine. Ce diagnostic a été retenu en se basant sur l'histoire clinique, l'évolution et les données de l'histologie. Les patchs-tests seront fait à distance de l'épisode aigu pour appuyer notre hypothèse. La deuxième particularité de notre cas est l'association de deux types de réaction cutanée allergique, RMP et EPF de même mécanisme immuno-allergique (hypersensibilité retardée).

Conclusion La liste des médicaments responsables d'EPF ne cessent de s'allonger. À travers ce cas nous rapportons, à notre connaissance le premier cas d'EPF induit par la pristinamycine.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.082>

P53

Syndrome de chevauchement DRESS/SSJ : un nouveau cas



K. Belhareth*, M. Amouri, S. Boudaya, M. Mseddi, A. Masmoudi, H. Turki

Dermatologie de Sfax, CHU Hédi Chaker, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : kmar.belhareth@gmail.com (K. Belhareth)

Introduction Le DRESS ou *drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms* et le syndrome de Stevens-Johnson et de Lyell (SSJ/LYELL) sont des toxidermies sévères (TS) pouvant partager certaines caractéristiques, ce qui soulève l'hypothèse de syndromes de chevauchement (SC). Nous rapportons un nouveau cas du SC DRESS/SSJ.

Cas clinique S.A., âgée de 52 ans, épileptique sous phénobarbital (PHB), a été hospitalisée en mai 2017 pour une éruption cutanéomuqueuse sévère survenue 11 semaines après la prise de PHB. À l'examen, elle était fébrile à 40°C, présentait des râles bronchiques bilatéraux et une érythrodermie sèche avec des macules érythémateuses centrées par un point pétéchial, de 5 mm isolés (pseudo-cocarde) ou confluentes, un décollement cutané superficiel des genoux et des coudes (surface cutanée < 15 %), un signe de Nikolsky négatif en périlésionnel et des érosions conjonctivo-palpébrales, nasales, labiales, linguales et jugales. Elle n'avait pas d'adénopathies périphériques. Le bilan a montré une cytolysé hépatique à 2 fois la normale, une amylasémie à 1,5 fois la normale, une C-réactive protéine à 199 mg/L, une hyperleucocytose à 16 830 éléments/mm³ (éls/mm³), une hyperéosinophilie à 3080 éls/mm³ et une lymphopénie à 900 éls/mm³. Les hémocultures et les sérologies virales étaient négatives. À la radiographie thoracique, elle avait un foyer pulmonaire para-cardiaque gauche. Une biopsie cutanée a montré une nécrose kératinocytaire, des foyers de clivages de la couche basale et un infiltrat lymphocytaire modéré du derme. Le diagnostic de DRESS (score de RegiSCAR à 6) et de SSJ étaient certains. La PHB a été remplacé par le rivotril. La patiente a été mise sous antibiothérapie, dermocorticoïdes forts et a bénéficié de soins locaux. L'évolution clinique était favorable.

Discussion Nous rapportons le 5^e cas de SC DRESS/SSJ. Le décollement bulleux localisé et surtout l'atteinte muqueuse sévère, nous ont orienté vers un SSJ alors que le délai entre l'éruption et la prise de PHB était suggestif de DRESS. L'hyperéosinophilie est habituelle dans les 2 toxidermies. Cependant un taux dépassant les 3000 éls/mm³ est inhabituel dans le SSJ. L'atteinte viscérale sévère est possible dans les 2 toxidermies. Selon le groupe RegiSCAR un véritable SC est considéré lorsqu'un cas peut être classé comme « probable » ou « certain » pour 2 toxidermies sévères en même temps, comme notre patiente. Dans une revue de 216 TS, Bouvresse et al. ont retenu seulement 2,1 % de SC en appliquant des scores de validation de RegiSCAR. D'autres cas isolés de SC ont été publiés : DRESS/SSJ à l'allopurinol (2017), DRESS/SSJ à la lamotrigine (2006) et DRESS/PEAG au piperacillin/tazobactam (2016).

Conclusion Le clinicien doit être averti de l'éventualité de SC qui présente une gravité supplémentaire par rapport aux TS.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.083>

P54

Pemphigoïde bulleuse à Casablanca : étude de 147 cas



H. Erraji*, F. Hali, K. Baline, S. Chiheb
Service de dermatologie, Casablanca, Maroc

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : hind.erraji05@gmail.com (H. Erraji)

Introduction La pemphigoïde bulleuse (PB) est une dermatose bulleuse auto-immune fréquente qui touche principalement le sujet âgé. Son traitement reste difficile du fait de l'âge avancé des malades et des fréquentes comorbidités.

Buts Étudier le profil épidémiologique, thérapeutique et évolutif de la PB à Casablanca à travers une série de 147 cas.

Patients et méthodes Étude rétrospective monocentrique allant de janvier 2000 à décembre 2017, incluant tous les patients hospitalisés durant cette période pour pemphigoïde bulleuse confirmée. Des fiches préétablies étaient remplies à partir des dossiers d'hospitalisation.

Résultats Cent quarante-sept patients ont été colligés. L'âge moyen était de 69 ans (2 mois–105 ans). Une prédominance féminine était notée (90 femmes/57 hommes). Le délai moyen de diagnostic était de 8 mois. L'association à des pathologies neuro-dégénératives était retrouvée chez 24 cas (16,32 %) avec 8 cas d'AVC (5,44 %), 7 cas de maladie de Parkinson (4,76 %), 3 cas de maladie d'Alzheimer (2,04 %), et 6 cas de démence (4,08 %). D'autres comorbidités étaient notées notamment l'HTA dans 41 cas (27,89 %), les cardiopathies dans 9 cas (6,12 %) et le diabète dans 19 cas (12,92 %). L'atteinte cutanée était classique et paucibulleuse dans plus de 60 % des cas. L'atteinte muqueuse était présente dans 24,48 % des cas et l'atteinte unguéale dans 10,63 % des cas. Une hyperéosinophilie était notée chez 52 patients (35,37 %). La surinfection cutanée était retrouvée dans 44 cas (29,93 %). Deux cas de sepsis grave étaient survenus. Un seul décès était enregistré. Sur le plan thérapeutique, la dermocorticothérapie forte seule (20 à 30 g/j) était prescrite dans 23 cas (15,64 %). La corticothérapie orale (0,5 à 1 mg/kg/j) était administrée chez 116 patients (78,91 %). L'adjonction d'un immunosuppresseur était indiquée dans 11 cas (7,48 %) avec 9 cas ayant reçus le méthotrexate (10 à 15 mg/sem) et 2 cas l'azathioprine (100 à 150 mg/j). La dapsone (100 mg/j) était prescrite chez 4 malades (2,72 %). La réponse clinique était obtenue après 2 à 3 semaines en moyenne, avec un taux de bonne réponse de 91,83 % à 1 mois. L'évolution sur un an était marquée par l'enregistrement de plusieurs cas de rechute (26,53 %) et de pertes de vue (31,29 %).

Conclusion L'âge avancé des patients et l'association fréquente à plusieurs comorbidités peuvent rendre la prise en charge thérapeutique difficile avec risque de survenue de complications liées au terrain et/ou aux traitements. Ceci peut expliquer le taux non négligeable de rechutes dans notre série. Quant à la mortalité, elle est probablement sous-estimée dans notre contexte du fait des patients perdus de vue, parmi lesquels les décès n'ont pas pu être pris en compte.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.084>

P55

Pemphigus herpétiforme pemphigoïde like : à propos d'un cas



H. Erraji^{1,*}, F. Hali¹, K. Baline¹, F. Marnissi², S. Chiheb¹

¹ Service de dermatologie-vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

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

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : hind.erraji05@gmail.com (H. Erraji)

Introduction Le pemphigus herpétiforme (PH) est une variante rare représentant 7,3 % de tous les pemphigus [1]. Il est caractérisé par des signes cliniques de dermatite herpétiforme et des caractéristiques immunohistologiques de pemphigus.

Buts Rapporter un nouveau cas qui a été pris initialement pour une pemphigoïde bulleuse.

Observation Patiente de 64 ans, sans antécédents médicaux, qui présentait une éruption vésiculo-bulleuse très prurigineuse évoluant depuis 4 mois. L'examen physique montrait des plaques urticariennes, à bordure vésiculo-bulleuse avec un regroupement herpétiforme, siégeant au niveau du tronc et des membres inférieurs. Le signe de Nikolsky était négatif et il n'y avait pas d'atteinte des muqueuses. Sur le plan biologique, une hyperéosinophilie était notée. L'histologie montrait une spongieuse sans acantholyse. Le derme était le siège d'un infiltrat inflammatoire à prédominance de polynucléaire neutrophile. L'étude en immunofluorescence directe (IFD) montrait un dépôt interkératinocytaire d'IgG en mailles de filet. La patiente était mise sous dermocorticothérapie classe très forte avec bonne évolution. Le recul est de 1 an.

Discussion Le pemphigus herpétiforme est une entité non classique et rare du groupe des pemphigus, ayant des caractéristiques cliniques et histologiques qui diffèrent des autres types classiques. En effet, sa présentation clinique est atypique et peut prêter à confusion avec la dermatite herpétiforme ou la pemphigoïde bulleuse [2]. Sur le plan biologique, une hyperéosinophilie est parfois notée. Sur le plan histologique, plusieurs aspects non spécifiques peuvent être retrouvés : spongieuse à éosinophiles ou neutrophiles, pustules sous cornée, ou des vésicules intra-épidermiques [1,2]. L'acantholyse n'est pas constante. La confirmation diagnostique repose sur la détection de dépôt d'IgG en intercellulaire par immunofluorescence directe. Le PH est généralement de bon pronostic et d'évolution rapidement favorable sous traitement [1]. Notre cas a été initialement traité comme pemphigoïde bulleuse sur des arguments clinicobiologiques (âge, prurit intense, la présence de lésions urticariennes et de bulles tendues, le signe de Nikolsky négatif et l'hyperéosinophilie sanguine) avant de redresser le diagnostic après le résultat de l'immunofluorescence directe. Le traitement par la dapsone a été discuté mais non démarré devant la bonne réponse clinique obtenue par les dermocorticoïdes seuls.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

Références

- [1] Porro AM, et al. Non-classical forms of pemphigus: pemphigus herpeticiformis, IgA pemphigus, paraneoplastic pemphigus and IgG/IgA pemphigus. *An Bras Dermatol* 2014;89(1):96–106.
- [2] Saidi W, et al. Pemphigus herpeticiforme. *Ann Dermatol Venerol* 2014;141(10):646–7.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.085>

P56

Lichen scléro-atrophique cutané (8 cas)

K. Sellami*, A. Masmoudi, M. Mseddi, S. Boudaya, H. Chaabane, M. Amouri, H. Turki
 Service de dermatologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
 * Auteur correspondant.

Adresse e-mail : khadija@sellami.com (K. Sellami)

Introduction Le lichen scléro-atrophique (LSA) est une dermatose inflammatoire d'évolution chronique, avec un tropisme pour les muqueuses génitales. L'atteinte cutanée isolée est rare et source d'altération du préjudice esthétique. Son traitement n'est pas codifié.

But Étudier ses particularités cliniques, histologiques et thérapeutiques.

Matériel et méthodes Notre étude était rétrospective colligeant tous les cas de LSA cutané diagnostiqués durant une période de 6 ans (2011–2016). Nous avons recueilli les données anamnestiques, cliniques, histologiques et thérapeutiques.

Résultats Durant les 6 ans, sur les 21 cas de LSA diagnostiqués, huit patients (7 femmes et un homme) avaient un LSA cutané. L'âge au moment du diagnostic variait de 22 à 62 ans. Quatre femmes sur sept étaient ménopausées. La durée moyenne d'évolution des lésions était de 3 ans. L'aspect clinique des lésions était celui de macules blanchâtres, atrophiques, scléreuses, avec bordure érythémateuse (2 cas). Dans 5 cas, l'atteinte était localisée : seins (2 cas dont un au niveau de l'aréole), cou (1 cas), dos (1 cas) ou avant-bras (1 cas). Les lésions étaient diffuses chez les 3 autres. Le prurit était noté dans 2 cas. Une seule patiente avait un LSA vulvaire associé. La biopsie cutanée a confirmé le diagnostic de LSA. Les 5 malades avec atteinte localisée avaient reçu des dermocorticoïdes (DC) de classe forte (+ calcipotriol dans 1 cas), avec amélioration partielle. Pour les patientes ayant un LSA étendu nous avons opté pour l'acitrétine dans 2 cas avec bonne évolution. La chloroquine était prescrite pour le 3^e cas sans aucune amélioration.

Discussion La localisation purement extra-génitale du LSA est rare (2,5 à 20 % des LSA). Dans notre série, ce taux est de 38 %. Il survient surtout chez la femme ménopausée, mais peut aussi toucher la femme jeune. Cliniquement, il se manifeste par des plaques blanchâtres ou blanc nacré, atrophiques, intéressant surtout le tronc, la racine des membres et les plis. Le prurit est inconstant. Les formes diffuses sont rares. L'atteinte de l'aréole notée chez une de nos patientes a été rapportée une seule fois. Le diagnostic repose sur l'histologie cutanée. Le traitement n'est pas codifié. Il peut comporter : DC, antipaludéens de synthèse, tacrolimus, rétinoïdes, calcipotriol et photothérapie UVB. Chez nos patients, l'amélioration sous DC des formes localisées est partielle. L'acitrétine semble être efficace dans les formes diffuses. La chloroquine prescrite chez une seule de nos patientes n'était pas efficace.

Conclusion Le LSA cutané est rare. Habituellement, il est localisé, mais des formes diffuses peuvent être observées. La localisation aréolaire est particulière. Le traitement repose sur les DC dans les formes localisées. L'acitrétine peut être utilisée dans des formes étendues.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.086>



P57

Dysidrose plantaire : étude épidémiologique et mycologique de 112 cas

W. Bahtaoui^{1,*}, F.-Z. El Fetoiki¹, M. Soussi-Abdellaoui², F. Hali¹, S. Chiheb¹

¹ Service de dermatologie, CHU Ibn Rochd, université Hassan II, Casablanca, Maroc

² Service de parasitologie-mycologie, CHU Ibn Rochd, université Hassan II, Casablanca, Maroc

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : bahtaoui.wafaa@gmail.com (W. Bahtaoui)

Introduction La dysidrose est une forme topographique d'eczéma avec atteinte palmo-plantaire, aux causes multiples et intriquées. Notre objectif est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et mycologiques des dysidroses plantaires.

Matériel et méthodes Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur 2 ans, au sein du service de dermatologie du CHU Ibn Rochd. Ont été inclus dans l'étude tous les patients porteurs d'une dysidrose plantaire. Les données ont été recueillies sur le logiciel SPSS 20.

Résultats Cent douze cas ont été colligés, 64 femmes et 48 hommes avec un sex-ratio de 3/4, l'âge moyen était de 50 ans (allant de 16 à 90 ans). La durée moyenne d'évolution était de 6,22 ans, avec un âge de début moyen de 44 ans et en moyenne 1,4 poussée par an. Parmi les patients, 22,7 % ont consulté dès leur premier épisode ; 80,4 % des consultations ont eu lieu pendant l'été. Les antécédents retrouvés étaient : allergie professionnelle (2,7 %) ; atopie personnelle (14,3) ; atopie familiale (5,4) ; eczéma de contact (5,4) ; sport (5,4 %) ; tabac (12,5 %) ; bains maures (17,9 %) ; diabète (31,3) ; obésité (7,1 %) ; hyperhidrose (6,3 %) ; port de chaussures fermés (9,8 %) ; 37,5 % des patients n'avaient aucun antécédent. L'atteinte plantaire était unilatérale dans 63,6 % des cas, associées à une atteinte du dos des pieds (7,3 %), une atteinte palmaire (10,9 %), un intertrigo interorteil (44,5 %), une atteinte unguéale (65,5 %). Les prélèvements mycologiques au niveau plantaire ont été réalisés dans 81,8 % des cas et ont été positifs dans 62,5 % des cas. La culture a isolé : *Trichophyton rubrum* (80 %), *Candida albicans* (10 %), *T. mentagrophytes* (5,7 %), trichophyton interdigitale (2,9 %). L'association de la dysidrose fongique était significative avec intertrigo interorteils ($p=0,002$) ; à l'onychomycose ($p<0,001$) ; et à la localisation unilatérale ($p<0,001$). L'évolution sous traitement antifongique général et local était favorable dans la totalité des cas avec prélèvement mycologique positif.

Discussion Notre étude souligne le caractère multifactoriel des dysidroses plantaires. L'intertrigo interorteil, la présence d'une onychomycose, et la localisation unilatérale sont des facteurs associés de façon significative aux dysidroses plantaires fongiques. On pourrait alors dans ces cas, et en l'absence d'un laboratoire de mycologie à proximité, considérer la dysidrose comme d'origine fongique, et la traiter comme telle.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.087>



P58

Épidermolyse bulleuse héréditaire : expérience du CHU de Casablanca



W. Bahtaoui*, F.Z. El Fetoiki, F. Hali, S. Chiheb
Service de dermatologie, CHU Ibn Rochd, université Hassan II, Casablanca, Maroc

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : bahtaoui.wafaa@gmail.com (W. Bahtaoui)

Introduction Les épidermolyses bulleuses héréditaires (EBH) constituent un groupe hétérogène de génodermatoses rares, caractérisées par une fragilité cutanée ou muqueuse, localisée ou généralisée.

Nous présentons une étude descriptive des cas d'EBH du service de dermatologie du CHU de Casablanca.

Matériel et méthode Étude rétrospective, sur une durée de 5 ans, allant de janvier 2013 à juillet 2017, colligeant les cas d'EBH pris en charge au service de dermatologie du CHU de Casablanca.

Les données ont été analysées avec le logiciel Epi-info version 3.5.1.

Résultats Vingt-cinq cas ont été colligés, dont 13 de sexe masculin et 12 de sexe féminin avec un sex-ratio de 1,08.

La moyenne d'âge était de 4,5 ans, allant de 0 à 23 ans. La consanguinité était présente dans 17 cas (68 %), un cas similaire dans la fratrie dans 10 cas (20 %).

Les cas d'EBH se répartissaient en : EBH simple dans 15 cas (60 %), EBH dystrophique dans 7 cas (28 %), et EBH jonctionnelle dans 3 cas (12 %).

Les lésions comportaient des érosions et des bulles dans la totalité des cas ; des grains de milium dans 7 cas (28 %) ; atrophie et cicatrices dystrophiques dans 8 cas (32 %) ; hyperpigmentation dans 5 cas (20 %) ; alopecie dans 2 cas (8 %) ; une kératodermie palmo-plantaire dans 1 cas (4 %).

L'atteinte était diffuse dans 12 cas (47,6 %), avec atteinte muqueuse dans 10 cas (40 %) et une atteinte unguéale dans 12 cas (48 %) et des anomalies dentaires dans 6 cas (24 %).

Les complications étaient : l'infection dans 9 cas (36 %) ; anémie dans 9 cas (36 %) ; contracture en flexion des membres dans 2 cas (8 %) ; syndactylie dans 4 cas (16 %) ; retard staturopondéral dans 6 cas (24 %) ; un syndrome inflammatoire chronique dans 1 cas (4 %) compliqué d'amylose.

Quatre patients sont décédés dans des tableaux de dénutrition et surinfection (16 %) et 6 ont été perdus de vue (24 %).

Les parents ont été impliqués dans les soins et éduqués, aucun parent ne connaissait la maladie auparavant. Trente pour cent des enfants étaient dépendants de leurs parents pour leur activité quotidienne et ne s'intégraient pas avec les enfants de leur âge. Onze patients (44 %) n'étaient pas scolarisés à cause de leur maladie.

Conclusion Les EBH sont des maladies de gravité variable, qui peuvent avoir un impact psychosocial important. Notre contexte marocain est particulier par la consanguinité très fréquente, et les complications nutritionnelles et infectieuses menant parfois au décès. Une prise en charge multidisciplinaire est souvent nécessaire, le soutien psychologique et une assistance sociale font souvent défaut.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.088>

P59

Lichen plan bulleux éruptif, une forme rare de lichen plan : à propos d'un cas



W. Bahtaoui*, F.Z. El Fetoiki, F. Hali, S. Chiheb
Service de dermatologie, CHU Ibn Rochd, université Hassan II, Casablanca, Maroc

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : bahtaoui.wafaa@gmail.com (W. Bahtaoui)

Introduction Le lichen plan est une dermatose inflammatoire chronique, aux présentations cliniques diverses. Le lichen plan bulleux éruptif en est une variante rare. Nous en rapportons un nouveau cas.

Observation médicale Une patiente de 35 ans a présenté 4 semaines avant son hospitalisation une éruption fébrile de macules érythémateuses très prurigineuses du tronc et des membres, avec apparition de bulles et d'érosions des membres inférieurs et atteinte de la muqueuse buccale. Elle rapportait une prise d'antibiotique précessive.

L'examen a montré également des bulles tendues à contenu hémorragique au niveau des membres inférieurs associées à des lésions érosives, signe de Nikolsky négatif, une kératodermie palmo-plantaire et une érosion de la muqueuse génitale, sans atteinte des phanères.

Devant ce tableau, une toxidermie a été suspectée en premier, la patiente a été mise sous double antihistaminiques et soins locaux avec arrêt de toute autre prise médicamenteuse.

L'évolution a été marquée par l'infiltration des lésions érythémateuses, qui sont devenues violacées, brillantes à jour frisant, avec constatation d'un phénomène de Koebner. La biopsie cutanée a montré un aspect évocateur d'un lichen avec des kératinocytes apoptotiques basales, une vacuolisation de la basale et un infiltrat du derme superficiel, avec décollement jonctionnel. L'IFD était négative. Le diagnostic de lichen plan bulleux éruptif a été retenu. La sérologie hépatique était négative. La patiente a été traitée par corticothérapie orale à 0,5 mg/kg/j avec bonne évolution. Elle a gardé une hyperpigmentation résiduelle, sans rechute à 4 mois de recul.

Discussion Le lichen plan bulleux est une variété rare de lichen plan, caractérisé par l'apparition de bulles ou de vésicules sur des lésions typiques de lichen. Le principal diagnostic différentiel est le lichen plan pemphigoïde. Notre cas avait également la particularité d'une évolution aiguë mimant une toxidermie. La modification de l'aspect des lésions et l'histologie ont permis le diagnostic. La formation de bulles lors du lichen plan bulleux est due à une inflammation lichénoïde intense et des lésions épidermiques extensives. Il est considéré comme une forme hyper-réactive de lichen plan. Sur le plan thérapeutique, la corticothérapie locale et systémique, la dapsonne, l'acitrétine et la photothérapie ont été décrits comme efficaces.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.089>

P60

La pancréatite aiguë : un effet secondaire rare des rétinoïdes



W. Bahtaoui*, F.Z. El Fetoiki, F. Hali, S. Chiheb
Service de dermatologie, CHU Ibn Rochd, université Hassan II,
Casablanca, Maroc

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : bahtaoui.wafaa@gmail.com (W. Bahtaoui)

Introduction Les rétinoïdes, dérivés de la vitamine A, sont des molécules naturelles ou de synthèse qui ont de nombreuses indications en dermatologie. La pancréatite aiguë aux rétinoïdes par voie générale est un effet secondaire rare. Nous rapportons un cas survenu suite à la prise d'acitrétine pour psoriasis.

Observation Un patient âgé de 27 ans, sans antécédents de diabète, ni d'obésité, sans notion de consommation d'alcool ni de prise médicamenteuse, est suivi pour un psoriasis pustuleux. Le patient a été traité par acitrétine à la dose de 25 mg/j, après un bilan lipidique et hépatique correctes.

Quatre jours après le début du traitement, le patient a été admis aux urgences chirurgicales pour épigastalgies transfixiantes avec vomissements bilieux, et sensibilité épigastrique, sans troubles de transit. Le bilan biologique a retrouvé une lipasémie à 20 fois la normale (1278 UI/L) une CRP augmentée à 155 mg/L et un score de Ranson à 1. Les triglycérides étaient normaux à 0,66 g/L. La TDM abdominale a montré un aspect de pancréatite stade B selon la classification de Balthazar avec un épanchement péritonéal de faible abondance. Le complément échographique a retrouvé une vésicule biliaire alithiasique, sans dilatation des voies biliaires intra-ou extra-hépatiques.

Les rétinoïdes, ont été suspectés comme cause de cette pancréatite et arrêtés. Le patient a été mis sous perfusion, jeun strict et IPP double dose avec bonne évolution clinique et normalisation progressive de la lipasémie et de la CRP.

Pour la prise en charge de son psoriasis, le patient a été mis par la suite sous biothérapie par infliximab avec bonne évolution.

Discussion Notre observation a la particularité de rapporter un effet indésirable rare, survenu suite à la prise d'acitrétine. Elle montre également que cette complication peut survenir en l'absence d'hypertriglycéridémie. Il est important de penser à la pancréatite aiguë devant des douleurs abdominales aiguës chez un patient sous rétinoïdes.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.090>

P61

Maladie de Weber Christian : à propos d'une observation



F. Cherkaoui*, F. Hali, K. Baline, S. Chiheb
Service de dermatologie-vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca,
Maroc

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : fairouz.cherel@gmail.com (F. Cherkaoui)

Introduction La maladie de Weber Christian ou panniculite lobulaire idiopathique, se caractérise cliniquement par des poussées fébriles récurrentes de nodules profonds. Sa gravité est liée aux exceptionnelles atteintes graisseuses périviscérales. Nous en rapportons une observation.

Cas clinique Mademoiselle G.M., âgée de 23 ans, sans antécédents pathologiques notables, consulte pour des nodules inflammatoires des membres inférieurs évoluant par poussées rémissions associés à des épisodes de douleurs abdominales et de constipation dans un contexte de fièvre et de myalgies. L'examen clinique trouvait des nodules inflammatoires dermo-hypodermiques au niveau des membres inférieurs à évolution cupuliforme avec

au niveau du quadrant supéro-externe de la fesse gauche, un nodule ayant évolué vers la fistulisation avec issue d'un liquide jaunâtre. Par ailleurs, on notait une pâleur cutanéomuqueuse intense, une sensibilité hypogastrique et un lipœdème des deux membres inférieurs. Le bilan biologique retrouvait une anémie hypochrome microcytaire à 8 g/dL, une VS à 63 mm avec une CRP à 16 mg/L. Le test de Coombs, le bilan immunologique ainsi que les sérologies virales étaient négatifs. Les fractions du complément n'étaient pas consommées. L'amylasémie était normale ce qui a permis d'écarter une cytotéatonecrose pancréatique. Le dosage de l'alpha 1 anti-trypsinase était également normal. La biopsie cutanée avait objectivé un infiltrat inflammatoire dense riche en PNN, détruisant le pannicule avec lipophagie sans lésion de vasculature. Le diagnostic de maladie de WC a été retenu. Les explorations pulmonaires, osseuses, cardiaques et digestives n'ont pas permis de retrouver des atteintes viscérales. Devant l'intensité du tableau digestif et l'altération de l'état général, nous avons démarré une corticothérapie orale à 0,75 mg/kg/j. L'évolution a été marquée par la désinfiltration des lésions, le recul est de 3 mois.

Discussion La maladie de Weber Christian est une affection caractérisée par une inflammation récurrente du tissu adipeux. C'est une affection rare d'étiologie inconnue. Elle touche surtout les femmes entre 30 et 60 ans. Sa gravité est liée aux atteintes graisseuses périviscérales. Chez notre patiente, les explorations digestives menées devant la présence de signes digestifs n'ont pas permis d'identifier de panniculite mésentérique. Il n'y a pas de traitement bien codifié.

Conclusion La maladie de Weber Christian est une pathologie rare. Son diagnostic n'est retenu qu'après avoir éliminé les autres causes de panniculite lobulaire. Les atteintes viscérales déterminent le pronostic de cette maladie, d'où l'intérêt du suivi des patients.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.091>

P62

Actinomycoses cutanées primitives : 8 cas



A. Lahrichi^{1,*}, F. Hali¹, K. Baline¹, M. Soussi Abdallaoui²,
F. Marnissi³, S. Chiheb¹

¹ Service de dermatologie-vénérologie, CHU Ibn Rochd,
Casablanca, Maroc

² Service de parasitologie-mycologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca,
Maroc

³ Service d'anatomie pathologique, CHU Ibn Rochd, Casablanca,
Maroc

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : lahrichiamina@hotmail.fr (A. Lahrichi)

Introduction L'actinomycose cutanée est une forme rare de présentation inhabituelle causée par une bactérie anaérobie gram positive qui colonise la sphère buccale, côlon et le tractus urogénital. La localisation cutanée primaire est assez rare.

Buts À travers ce travail, nous rapportons les cas d'actinomycoses cutanées diagnostiqués dans notre formation.

Matériel et méthodes C'est une étude rétrospective menée au service de dermatologie de CHU Ibn Rochd, entre janvier 2009 et juin 2017, incluant tous les patients ayant une actinomycose cutanée primitive confirmée par l'examen histologique ou microbiologique.

Résultats Huit patients étaient inclus (6 hommes et deux femmes), d'âge moyen de 46 ans (22 ans–72 ans), dont cinq étaient d'origine rurale.

La localisation au niveau des membres inférieurs était notée chez 6 cas, le membre supérieur dans 1 cas et la joue dans un 1 cas. Tous les patients rapportaient la notion de traumatisme antérieur.

Le délai moyen d'évolution était de 7 ans (3 mois–26 ans).

La présence de fistules était présente chez tous les patients et la notion d'émission de grains blanchâtres chez 5 patients. Les sérologies rétrovirales étaient négatives chez tous les patients. Le diagnostic était posé par l'anatomopathologiste dans 4 cas et par le microbiologiste dans 4 cas. L'atteinte osseuse était présente chez 2 patients. Tous les patients ont bénéficié d'un traitement à base d'association à long terme de pénicilline G (20 MU/jour) et triméthoprime/sulfaméthoxazole (2 cp/jour). Un patient a présenté une toxidermie à la pénicilline G justifiant l'administration de la doxycycline avec réponse partielle. Trois patients ont bénéficié en plus d'un complément de chirurgie. Le délai moyen de réponse favorable était de 6 semaines (3 semaines–16 semaines). Le recul moyen est 2,5 ans.

Conclusion L'actinomycose cutanée primitive est une infection bactérienne rare et peu connue au Maroc, rapportée sous forme de quelques cas sporadiques.

Le schéma thérapeutique n'est pas encore standardisé et repose essentiellement sur la l'antibiothérapie (2). Dans notre série, 60 % des patients ont bien évolué sous traitement médical associant deux antibiotiques, à des doses élevées, avec une durée prolongée variable selon le terrain, la localisation et la gravité du tableau clinique. Nos données sont cohérentes avec celles de la littérature qui fait état d'une infection secondaire à un traumatisme externe en zone rurale, chez le sujet jeune.

Le diagnostic des actinomycoses reste difficile car il s'agit d'une pathologie rare d'identification microbiologique difficile et retardée.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.092>

P63

Amylose papuleuse : une série de 7 cas illustrant deux hypothèses physiopathologiques



S. Idoudi^{1,*}, M. Jones¹, N. Litaïem¹, H. Drissi¹, N. Ezzine¹, S. Rammeh², F. Zeglaoui¹

¹ Service de dermatologie, hôpital Charles-Nicollé, Tunisie

² Service d'anatomie pathologique, hôpital Charles-Nicollé, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : safaa.idoudi@gmail.com (S. Idoudi)

Introduction L'amylose papuleuse, anciennement appelée lichen amyloïde, est une forme chronique et rare d'amylose cutanée primitive localisée caractérisée histologiquement par l'accumulation de dépôts amyloïdes dans le derme.

Objectifs L'objectif de cette étude est d'illustrer deux hypothèses physiopathologiques concernant l'amylose papuleuse à partir d'une série de 7 malades ayant consulté le service de dermatologie de l'hôpital Charles-Nicollé de 2014 et 2017.

Patients et méthodes Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant 7 cas d'amylose papuleuse diagnostiqués entre 2014 et 2017.

Résultats Il s'agissait de 7 patients répartis en 5 femmes et 2 hommes soit un sex-ratio (H/F) de 1/3. La moyenne d'âge était de 51 ans avec des âges extrêmes allant de 33 à 80 ans. Dans tous les cas, le principal motif de consultation était le prurit. L'examen dermatologique révélait des papules hyperkératosiques prurigineuses et hyperpigmentées siégeant exclusivement au niveau des jambes chez 4 malades et intéressant en plus le dos et les membres supérieurs chez 2 d'entre eux. Les lésions concernaient les membres supérieurs uniquement dans un cas. Par ailleurs, 3 patients présentaient en plus des papules violines à surface plate brillante au niveau des membres supérieurs évocatrices de lichen plan. L'examen anatomopathologique montrait dans tous les cas une

importante lichénification épidermique avec un abondant dépôt de matériel éosinophile homogène dans les papilles dermiques correspondant à de la substance amyloïde. Dans 3 cas, l'histologie révélait en outre des nécroses kératinocytaires basales dans deux cas et étagées dans le troisième faisant évoquer un lichen concomitant dans les deux premiers cas et une toxidermie lichénoïde dans le troisième.

Conclusion Notre série est une illustration de 4 cas typiques d'amylose papuleuse et de 3 cas associant histologiquement un lichen plan ou une toxidermie lichénoïde à l'amylose papuleuse. Les 4 premiers cas soutiennent l'hypothèse que l'amylose papuleuse serait une simple forme particulière de lichénification où les dépôts amyloïdes seraient la conséquence des manœuvres de grattage. Les 3 derniers en revanche favorisent l'argument avancé par certains auteurs selon lequel l'amylose papuleuse serait une altération des cytokératines épidermiques aboutissant au relargage de ladite substance amyloïde.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.093>

P64

Atteinte génitale au cours de l'érythème pigmenté fixe bulleux



M. Chaabani*, F. Ben Salem, A. Zaouak, S. Ben Jannet, H. Hammami, S. Fenniche

Service de dermatologie, hôpital Habib Thameur de Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : chaabanimeriam@gmail.com (M. Chaabani)

Introduction L'érythème pigmenté fixe bulleux (EPFB) est une toxidermie sévère d'origine médicamenteuse nécessitant une prise en charge spécialisée. C'est un modèle d'hypersensibilité retardée aux médicaments médié par les lymphocytes TCD8+. L'atteinte des muqueuses génitales au cours de l'EPFB est rare et on la retrouve le plus souvent chez les sujets de sexe masculin. Nous rapportons 8 cas d'EPFB avec une atteinte des muqueuses génitales isolée ou associée à une atteinte cutanée.

Méthodes Nous avons réalisé une étude descriptive rétrospective au service de dermatologie de l'hôpital Habib Thameur de Tunis sur une période de 17 ans de janvier 2000 à décembre 2016. Nous avons étudié 54 dossiers classés érythème pigmenté fixe et nous avons retenu 16 cas d'EPFB confirmés.

Résultats Au total nous avons colligé 16 cas d'EPFB. L'âge moyen de nos patients était de 42,8 ans avec un sex-ratio H/F de 1,23. L'atteinte des muqueuses a été retrouvée chez 8 patients de sexe masculin (3 patients avaient une atteinte muqueuse isolée, et 5 avaient une atteinte cutanéomuqueuse) et se présentait sous forme de plaques érosives post-bulleuses non pigmentées au niveau du gland et du sillon balano-préputial. Les médicaments incriminés chez les patients ayant une atteinte muqueuse sont les anti-inflammatoires non stéroïdiens, le cotrimoxazole et la doxycycline. Une corticothérapie par voie générale et locale a été préconisée chez ces patients avec une bonne évolution dans un délai allant de 7 à 15 jours sans cicatrices pigmentées.

Conclusion L'atteinte des muqueuses génitales au cours de l'EPFB se voit le plus souvent chez le sujet de sexe masculin avec une localisation préférentielle au niveau du gland et du sillon balano-préputial. Elle pose un problème diagnostique quand elle est isolée avec le pemphigus, l'herpès génital et l'érythème polymorphe majeur, d'où l'importance de l'interrogatoire minutieux à la recherche d'une prise médicamenteuse antérieure.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.094>

P65

Une localisation inhabituelle d'un cas de dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand



M.T. Ndiaye Diop*, A. Diop, B. Seck, S. Maïga, A. Diouf, M. Ndiaye, B.H. Diatta, M. Diallo, F. Ly

Service de dermatologie-vénérologie, hôpital institut d'hygiène sociale, Dakar, Sénégal

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : mametene@gmail.com (M.T. Ndiaye Diop)

Introduction Le dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand représente 0,1 % des tumeurs cutanées malignes. La localisation au niveau de la tête et du cou est extrêmement rare. Elle est estimée à 14 % des cas. Nous rapportons un cas de dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand localisé à la région sous mandibulaire.

Observation Patient de 32 ans, aux antécédents d'exérèse d'une tumeur sous-mentale il y a 2 ans, était reçu pour une récurrence, 8 mois après l'intervention chirurgicale. La tumeur évoluait depuis 15 mois, il n'existait pas de signes fonctionnels et l'état général du malade était conservé. L'examen dermatologique retrouvait une volumineuse masse multinodulaire, de coloration rose à rougeâtre, pendue, ferme, mobile par rapport au plan profond, mesurant 10 cm de diamètre dans son plus grand axe. Il n'y avait pas d'adénopathie et l'examen des autres appareils était normal. L'histopathologie cutanée montrait une prolifération tumorale maligne conjonctive faite de cellules fusiformes présentant des atypies discrètes ; ces cellules réalisaient des faisceaux courts entrecoupés réalisant un aspect storiforme. Le diagnostic de dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand était retenu. L'exérèse complète de la tumeur, avec des marges de 3 cm, suivie d'une greffe en lambeau, était réalisé dans un service d'ORL.

Discussion Nous rapportons un cas exceptionnelle de dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand de par sa localisation sous mandibulaire. Le diagnostic clinique n'est pas aisé. Toutefois, la récurrence de la tumeur constitue un élément d'orientation, et l'histopathologie permet de confirmer le diagnostic. Le traitement chirurgical consiste impérativement à une exérèse large avec des marges de plus de 2,5 cm. Cependant, la chirurgie micrographique de Moh, non disponible dans notre contexte, est la meilleure méthode pour réduire les risques récidives.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.095>

P66

Pyoderma gangrenosum de la main amputé : pourrait-on mieux prévenir ces chirurgies mutilantes ?



J. Beaziz, C. Fite, I. Zarea*, D. Kottler, F. Brunet-Possenti, C. Picard Dahan, V. Descamps

Service de dermatologie, hôpital Bichat–Claude-Bernard, Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : inesrania@yahoo.fr (I. Zarea)

Introduction Par sa présentation clinique inflammatoire aiguë, le pyoderma gangrenosum (PG) de la main peut être diagnostiqué à tort comme une infection à pyogènes et aboutir à une chirurgie mutilante. Nous rapportons deux cas de PG du doigt avec errance diagnostique ayant conduit à une amputation digitale.

Observations Cas 1 : patient de 67 ans, suivi depuis 1989 pour un PG traité par corticothérapie générale et en rémission depuis 2015, se présente aux urgences pour une douleur de la main avec œdème et rougeur, survenue suite à un traumatisme. Il a été directement pris en charge en chirurgie pour un phlegmon. Il a eu 3 interventions chirurgicales en 7 jours. Devant l'aggravation clinique sous antibiotiques à large spectre, et malgré la négativité de tous les exa-

mens directs microbiologiques, il a été amputé du 4^e rayon gauche. En postopératoire, il restait fébrile avec un syndrome inflammatoire biologique franc. Après appel de son dermatologue, le diagnostic de récurrence de PG était confirmé, une corticothérapie initiée, et l'évolution était favorable.

Cas 2 : patient de 66 ans présentait des lésions pustuleuses de la 3^e phalange du majeur droit persistantes depuis 1 an, initialement diagnostiquées comme un panaris. Les antibiotiques divers étant inefficaces, une amputation digitale a finalement été pratiquée. Le diagnostic de PG a été établi rétrospectivement. Trois ans plus tard, devant une récurrence cutanée de PG de la verge associée à une localisation splénique.

Conclusion La distinction entre le PG et les infections aiguës des tissus mous est délicate. Le PG peut se présenter sous la forme d'ulcérations profondes, purulentes, douloureuses, extensives, associées à une lymphangite, une fièvre. En revanche, contrairement aux infections, elles ne sont pas améliorées par les antibiotiques, sont aggravées par les chirurgies répétées (phénomène de pathergie) et les prélèvements microbiologiques sont négatifs. La corticothérapie est souvent retardée car il est contre-intuitif de la prescrire devant ce tableau aux allures d'infections pyogènes. Ces observations confirment la difficulté diagnostique initiale. Ainsi, en plus de renforcer l'enseignement de cette dermatose neutrophilique auprès de nos confrères, nous proposons de réaliser une carte-patient au même titre que les patients sous anticoagulants ou ayant une valve mécanique. Ces observations illustrent la difficulté diagnostique initiale du PG pouvant aboutir à une chirurgie mutilante. Il nous semble indispensable de pallier à cette difficulté en proposant un renforcement de l'enseignement à nos confrères mais surtout une éducation des patients suivis pour un PG, et de proposer la création d'une carte-patient.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.096>

P67

Mycosis fongoïde : étude de la survie et des facteurs pronostiques



S. Mokni*, N. Ghariani, O. Bettaieb, A. Aounallah, C. Belajouza, M. Denguezli, L. Boussofara, R. Nouira

Service de dermatologie, hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : mokni.sana@gmail.com (S. Mokni)

Introduction Le mycosis fongoïde (MF) est classiquement indolent d'évolution lente sur plusieurs années. Toutefois, certains facteurs de mauvais pronostic déterminent une progression rapide et agressive du MF.

But Évaluer la survie et les facteurs pronostiques épidémiologiques et biologiques du MF.

Méthodes Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant tous les cas de MF hospitalisés sur une période de 33 ans (1983–2016) avec étude de la survie et analyse des facteurs pronostiques. Le seuil de significativité statistique était de 5 %.

Résultats Nous avons colligé 68 patients atteints de MF (42 hommes et 26 femmes). L'âge moyen de début du MF était de 52 ans [13–85 ans]. Cinquante-trois patients (78 %) avaient des stades précoces (25 stade IA, 25 IB et 3 IIA, selon la classification TNM) et 15 patients (22 %) des stades avancés (6 IIB, 6 III et 3 IVA) de MF. Sur le plan biologique, des cellules de Sézary sanguines étaient présentes chez 9 patients (13 %), à des taux > 1000 élt/mm³ chez 4 patients, une hyperlymphocytose dans 6 cas (9 %), une hyperéosinophilie était retrouvée dans 16 cas (23 %), et un taux élevé de LDH dans 24 cas (35 %). La médiane de survie de nos patients était de 154 mois. La survie globale à 5 ans était estimée à 65 %. L'analyse des courbes de survie en fonction de l'âge n'a pas montré de différence significative entre les malades de moins de 50 ans

et ceux âgés de plus de 50 ans. La médiane de survie des femmes (349 mois) était supérieure à celle des hommes (100 mois), sans que la différence ne soit significative. La médiane de survie des patients aux stades précoces (IA, IB, IIA) était significativement supérieure à celle des patients diagnostiqués aux stades plus avancés ($p=0,007$). La médiane de survie des patients présentant des cellules de Sézary sanguines $> 1000 \text{ élt/mm}^3$ (3 mois) était significativement inférieure à celle des patients ayant un frottis sanguin normal (45 mois) ($p=0,005$). Une différence significative était également retrouvée entre la survie des patients avec hyperéosinophilie sanguine (37 mois) et celle des patients sans hyperéosinophilie (169 mois) ($p=0,007$). De même, la survie médiane des patients avec hyperlymphocytose sanguine (3 mois) était significativement inférieure à celle des patients sans hyperlymphocytose (45 mois) ($p=0,005$). L'analyse de la survie des patients en fonction des taux de LDH n'avait pas montré de différence significative.

Conclusion Dans notre étude, les stades TNM avancés (IIB, III, IV), la présence de cellules de Sézary sanguines, d'hyperéosinophilie et d'hyperlymphocytose sont significativement associées à un haut risque de décès par le MF alors que l'âge, le sexe et le taux de LDH sériques n'avaient pas d'influence significative sur la survie.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.097>

P68

Syndrome de Wells mimant une cellulite bactérienne : un piège diagnostique et thérapeutique



F. Kettani*, K. Baline, F. Hali, S. Chiheb
Service de dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc
* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : kettani.fatimazohra@gmail.com (F. Kettani)

Introduction Le syndrome de Wells (SW) ou cellulite à éosinophiles est une dermatose inflammatoire rare avec environ 200 cas rapportés dans la littérature pouvant poser des difficultés diagnostiques. Nous rapportons le cas d'un syndrome de Wells se présentant sous la forme d'une cellulite bactérienne.

Observation Patiente de 59 ans, diabétique type 2 depuis 5 ans, avait consulté pour une éruption cutanée remontant à dix jours ne répondant pas au traitement antibiotique. L'examen clinique trouvait un placard inflammatoire oedémateux du membre supérieur gauche recouvert de bulles à contenu séro-hématique au niveau de l'avant-bras, des lésions annulaires pseudo-urticariennes au niveau du tronc, du sein gauche, de l'abdomen, et des faces externes des cuisses ainsi que des lésions cicatricielles hyperpigmentées au niveau des bras et des cuisses. Le reste de l'examen somatique était normal. Le bilan biologique mettait en évidence une hyperéosinophilie à $2050/\mu\text{L}$ et un syndrome inflammatoire. L'analyse anatomopathologique de deux biopsies cutanées ; une au niveau des lésions bulleuses et l'autre au niveau des lésions pseudo-urticariennes, décrivait un infiltrat inflammatoire essentiellement éosinophilique périvasculaire et interstitiel avec des images en flammèche. Les bilans infectieux et paranéoplasique étaient négatifs.

La patiente avait été mise initialement sous ampicilline par voie intraveineuse dans la crainte d'une cellulite bactérienne, sans amélioration. Une corticothérapie orale à la dose de $0,5 \text{ mg/kg/j}$ ainsi que par voie locale étaient instaurées après les résultats de la biopsie cutanée et ont permis une régression rapide des lésions cutanées, de l'hyperéosinophilie et du syndrome inflammatoire.

Discussion La particularité de notre observation réside dans le tableau clinique trompeur pouvant prêter à confusion avec une étiologie infectieuse notamment une cellulite bactérienne. En effet, on aurait pu évoquer à l'étape clinique une simple cellulite bactérienne ; si ce n'est la présence de lésions cutanées prurigineuses

à distance du placard inflammatoire qui nous a alertée. Seule une cellulite atypique notamment une cellulite éosinophilique pouvait expliquer un tel tableau clinique. Le diagnostic de SW était retenu dans notre cas devant la sommation des signes cliniques (placard inflammatoire du membre supérieur et lésions annulaires pseudo-urticariennes à distance), la présence de l'hyperéosinophilie et l'aspect histologique fait d'un infiltrat inflammatoire éosinophilique et d'images en flammèche.

Conclusion La connaissance du SW et de ses caractéristiques cliniques et histologiques est indispensable afin de savoir le distinguer par rapport à certains diagnostics différentiels dont essentiellement les dermo-hypodermes bactériennes.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.098>

P69

Fasciite nécrosante monomicrobienne du membre supérieur causée par un *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline



F. Kettani^{1,*}, K. Baline¹, F. Hali¹, A. Siwane², S. Azzouzi³, S. Chiheb¹

¹ Service de dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

² Service de traumatologie polyclinique, CNSS, Casablanca, Maroc

³ Laboratoire d'anatomie pathologique, Oum Rabii, Casablanca, Maroc

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : kettani.fatimazohra@gmail.com (F. Kettani)

Introduction La fasciite nécrosante (FN) est une infection grave potentiellement mortelle. L'étiologie de cette entité est généralement une infection polymicrobienne conditionnée par la synergie entre différentes bactéries. Le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) comme seul agent bactérien dans la FN est une situation très rarement décrite.

Observation Un patient de 50 ans consultait pour membre supérieur gauche rouge chaud douloureux évoluant depuis 5 jours suite à une chute accidentelle occasionnant une petite plaie du coude, avec une notion de prise d'AINS. L'examen clinique trouvait un patient fébrile à $38,5$ et un membre supérieur oedémateux rouge chaud avec une plage de nécrose au niveau du coude et de la partie postéro-supérieure du bras. Le bilan biologique objectivait une hyperleucocytose à $17,7 \cdot 10^3/\text{mm}^3$. Une antibiothérapie probabiliste par amoxicilline/Ac clavulanique et métronidazole était entamée. L'IRM du membre était en faveur d'une FN en montrant un épaississement et un hypersignal en T2 des fascias profonds et surtout superficiels avec un défaut de rehaussement par le produit de contraste. Un débridement chirurgical avec excision large de la nécrose était réalisé montrant en peropératoire une FN confirmée à l'examen anatomopathologique intéressant le tiers postéro-inférieur du bras et les deux tiers postéro-supérieur de l'avant-bras arrivant jusqu'à l'aponévrose. Le SARM était le seul germe isolé dans le pus et dans la culture de tissus collectés en peropératoire. L'hémoculture était négative. Une antibiothérapie (imipenem + levofloxacine) adaptée aux données de l'antibiogramme était démarrée. L'évolution était bonne.

Discussion Le SARM est l'un des pathogènes les plus fréquemment responsables d'infections cutanées communautaires. Mais, son implication comme seul germe intervenant dans la survenue d'une FN est une situation rare. En effet, le plus souvent, une FN est soit de type I polymicrobienne résultant de la synergie entre germes aérobies et anaérobies, soit de type II due au streptococcus qui peut être dans quelques cas associé au *S. aureus*. Ces dernières années, différents écrits ont rapporté des FN ayant comme unique agent microbiologique le *S. aureus* sensible à la méthicilline ou le SARM avec parfois des issues fatales. Certains décrivent même le

SARM comme une cause émergente de FN. Un diagnostic rapide et une prise en charge chirurgicale avec une antibiothérapie adaptée au SARM sont les seuls garants pour éviter des conséquences redoutables dans les cas de FN dues aux SARM.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.099>

P70

Profil épidémiologique-clinique de la pemphigoïde bulleuse du sujet jeune en Tunisie



N. Ghariani Fetoui^{1,*}, R. Gammoudi¹, A. Aounallah¹, M. Limem², S. Fekih¹, S. Mokni¹, W. Saidi¹, L. Bousofara¹, C. Belajouza¹, M. Denguezli¹, N. Ghariani¹, R. Nourira¹

¹ Service de dermatologie, hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie

² Département de médecine communautaire, hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nadia.ghariani.88@gmail.com (N.G. Fetoui)

Introduction La pemphigoïde bulleuse (PB) touche classiquement les sujets âgés. Seules des observations ponctuelles ont été décrites chez les sujets avant 65 ans.

Buts Décrire les caractéristiques épidémiologiques, biologiques, thérapeutiques et évolutives de la PB chez les malades âgés de moins de 65 ans et les comparer à celles du sujet âgé.

Méthodes Étude rétrospective monocentrique menée au service de dermatologie de Sousse, relevant les particularités cliniques, biologiques, thérapeutiques et évolutives de la PB du sujet âgé de moins de 65 ans entre 1995 et 2017. Le seuil de significativité statistique était de 5 %.

Résultats Vingt-huit cas de pemphigoïde de moins de 65 ans ont été analysés soit 24 % du total de PB diagnostiquées durant la même période. L'âge moyen du début de la maladie était de 46,4 ans. Le sex-ratio était de 1:1 chez les sujets jeunes contre une prédominance féminine chez le sujet âgé. Les caractéristiques cliniques, biologiques et immunologiques de la PB du sujet jeune étaient superposables à celles des patients âgés. Toutefois, nous avons relevé une expression clinique plus sévère de la maladie chez le patient jeune avec une fréquence plus élevée des formes pluri-bulleuses (85,7 % versus 71,3 %), une atteinte muqueuse plus fréquente ($p=0,002$) ainsi que l'atteinte palmo-plantaire ($p=0,001$). Une affection neurologique observée chez seulement 3,6 % de nos patients était significativement moins fréquente ($p=0,021$). L'association à une maladie auto-immune (vitiligo, dysthyroïdie, lichen, psoriasis) était, par contre, plus fréquente chez les jeunes (21,4 % versus 6,9 %). Par ailleurs, un contexte d'isolement psychosocial, notamment chez les femmes (faible parité, célibataires, divorcées, veuves, délaissées) était constaté chez 21,4 % des sujets jeunes versus 5,6 % des sujets âgés ($p=0,0024$). La corticothérapie générale était significativement plus prescrite chez les patients jeunes avec toutefois un taux de complications iatrogènes comparables dans les 2 groupes d'âge. Le taux de rechute était plus élevé chez les patients jeunes (32,1 % versus 25,3 %) mais le taux de décès était significativement moins élevé.

Conclusion Nos résultats suggèrent que la pemphigoïde du sujet jeune est une maladie plus sévère et plus active que la forme classique du sujet âgé. Une plus faible mortalité suggère, toutefois, un meilleur pronostic. Le profil d'associations pathologiques évoque une plus grande fréquence des maladies auto-immunes. Une association originale à un contexte d'isolement psychosocial chez les femmes jeunes a été retrouvée. Une étude de plus grande envergure permettra de mieux caractériser cette entité particulière.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.100>

P71

Résistance thérapeutique de la leishmaniose cutanée à l'antimoniote de méglumine par voie générale : à propos de 7 cas



N. Ghariani Fetoui^{*}, L. Bousofara, R. Gammoudi, S. Mokni, W. Saidi, A. Aounallah, C. Belajouza, M. Denguezli, N. Ghariani, R. Nourira

Service de dermatologie, hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nadia.ghariani.88@gmail.com (N.G. Fetoui)

Introduction L'antimoniote de méglumine (ADM) constitue le traitement de référence de la leishmaniose cutanée (LC) en Tunisie. Certains échecs thérapeutiques sont attribués à une résistance émergente à cette molécule.

Buts Recenser les cas de LC résistante à l'ADM et en décrire les caractéristiques clinico-épidémiologiques et évolutives.

Méthodes Étude rétrospective entre janvier 2016 et mai 2017, colligeant les patients hospitalisés pour LC confirmée par un examen parasitologique, ayant reçu un traitement bien conduit à base d'ADM par voie générale avec un contrôle parasitologique positif.

Résultats Parmi les 53 cas de LC hospitalisés pendant la période d'étude, nous avons retenu 7 cas de LC résistantes à l'ADM (13,2 %). Il s'agissait de 7 patients âgés de 13 à 58 ans (âge moyen de 45 ans), dont 2 hommes et 5 femmes porteurs d'une forme ulcéro-nodulaire dans 10 cas, lupoïde dans 5 cas et érysipélateoïde dans 2 cas. Les lésions étaient uniques chez 4 patients et multiples dans 3 cas. Elles siègeaient au niveau du visage dans 3 cas, au niveau des jambes dans 3 cas et au niveau de l'avant-bras dans 1 cas. La LC était associée à une dissémination sporotrichoïde dans 1 cas. La durée moyenne d'évolution était de 8 mois. Dans les 7 cas, il s'agissait d'une LC à *Leishmania major*. Un patient avait reçu des injections intra-lésionnelles d'ADM avant la cure par voie générale. La durée du traitement par voie générale était de 13 à 16 jours. Tous les patients ont reçu 60 mg/kg/jour. Il n'y avait aucune réponse clinique après la cure et les parasites étaient toujours présents au prélèvement parasitologique de contrôle. Quatre patients ont reçu une deuxième cure d'ADM par voie générale, pendant 15 jours, toujours sans réponse favorable alors que les 3 autres étaient traités par des cures séquentielles de métronidazole avec cicatrisation dans 2 cas.

Conclusion Ce travail souligne la fréquence des patients atteints de LC dont les lésions ne cicatrisaient pas sous un traitement bien conduit par l'ADM. L'émergence de leishmanies résistantes à l'ADM peut contribuer à cet échec thérapeutique. Une étude indienne récente a estimé à 60 % le taux de résistance primaire ou secondaire des leishmanies à l'antimoine, un taux qui ne dépassait pas initialement les 10 %. Ainsi, tout échec thérapeutique d'une LC traitée par ADM devrait faire suspecter une résistance à cette molécule. Le métronidazole peut être proposé comme alternative thérapeutique.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.101>

P72

Blue rubber bleb nevus syndrome : un nouveau cas traité par sirolimus

Z. Kaddioui*, F. Hali, F.Z. El Fetoiki, S. Chiheb
Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Rochd,
Casablanca, Maroc

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : zina.kaddioui@gmail.com (Z. Kaddioui)

Introduction Le « blue rubber bleb nevus syndrome » (BRBNS), encore appelé syndrome de Bean, caractérisé par des malformations veineuses multifocales, essentiellement cutanées et gastro-intestinales [1]. Nous en rapportons un cas de localisation cutanée, digestive et cérébrale.

Observation Patiente de 22 ans, issue d'un mariage consanguin de 1^{er} degré, admise pour de multiples masses cutanées angiomateuses évoluant depuis l'âge de 11 ans. Dans ses antécédents on notait une constipation avec des épisodes de mélénas chroniques traités par transfusions sanguines depuis l'âge de 6 mois. La patiente a été opérée pour une invagination intestinale aiguë avec exérèse chirurgicale de plusieurs masses digestives. L'examen clinique objectivait une pâleur cutanéomuqueuse diffuse et une hypotension à 10/6 avec de multiples masses bleutées diffuses, en tétine de caoutchouc, molles, de tailles variables, douloureuses par moment, compressibles, non chaude et sans thrill à l'auscultation. On note également le même aspect au niveau de la face inférieure de la langue et du 3^e ongle gauche. Le reste de l'examen clinique était sans particularité hormis une tuméfaction cervicale. Le bilan biologique était normal en dehors d'une anémie hypochrome microcytaire à 5,1 g/dL avec une ferritinémie basse à 6,1 et un dosage des D dimères positif à 0,5 ug/L. L'exploration digestive avait montré de multiples lésions angiomateuses duodénales et iléo-coliques dont la biopsie avait objectivé la présence d'ectasies vasculaires. Dans le cadre du bilan d'extension, un angioscanner thoraco-abdominal et entéroscanner ainsi qu'une IRM cérébrale avaient retrouvé respectivement une angiomatose hépatique et intestinale avec une malformation cérébrale vasculaire pariétal gauche. L'échographie cervicale avait montré un nodule thyroïdien TIRADS 4A avec des microkystes bilatéraux méritant une surveillance à 6 mois. Devant ce tableau clinique, le diagnostic du syndrome de Bean a été évoqué et le sirolimus par voie orale a été démarré à la dose de 1,6 mg/m²/j avec un dosage plasmatique régulier avec transfusions.

L'évolution était favorable avec une bonne tolérance clinique et disparition des mélénas et régularisation du transit à j13. Deux lésions plantaires gênant la marche ont été traitées par laser N-YAG avec une bonne évolution clinique. La patiente n'a pas refait d'anémie.

Discussion La particularité de notre observation réside dans la rareté du syndrome de Bean. C'est une maladie congénitale survenant le plus souvent de façon sporadique [2]. Elle touche aussi bien les hommes que les femmes et sa morbi-mortalité dépend de la localisation de ces angiomes par rapport aux organes vitaux ainsi que la sévérité de l'atteinte viscérale, plus particulièrement l'hémorragie digestive [1].

Sa prise en charge est médico-chirurgicale. Le sirolimus est un nouveau traitement prometteur et bien toléré et devrait être considéré comme le traitement de 1^{re} ligne des malformations vasculaires cutanées et digestives.

Mots clés Angiomatose ; Syndrome de Bean ; Sirolimus

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

Références

- [1] El Bakkaly A, Ettayebi F, Oubeja H, et al. Syndrome de Bean chez l'enfant : à propos de deux cas. *Pan Afr Med J* 2017 [1937–8688].
- [2] Mnif L, Amouri A, Gargouri L, Boudabbous M, Chtourou L, Mahfoudh A, et al. Blue rubber bleb nevus syndrome : à propos de deux cas. *Acta Endosc* 2012;42:119–22.

<https://doi.org/10.1016/j.ander.2018.03.102>



P73

Vascularite de type purpura rhumatoïde révélant une infection par le VIH

F. Hammami^{1,*}, C. Marrakchi², A. Tlijeni², A. Masmoudi¹,
M. Amouri¹, M. Ben Jemaa², H. Tuki¹

¹ Service de dermatologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

² Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : fatmahammami.medecine@gmail.com

(F. Hammami)

Résumé

Introduction Les sujets infectés par le VIH peuvent développer des vascularites hétérogènes dans leur présentation. Rarement la vascularite constitue le mode de découverte de l'infection VIH. Nous rapportons le cas d'un patient chez qui une vascularite était révélatrice de l'infection rétrovirale.

Observation Un homme de 42 ans sans antécédents particuliers hospitalisé pour des lésions purpuriques évoluant depuis 15 jours. L'examen retrouvait des lésions purpuriques infiltrées nécrotiques par endroit touchant les deux jambes. Il n'y avait pas de prise médicamenteuse précédant l'éruption. Il rapportait la notion d'arthralgies inflammatoires des grosses articulations et de rectorragies de faible abondance. Il y avait un syndrome inflammatoire biologique : CRP à 91 et VS à 48. Les fonctions rénale et hépatique étaient normales. L'HLM retrouvait une hématurie microscopique (24 900 hématies/min). La protéinurie de 24 h était positive à 0,48 g/24 h. Le bilan immunologique montrait : des AAN positifs à 1/160 et des c-ANCA positifs. Le reste du bilan (cryoglobulinémie, complexes immuns circulants, complément) était négatif. Les sérologies virales (VHC et VHB) étaient négatives. La sérologie VIH, réalisée de façon systématique, s'est révélée positive. Le taux de CD4 était à 236/mm³. La charge virale VIH était à 8,02 × 10⁴ copies/mm³. La biopsie cutanée retrouvait une vascularite leucocytoclasique sans dépôts associés d'immunoglobulines. La colchicine, associée au repos, permettait une amélioration des arthralgies. L'instauration rapide de la trithérapie antirétrovirale entraînait une disparition quasi complète des lésions purpuriques au bout de 1 mois.

Discussion Notre patient présente une vascularite de type purpura rhumatoïde répondant aux critères diagnostiques énoncés par l'American College of Rheumatology (ACR) en 1990. L'association entre VIH et vascularites est connue. Elles peuvent se produire à tous les stades de la maladie mais témoignent en général d'une élévation de la charge virale comme dans notre cas. Elles sont fréquemment d'origine infectieuse opportuniste, secondaire à une co-infection virale ou médicamenteuse. Chez notre patient, le VIH lui-même serait à l'origine de la vascularite.

Conclusion Il paraît important de réaliser une sérologie VIH devant une vascularite, même en l'absence de facteurs de risque ou de signe clinique ou biologique d'infection par le VIH.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.ander.2018.03.103>



P74

Un cas rare de sclérodémie systémique cutanée limitée pédiatrique

L. Zenjari*, F.Z. Elfetoiki, F. Hali, S. Chiheb
Service de dermatologie et vénérologie, CHU Ibn Rochd,
Casablanca, Maroc

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Leila-zenjari@hotmail.fr (L. Zenjari)

Introduction La sclérodémie systémique est une pathologie rare de l'enfant. Les formes limitées à anticorps anti-centromères positifs sont exceptionnelles. Très peu de publications ont été réalisées dans ce sens.

Nous rapportons un cas d'un enfant de 9 ans.

Observation Il s'agit d'une patiente de 9 ans, ayant comme antécédent un retard staturopondéral depuis la petite enfance, et une notion d'arthralgies inflammatoires depuis 1 an.

Elle présentait aussi une légère distension abdominale, avec des télangiectasies au niveau du visage et des arthralgies inflammatoires des petites et grosses articulations.

À l'examen clinique on retrouvait une sclérodactylie de tous les doigts, une lésion scléreuse du front, de fines télangiectasies au niveau des ailes du nez et des paupières, ainsi qu'une boiterie à la marche. Elle présentait aussi une légère distension abdominale.

Un bilan biologique a été réalisé, qui a objectivé des anticorps anti-nucléaires positifs à 1/640, des anticorps anti-centromères positif à 2,4, ainsi qu'un facteur rhumatoïde positif. Les anticorps anti-transglutaminases à type d'IgA étaient également positifs.

L'échographie de la hanche, et les radiographies des membres ne montraient pas d'anomalies particulières.

Les explorations pulmonaires et cardiaques étaient sans anomalies. La sclérodémie systémique cutanée limitée a été retenue, devant l'atteinte cutanée distale, les télangiectasies et la présence d'anticorps spécifiques positifs. Un chevauchement arthrite juvénile idiopathique-sclérodémie est très probable vu les signes articulaires, avec une association à la maladie cœliaque.

La patiente a été donc mise sous méthotrexate à 12,5 mg/semaine, corticothérapie à 12,5 mg/j et régime sans gluten, avec bonne évolution.

Discussion L'originalité de notre observation réside en la rareté de la sclérodémie systémique chez l'enfant, et son association avec d'autres pathologies inflammatoires, notamment l'arthrite juvénile idiopathique et la maladie cœliaque.

La sclérodémie systémique est une pathologie, bien que fréquente chez l'adulte, extrêmement rare avant l'âge de 10 ans. Très peu de cas ont été rapportés dans la littérature.

La présence d'anticorps anti-centromères chez l'enfant a été rarement décrite.

L'association à d'autres pathologies inflammatoires a été décrite, comme l'arthrite juvénile idiopathique, la dermatomyosite, la cirrhose biliaire primitive, ou encore les connectivites mixtes.

Par contre, la prévalence élevée d'une maladie cœliaque associée, n'a pas été démontrée.

Bien que rare, la sclérodémie systémique de l'enfant est associée à d'autres comorbidités, d'où la nécessité d'un diagnostic et d'une prise en charge précoces.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.104>



P75

Érythème noueux associé au kérion de Celse : à propos de 4 cas

Chaabouni Rim*, Boudaya Sonia, Masmoudi Abdelrahmen,
Turki Hamida

Service dermatologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : chaabouni.rim@gmail.com (C. Rim)



Introduction Le kérion ou teigne inflammatoire est une infection suppurée du cuir chevelu due aux dermatophytes. Il peut être rarement associé à l'érythème noueux (EN). Nous rapportons 4 cas d'EN survenant au cours de l'évolution de kérion.

Observations Quatre enfants, 3 garçons et une fille, d'âge variant entre 4 et 6 ans, avaient consulté entre janvier 2003 et avril 2017, pour un macaron inflammatoire recouvert de pustules et de squames, évoluant depuis 20 jours en moyenne (15–30 jours). Ces lésions étaient uniques dans 3 cas, et multiples chez un enfant. Leurs tailles variaient entre 2 et 8 cm. La notion de contact avec les chats était retrouvée chez les 4 enfants et la notion de cas similaire dans l'entourage était notée dans un cas. Le diagnostic de kérion était confirmé par un examen mycologique isolant un *Trichophyton mentagrophytes* dans 3 cas, et un *Trichophyton violaceum* dans 1 cas. La griséofulvine était instaurée à la dose de 25 mg/kg/j associée aux antifongiques locaux et au rasage. L'évolution était marquée par l'apparition de noues dermohypodermiques douloureuses au niveau des faces antérieures des jambes, 4 à 30 jours après début du traitement. Le diagnostic d'EN était porté. Un enfant avait une éruption concomitante érythémateuse papuleuse généralisée et qui était négative à l'examen mycologique. Il n'y avait pas d'angine, ni de stigmates d'autres infections streptococciques. Les ASLO étaient négatifs dans 2 prélèvements à 15 jours d'intervalle. La griséofulvine associée au repos, avait permis l'amélioration de l'EN au bout d'une semaine et la guérison du kérion au bout de 7 semaines en moyenne.

Discussion Les dermatophytes peuvent être à l'origine de nombreuses réactions à distance du site d'infection. Ces réactions sont dues probablement à une réaction d'hypersensibilité retardée aux antigènes fongiques.

Uniquement 16 cas d'EN associés au kérion ont été publiés. Nous rapportons 4 nouveaux cas. L'association de 2 types de dermatophytes, comme était le cas de l'un de nos patients est exceptionnelle. Conformément à la littérature, le *T. mentagrophytes* était l'agent le plus isolé. Le *T. violaceum* retrouvé chez l'un de nos patients, n'a pas été rapporté. L'EN peut apparaître avant ou après l'introduction de la griséofulvine. Le début de l'EN suite à l'introduction de la griséofulvine est lié à la libération massive d'antigènes. Ces réactions peuvent être confondues avec une réaction allergique aux antifongiques, entraînant parfois l'arrêt du traitement. Cependant, le maintien des antifongiques jusqu'à la guérison de kérion est indispensable pour l'amélioration de l'EN.

Conclusion L'EN est considéré comme une réaction à différents types d'antigènes. Sa survenue au cours du kérion ne doit pas faire arrêter le traitement antifongique.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.03.105>