



الجمعية المغربية للأمراض الجلدية
Société Marocaine de Dermatologie

NUMERO SPECIAL

REVUE SMD



الجمعية المغربية للأمراض الجلدية
Société Marocaine de Dermatologie

ORGANISE

Le 33^{ème} CONGRÈS NATIONAL de dermatologie

8-9-10 octobre 2020

1^{ER} congrès virtuel



18h - 21h

Jeudi

Forum des résidents
(les Communications Orales)

18h - 21h

Vendredi

Dermatologie chirurgicale
(groupe de dermatologie chirurgicale)

15h-17h

Samedi

Dermatologie pédiatrique (cas cliniques)
(groupe de dermatologie pédiatrique)

17h-19h

Samedi

Lasers Dermatologiques
(groupe laser)

Société Marocaine de dermatologie
www.smdermato.org



Marrakech, le 26/09/2020

Mot du président

A la mémoire du feu Dr
Bourra Ahmed



A la mémoire du feu Dr El
Madani Raissouni



A la mémoire du feu Dr
Bouhrich Mohammed



La Société Marocaine de Dermatologie organise cette année son 33^{ème} Congrès National de Dermatologie, un rendez vous annuel de partage scientifique, d'échanges et de convivialité. Vu les circonstances sanitaires liées a la pandémie Covid 19, nous avons opté cette année pour un congrès virtuel : une nouvelle expérience de notre Société.

Le programme comporte une séance de communications orales présentées par les résidents de dermatologie des 7 CHU du Maroc et des sessions thématiques : psoriasis, dermatologie pédiatrique, Chirurgie dermatologique et Lasers.

Je remercie le conseil d'administration , le bureau et les groupes thématiques qui ont élaboré le programme scientifique.

Je remercie également nos partenaires de l'industrie pharmaceutique et les laboratoires qui ont soutenu notre manifestation.

Au cours de cette année, nous déplorons trois prestigieux dermatologues qui nous ont quitté:

- Feu Dr Ahmed Bourra, un des premiers dermatologues au Maroc et parmi les fondateurs de la Société Marocaine de Dermatologie
- Feu Dr El Madani Raissouni, un des anciens dermatologues de Tétouan
- Feu Dr Bouhrich Mohammed, un des anciens dermatologues de Casablanca

En mon propre nom et au nom des membres du bureau de la SMD, du conseil d'administration et de l'ensemble des dermatologues je présente mes sincères condoléances aux familles des défunts, à tous les collègues, amis, proches et connaissances des regrettés défunts. Nous implorons ALLAH de leur accorder Sa Sainte miséricorde.

«Nous sommes à Dieu et à Lui nous revenons»

*Pr AMAL Said
Président de La SMD*



RESUMES DES POSTERS DU 33EME CONGRES

SMD

Pathologies tumorales :

Carcinome épidermoïde cutané induisant une amputation de l'avant pied : à propos d'une observation

F.Amaaoune 1 ; R.El mchiout 2 ; R.Chakiri 1

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

2 : Département de traumatologie-orthopédie, Centre Hospitalier Régional Hassan 2, Agadir

Introduction :

Les carcinomes épidermoïdes cutanés (CEC) ou spinocellulaires regroupent des tumeurs épithéliales malignes cutanées primitives qui expriment une différenciation malpighienne et sont distinctes des carcinomes basocellulaires.

Le diagnostic précoce avec un traitement chirurgical adéquat permet d'éviter l'apparition des métastases ainsi que l'évolution vers des tumeurs historiques mettant en jeu le pronostic fonctionnel surtout si localisation au niveau des extrémités.

Nous rapportons une observation de carcinome épidermoïde historique induisant l'amputation de l'avant pied chez une femme de 58 ans.

Observation :

Femme âgée de 58 ans, diabétique type 2 sous antidiabétiques oraux, qui s'est présentée pour une tumeur cutanée de pied gauche évoluant depuis 20 ans avec il y a 8 mois augmentation rapide de la taille de la tumeur et induisant l'amputation de l'avant pied.

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

L'examen dermatologique notait un pied gauche amputé des 2/3 antérieur avec persistance du talon surmonté d'une tumeur ulcéro-bourgeonnante, saignante, nauséabonde, avec des bords irréguliers, polycycliques, pigmentée par endroit, entourée d'une plaque noirâtre, légèrement douloureuse.

Devant cet aspect clinique un carcinome épidermoïde a été suspecté.

L'examen ganglionnaire notait la présence de plusieurs adénopathies inguinales gauches de tailles variables, la plus grande mesure 1cm de grand axe, fixes, mobiles, et indolores.

Une biopsie de la tumeur cutanée pour une étude anatomopathologique a été faite confirmant le diagnostic de carcinome épidermoïde.

Un bilan d'extension fait d'une TDM thoraco-abdomino-pelvienne parlait de nodules thyroïdiens et des adénopathies inguinales bilatérales plus marquées à gauches.

La prise en charge thérapeutique était une amputation transtibiale et un curage ganglionnaire gauche au service de chirurgie traumatologique après consentement de la patiente.



Discussion :

Le carcinome épidermoïde cutané (CEC) est une affection rare du pied, il a été décrit pour la première fois en 1828 par Marjolin.

Son incidence a été décrite comme étant d'environ 0.6 à 3 %. Il représente environ 15% des tumeurs malignes de la peau avec une localisation dans 13% au niveau des jambes.

L'âge moyen de découverte est de 60 ans, les hommes sont atteints plus que les femmes, avec un sex ratio de 3.

La durée d'évolution liée au délai du diagnostic conditionne la prise en charge thérapeutique et le pronostic fonctionnel

Dans la littérature, ils sont souvent décrits comme étant des lésions faisant suite à une plaie ou une ostéite chronique. Néanmoins, quelques cas ont été décrits chez les sujets diabétiques suite à un mal perforant plantaire.

Différentes formes morphologiques peuvent se voir dans le carcinome épidermoïde : Formes ulcéro-végétantes, ulcéreuses, végétantes, infiltrantes, verruqueuses...

Notre patiente a présenté une forme ulcéro-végétante-infiltrante amputant son avant pied gauche.

Le CEC est en général faiblement agressif et modérément métastatique ce qui donne une meilleure guérison de carcinome si les traitements sont précocement initiés, et même avec un diagnostic tardif il y a toujours une chance de guérison mais avec des traitements radicaux associées à des séquelles fonctionnelles notamment une amputation d'un membre, qui était décrite dans la littérature chez la majorité des patients diagnostiqués tardivement ou atteints de formes agressifs de CEC comme c'est le cas chez notre patiente.

Conclusion :

Malgré un diagnostic tardif et un traitement chirurgical avec une amputation partielle ou totale du pied, de bons résultats oncologiques ont été observés, empêchant une propagation systémique de la maladie. Ainsi, Une sensibilisation des patients et des médecins pour un diagnostic à un stade précoce s'impose pour éviter un traitement agressif.

Cas pour diagnostique

Sialiti.S 1 , Khallaayoune.M 1 , Belmourida.S 1 Znati.K 2 , Senouci.K 1

1 : Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Ibn Sina. Rabat

2 : Service d'Anatomo-Pathologie, CHU Ibn Sina. Rabat

Observation :

Il s'agit d'un patient de 36ans, sans antécédents notables, en bon état général, qui consulte dans notre service de dermatologie pour une lésion apparue il y a plus de deux ans, siégeant au niveau du sourcil gauche, sans signes fonctionnels associés mais occasionnant une gêne esthétique assez marquée.

L'examen clinique objective une lésion nodulaire de 4cm, bien circonscrite, de couleur chair, indolore à la palpation et creusée par un pertuis au centre d'où émerge une touffe de poils fins



et blanchâtres (Figure 1). Une exérèse complète de la lésion était réalisée avec étude anatomopathologique révélant une prolifération tumorale bénigne nodulaire et bien limitée en périphérie, et centrée par une invagination infundibulaire (Figure 2) sur laquelle sont branchées des structures folliculaires immatures, sous forme de petits nodules de cellules basaloïdes dépourvues d'atypies cytonucléaires, le tout tapissé d'un épiderme acanthosique surmonté par une orthokératose avec présence de bouchons cornées (Figure 3). A la lumière de cet aspect histologique, le diagnostic d'un trichofolliculome était retenu.

Discussion :

Décrit en 1944 par Miescher, le trichofolliculome est une tumeur annexielle bénigne rare se développant au dépens du follicule pileux. Il est également décrit comme un hamartome de différenciation pileuse, de diagnostic clinique aisé au vu de son aspect typique.

Le plus souvent, il se présente le plus souvent sous forme d'une lésion unique indolore, papuleuse ou nodulaire, couleur chair ou rose, centré par une touffe de poils blancs émergeant d'un pertuis central, pouvant être absent dans les formes atypiques. Le plus souvent, cette tumeur siège au visage avec quelques localisations atypiques extra-faciale au niveau de l'abdomen ou du scalp.

Pour certains auteurs, il s'agirait plus d'une malformation folliculaire que d'une tumeur du follicule pileux proprement dit, qui surviendrait de façon spontanée, bien qu'une notion de traumatisme antérieur fût rapportée dans quelques cas.

Le diagnostic différentiel peut se poser avec un trichoépithéliome, un kératoacanthome, un syringome, une hyperplasie sébacée ou encore un carcinome basocellulaire si absence de pertuis. L'histologie permet de trancher en montrant un aspect caractéristique d'une tumeur constituée d'un follicule central dilaté correspondant au follicule primaire, tapissé d'une paroi épaisse dans lequel s'abouchent des follicules secondaires présentant une différenciation très variable, allant du follicule secondaire mature avec cheveu au stade anagène, et d'une papille

pilaire à des structures très immatures. Parfois, il peut comporter des structures sébacées rudimentaires sur les zones séborrhéiques.

Une simple exérèse chirurgicale sans marges est le traitement de choix du trichofolliculome, en cas de demande du patient ou pour établir le diagnostic dans les formes sans poils.

Conclusion :

Le trichofolliculome est une tumeur bénigne rare de bon pronostic appartenant au groupe des tumeurs annexielles. Généralement de présentation clinique typique, il faut savoir y penser devant toute lésion de siège céphalique avec une touffe de poils émergents au centre.

LES CANCERS CUTANES DE LA FACE AU CHU D'OUJDA

H.Saddouk 1 ; H.Ragragui 1 ; S.Aouali 1 ; N.Zizi 1,2 ; S.Dikhay 1,2.

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

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

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

Introduction :

Les cancers cutanés occupent une part importante dans la pathologie cancéreuse partout au monde, survenant souvent sur le visage. L'objectif de notre étude est de déterminer les principaux facteurs de risque de ces tumeurs et de déceler leurs caractéristiques épidémiologiques et évolutives.



Matériels et méthodes :

Nous avons procédé à une étude rétrospective descriptive incluant 51 cas de cancers de la face suivis au sein du service de Dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI d'Oujda entre juin 2014 et aout 2020.

Résultats :

Nous avons colligé 51 patients avec des tumeurs malignes de la face. Il s'agit de 30 patients de sexe masculin et 21 de sexe féminin soit un sex ratio Homme/Femme : 1.4, d'âge moyen de 62 ans \pm 23,6. Vingt-trois pour cent de nos patients étaient agriculteurs de profession. Trente-neuf pour cent ont une photosensibilité et 73 % rapportaient la notion d'exposition solaire prolongée. La notion de microtraumatismes était retrouvée chez 35% des patients et 23% de ces derniers rapportent la notion de néoplasie familiale. Seize patients avaient des lésions précancéreuses notamment une kératose actinique chez 14 malades, hamartome (1 cas) et une leucoplasie (1 cas). Une gènodermatose était retrouvée chez 9 patients dont 8 avaient un xeroderma pigmentosum (XP) et un cas de syndrome de Gorlin Goltz. La notion de Nævus pré existant a été rapportée par seulement 2 patients. Le phototype 3 était le phototype prédominant avec un pourcentage de 51%, suivi par le phototype 4 dans 39% des cas. La moyenne de durée d'évolution des cancers était de 8 ans et demi avec des extrêmes allant de 6 mois à 30 ans. Le carcinome basocellulaire était le type histologique le plus fréquent dans notre série retrouvé chez 77% de nos patients, suivi du carcinome épidermoïde chez 21%, le mélanome chez 12%, la maladie de Bowen chez 6% avec un trichoblastome associé chez 4 % des patients. La coexistence de plusieurs cancers au niveau de la face était retrouvée chez 37% des patients dont 47% était dans le cadre d'une atteinte syndromique (XP, Gorlin Goltz).

Discussion :

Les carcinomes cutanés représentent 90 % des lésions tumorales malignes développées aux dépens du tégument. Les carcinomes basocellulaires (arrivent en tête (70 %), suivis des carcinomes épidermoïdes ou spinocellulaires (20 %) et des mélanomes (10 %). La localisation en zones photo-exposées reste prépondérante, en particulier au niveau du visage. Le principal facteur de risque commun aux cancers cutanés est la dose totale d'ultraviolets (UV) reçu au cours de la vie. Ils sont ainsi plus fréquents dans les pays à fort ensoleillement, avec un risque corrélé au degré d'exposition solaire. Les autres facteurs de risque sont la race blanche, l'âge, le sexe masculin, la radiothérapie, les médicaments immunosuppresseurs, l'albinisme, le xéroderma pigmentosum, les polymorphismes et mutations de l'ADN, les précurseurs, tels que la kératose actinique, les nævi atypiques et les syndromes familiaux (syndromes de Bazex, Rombo et Gorlin).

Bien que l'exérèse complète de la tumeur soit l'impératif de la prise en charge du cancer de la peau du visage, il est également recommandé de prendre en considération les résultats esthétiques et fonctionnels.

Notre étude souligne la prédominance masculine avec l'exposition solaire prolongée comme principal facteur de risque et le carcinome basocellulaire comme type histologique le plus fréquent rejoignant les données de la littérature.

Un retard de consultation a été constaté dans notre série qui serait dû à la lenteur d'évolution des lésions, à la conservation de l'état général des patients et à la difficulté d'accès aux soins.

Conclusion :

L'incidence des cancers cutanés de la face est en constante augmentation du fait de l'allongement de la durée de vie et des habitudes comportementales, en particulier



l'exposition solaire répétée incitant à la photoprotection, la surveillance régulière et la prise en charge précoce de toute lésion précancéreuse du visage.

Ce n'est pas toujours une loupe !

I.BENSLIMANE KAMAL(1), F.Z. FETOIKI, F. HALI, F.MARNISSI(2), S.CHIHEB(1)

1- Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Rochd Casablanca, Maroc

2- Service d'anatomo-pathologie, CHU Ibn Rochd Casablanca, Maroc

Introduction:

Le kyste trichilemmal proliférant (KTP) est une tumeur annexielle bénigne peu fréquente, se développant à partir de la portion isthmique du follicule pileux. Le KTP peut apparaître de novo ou compliquer un kyste trichilemmal (KT). Nous rapportons un cas de KTP faisant suite à un KT.

L'observation:

Une patiente de 56 ans, consultait pour de multiples nodules du cuir chevelu remontant à plus de 11 ans dont l'un d'eux s'est modifié par l'augmentation de sa taille. L'examen clinique objectivait 6 nodules du cuir chevelu fermes dont un mesurait 1,5 cm et présentait une ulcération au centre. La biopsie exérèse du nodule ulcéré emportant la peau, objectivait la présence d'une kératinisation de type trichilemmale calcifiée et des mitoses non atypiques et peu nombreuses, concluant à un KTP. L'exérèse des autres nodules associés était en faveur de KT. Le reste de l'examen clinique était sans particularité. Le diagnostic de KTP faisant suite à un KT préexistant associée à des kystes trichilemmaux était retenu. Notre recul est de 7 mois, la patiente ne présente pas de récurrence locale ni de nouvelles lésions.

Discussion:

Les particularités de notre cas résident dans la rareté de la transformation du KT en un KTP mais aussi la présence d'un grand problème nosologique de cette entité avec le carcinome épidermoïde. En effet le KTP se manifeste cliniquement par un nodule ulcéré de grande taille qui peut coexister avec d'autres kystes trichilemmaux dont il diffère par l'augmentation progressive de taille et par l'ulcération, le cas de notre patiente. Le KTP peut ressembler à un CE, dont il se distingue à l'histologie par la présence d'une kératinisation de type trichilemmale et l'absence de précurseurs du CE (les lésions précancéreuses intraépithéliales et la maladie de Bowen). Le traitement repose sur l'exérèse prenant le kyste et la peau (l'ulcération). Son évolution est lente et souvent bénigne. Plus rarement le KTP peut présenter un potentiel évolutif malin et progresser vers un KTP malin responsable de métastases cérébrales et pulmonaires.

Conclusion:

L'élargissement d'un nodule du cuir chevelu de longue date doit faire rechercher un KTP ou un KTP malin. Ceci dit tout kyste du scalp doit être acheminé pour étude histologique d'autant plus que l'ulcération n'est pas toujours obligatoire pour retenir le diagnostic KTP. Je ne déclare avoir aucun conflit d'intérêt.

Syringome chondroïde du cuir chevelu mimant un kyste trichilemmal

S.Rabba/FZ.El Fetoiki/F.Hali/ H.Dahbi Skalli/F.Marnissi/S.Chiheb

Introduction :

Le syringome chondroïde est une tumeur annexielle cutanée rare dont la caractéristique phare est une double composante épithéliale et mésenchymateuse. Nous rapportons un cas de syringome chondroïde localisé au niveau du cuir chevelu.



Observation :

Patient de 53 ans, sans antécédent notable, qui présentait un nodule indolore en région pariétale du cuir chevelu, évoluant depuis 8 mois. À l'examen clinique il s'agissait d'un nodule ferme, de 2,5 cm de grand axe, mobile par rapport aux plans sous-cutanés. La peau en regard était sans anomalie. Le patient a bénéficié d'une énucléation simple avec comme hypothèse clinique un kyste trichélémmal en raison de l'aspect fortement évocateur. En revanche, l'histologie conclut au diagnostic de syringome chondroïde : Nous retrouvons une prolifération tumorale bien limitée à double composante. La composante épithéliale était faite de cordons cellulaires, amas basaloïdes, de substance éosinophile d'aspect laqué et de microkystes kératinisés. La composante stromale était desmoplastique peu cellulaire renfermant des lobules adipeux sur fond fibreux et des foyers chondroïdes. Il n'existait pas de signe de malignité.

Discussion :

Le syringome chondroïde a été décrit pour la première fois en 1859 par Billroth, et initialement nommé « tumeur mixte cutanée », par analogie aux tumeurs mixtes des glandes salivaires. C'est une tumeur rare, le plus souvent bénigne, de bon pronostic et d'évolution indolente mais souvent méconnue. L'âge moyen est de 50 ans avec une prédominance masculine. Il siège habituellement au niveau cervico-facial et se présente comme un nodule dermique et/ou hypodermique indolore ferme non adhérent et d'évolution lente. L'aspect histologique du syringome chondroïde est évocateur (double composante syringomateuse et mésenchymateuse) mais en cas de doute la réalisation d'une étude immuno-histochimique peut en faciliter le diagnostic. Les diagnostics différentiels cliniques les plus souvent évoqués sont une extension cutanée d'une tumeur mixte de la parotide ou des glandes salivaires en cas de localisation faciale, une tumeur annexielle de type hydrocyste ou une tumeur de l'infundibulum pileaire. Il Le traitement repose sur l'exérèse complète avec une marge de sécurité de 3 mm. En cas d'exérèse incomplète, un suivi régulier doit être proposé en raison du risque de récurrence et de transformation maligne. Le recours à un complément de radiothérapie a été rapporté en cas de récurrence.

Conclusion :

Le diagnostic de syringome chondroïde est rarement évoqué mais son interprétation histologique est aisée. Bien que rare, c'est une tumeur qui mérite d'être connue afin d'adapter les marges chirurgicales et de procéder à une surveillance.

PLAQUE PIGMENTEE DU NEZ : UN CHALLENGE DIAGNOSTIC

C. Jroundi, S. Elloudi, R. Dassouli, Z. Douhi, H. Baybay, FZ. Mernissi

Introduction :

Le carcinome trichoblastique est une tumeur épithéliale annexielle maligne rare. Proche du carcinome basocellulaire (CBC), les critères cytologiques et architecturaux sont pourtant différents. Sa prise en charge thérapeutique n'est pas codifiée.

Nous rapportons un cas de carcinome trichoblastique de l'aile du nez.

Observation :

Patiente âgée de 93ans, opérée il y a 2ans pour une lésion du sillon nasogénien gauche sans documents, qui présente depuis 6 mois une lésion au même site d'exérèse de la première lésion augmentant progressivement de taille chez qui l'examen clinique trouve 3 lésions juxtaposées le long du sillon nasogénien gauche fait d'une ulcération mesurant 1cm de grand axe, bien limitée de contours réguliers surmontée de croûtes hémorragiques avec un aspect bleuâtre en périphérie, à base légèrement infiltrée, présence de deux plaques mal limitées de contours irréguliers, la plus grande mesurant 7mm de grand axe, centrées par des télangiectasies et des globules bleu/pigmentés. L'examen dermoscopique montre : une ulcération centrale, des nids ovoïdes, des globules bruns, des télangiectasies, un voile blanc. Une biopsie cutanée a été réalisée en faveur d'un carcinome trichoblastique. Une TDM facio-cervico-thoraco-abdominal n'a pas objectivé de localisations secondaires avec infiltrat tissulaire au niveau du sillon nasogénien gauche, sans lyse osseuse en regard. La patiente a été adressée en chirurgie plastique pour complément de prise en charge.

Discussion :

Les carcinomes trichoblastiques sont rares, il s'agit d'une tumeur proche du CBC, qui est l'équivalent malin du trichoblastome. On en distingue deux formes selon le grade : le CT de bas grade (localement invasif) et le CT de haut grade (à pouvoir métastatique). On peut les trouver dans toutes les localisations, au visage ou au cuir chevelu comme les CBC ou au contraire sur le tronc et les membres ; Cliniquement leur surface est souvent lisse, il n'y a pas d'aspect perlé, et souvent pas de télangiectasies. Nous n'avons pas trouvé d'aspect dermoscopique décrit des carcinomes trichoblastiques, dans le cas de notre patiente l'aspect retrouvé est similaire à celui du CBC. Histologiquement, le diagnostic de carcinome trichoblastique est loin d'être aisé, des critères précis ont été définis permettant le diagnostic différentiel avec le CBC.

Il n'existe pas de recommandations claires sur la prise en charge du carcinome trichoblastique, concernant le bilan d'extension à réaliser, les marges de sécurité chirurgicales ou les traitements complémentaires et leurs indications, et ce, en raison du faible nombre de cas publiés. Cependant certains auteurs ont recommandé une exérèse complète avec des marges de sécurité entre 5mm à 1cm.

Conclusion :

Si dans la grande majorité des cas le CBC ne pose pas de problème au clinicien ni au pathologiste, certains sont de diagnostic difficile à distinguer des carcinomes trichoblastiques beaucoup plus rarement décrits. Il est donc nécessaire de connaître cette entité dont certaines formes peuvent être de pouvoir métastatique afin d'adapter la prise en charge.



Le lymphome T cutané agressif épidermotrope (LCAE) CD8+, un sous type rare et mal défini.

I.Bahbouhi (1), J.Oualla(1), I.El faqyr I(1), O.Hocar O(1), S.Amal(1)

I.Boujguenna (2), A.Belbachir(2), H.Rais(2)

(1) Service de Dermatologie, CHU Mohammed VI, Laboratoire biosciences et santé FMPM, Marrakech, Maroc

(2) Service d'anatomopathologie, CHU Mohammed VI, Laboratoire biosciences et santé FMPM, Marrakech, Maroc

Introduction:

Le lymphome T cutané agressif épidermotrope (LCAE) CD8+ est une entité rare qui constitue moins de 1% de l'ensemble des lymphomes T, ce qui explique l'absence de critères de diagnostic bien définis. Il est caractérisé par son agressivité et son évolution le plus souvent fatale même sous traitement.

Observation :

Une patiente de 36ans, sans antécédents notables, consultait pour une éruption faite de plaques évoluant depuis 6mois, ainsi qu'une lésion du scalp alopeciante évoluant depuis 3mois. L'examen clinique retrouvait une quasi-érythrodermie, sèche, siège de plaques hyperkératosiques infiltrées, une kératodermie palmoplantaire, avec une tumeur du scalp ulcéro-bourgeonnante, saignante, de 4cm, avec une alopecie. L'examen des aires ganglionnaires retrouvait des adénopathies multiples au niveau cervical, axillaire et inguinal.

La biopsie cutanée montrait à l'examen histologique un infiltrat cellulaire lymphoïde dense de disposition périvasculaire avec épidermotropisme, avec expression intense CD8+, CD3+, modérée au granzyme B et au TIA-1, et une expression minimale du CD4, profil compatible avec un LCAE CD8+. Le scanner TAP mettait en évidence des adénopathies axillaires multiples ainsi que des micronodules sous pleuraux. La patiente a été mise sous polychimiothérapie protocole CHOP, et a reçu déjà 2cures. Elle est toujours en cours de traitement.

Discussion :

Le lymphome T cutané agressif épidermotrope (LCAE) CD8+ est une variante rare et mal caractérisée, encore considérée comme une entité provisoire selon la classification de la WHO (World Health Organization).

Cliniquement, il se manifeste par des plaques, nodules ou tumeurs, ulcérés, nécrotiques parfois hémorragiques, d'évolution rapide et agressive, donnant lieu rapidement à des atteintes extra-cutanées. Notre observation illustre une présentation clinique associant également une quasi-érythrodermie, et une kératodermie palmo-plantaire. Sur le plan histologique, la présence d'un épidermotropisme marqué avec un marquage CD8+, semble nécessaire pour porter le diagnostic. Le diagnostic différentiel se pose avec d'autres lymphomes cutanés T indolents, essentiellement la réticulose pagétoïde et le mycosis fongoïde CD8+.

Il n'y a pas de traitement standardisé à ce jour. Le traitement de première ligne fait généralement appel aux protocoles CHOP ou EPOCH, mais se solde généralement par un échec thérapeutique. Des études récentes suggèrent le passage en 2^{ème} intention à de nouvelles thérapies telles que la gemcitabine, le pralatrexate, le brentuximab, ainsi qu'à l'allogreffe de cellules souches, qui ont pu permettre une rémission complète dans quelques rares cas.

Conclusion :

Le LCEA CD8+ est un lymphome de mauvais pronostic, malgré l'utilisation de chimiothérapies agressives. Le recours à la gemcitabine, pralatrexate, brentuximab, ainsi qu'à l'allogreffe de cellules souches semble ouvrir de nouvelles voies thérapeutiques.



Carcinome basocellulaire sous forme d'ulcérations térébrantes :

à propos de 2 cas.

F.El Hadadi¹, L.Mezni¹, K.Znati², M.Meziane¹, N.Ismaili¹, L.Benzekri¹, K.Senouci¹.

(1) Department of dermatology

(2) Department of dermatopathology

, Ibn Sina University Hospital, Rabat, Morocco.

Introduction :

Le carcinome basocellulaire (CBC) est une tumeur épithéliale développée aux dépens de l'épiderme, survenant le plus souvent de novo, localisée uniquement à la peau sur les zones photo-exposées et jamais sur les muqueuses. Nous rapportons 2 cas de carcinome basocellulaire sous forme d'ulcérations térébrantes avec importante perte de substance.

Observations :

Cas 1 : patient de 80ans, sans antécédents particuliers de phototype clair qui consulte pour l'apparition depuis 2 ans d'une ulcération mutilante de la nuque de 12cm de longueur sur 9 cm de largeur à bordure perlée, mettant à nu les structures musculaires et ligamentaires sous-jacentes. Une TDM cérébrale a été réalisée éliminant une atteinte osseuse, l'étude histologique a objectivé un revêtement cutané infiltré par une prolifération tumorale carcinomateuse faite de cellules basaloïdes de taille petite à moyenne confirmant le diagnostic de CBC infiltrant le patient a été adressé en oncologie pour radiothérapie.

Cas 2 : homme de 70 ans, diabétique sous insuline, hypertendu sous amlodipine, qui présente depuis 4 ans une ulcération creusante faisant 8 cm de largeur sur 6 cm de hauteur à bordure perlée mettant à nu le scapula sous-jacent. Il n'y avait pas d'atteinte osseuse au scanner.

Discussion :

Le CBC peut revêtir plusieurs formes cliniques (nodulaire, superficiel, pigmentée, tatoué, ou encore ulcéré). Il possède une malignité locale et son risque métastatique est exceptionnel avec un faible taux de mortalité et un pronostic relativement bon. Cependant en l'absence de diagnostic et de chirurgie précoces, il peut entraîner une destruction tissulaire importante. En effet, il peut s'ulcérer et avoir une évolution extensive avec perte de substance on parle de formes térébrantes ou délabrantes voire mutilantes pouvant atteindre les structures musculaires et osseuses avec des préjudices esthétiques et fonctionnelles et des difficultés de prise en charge. L'avènement des thérapies ciblées (Vismodégib) constituent un espoir pour les formes localement avancées inopérables et métastatiques. Cependant dans notre contexte le recours à la chirurgie ou la radiothérapie en fonction du pronostic représentent les traitements de 1^{ère} ligne, la prévention principale reste la photoprotection.



Localisations cutanées initiales révélant des lymphomes systémiques : Une série de 15 cas

S. Mrabat, S. Elloudi, FZ. Hashas, Z. Douhi, H. Baybay, FZ. Mernissi

Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès

Introduction :

Les hémopathies malignes lymphoïdes peuvent avoir leur origine dans les différents tissus lymphoïdes de l'organisme ; par conséquent, la peau peut en être une localisation primaire ou secondaire.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective étalée sur une période de 10 ans, incluant tous les cas de lymphomes cutanés autres que le mycosis fongoïde confirmés histologiquement et dont le bilan d'extension a montré des localisations systémiques.

Résultats :

On a colligé 15 cas. L'âge moyen était de 52 ans et le sexe ratio H/F : 2.75. La durée moyenne d'évolution était de 9 mois. La majorité de nos patients avait un état général conservé (54%). Les lésions cutanées étaient dominées par les tumeurs (12 cas) qui étaient le plus souvent ulcérées, suivies des nodules (10 cas) et les plaques infiltrées (7 cas). Les 2/3 des cas présentaient des adénopathies d'allure suspecte. Les lymphomes T étaient plus fréquents (9 cas) que les lymphomes B. Les types histologiques retrouvées étaient : le lymphome T anaplasique CD30+ (6 cas) ; lymphome T/NK (2 cas), le lymphome B diffus à grandes cellules (3 cas), le lymphome B centrofolliculaire (2 cas) et le lymphome malin non hodgkinien T (1 cas). Le bilan d'extension a montré des localisations ganglionnaires chez 11 patients, rénales (1 cas), parotidiennes (1 cas) et laryngées (1 cas). Tous les patients ont reçu une polychimiothérapie.

Discussion :

L'expression cutanée est fréquente et variée au cours des hémopathies malignes. Les lésions cliniques sont réparties en quatre groupes : localisations cutanées des leucémies et lymphomes ; dermatoses satellites ; infections cutanées ; toxidermies et autres réactions iatrogènes. Plusieurs lymphomes B ou T systémiques peuvent envahir la peau et donner des métastases nodulaires parfois isolées. On peut également retrouver des tumeurs, des plaques infiltrées dont le centre peut parfois se nécroser. Ce sont les formes à cellules T qui sont les plus fréquemment pourvoyeuses de lésions cutanées spécifiques.

Conclusion :

Notre étude illustre l'intérêt de la réalisation d'un bilan d'extension devant les lymphomes cutanés qui peuvent parfois être révélateurs de lymphomes systémiques.

Dermatite spongiotique : penser au mycosis fongoïde

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

Introduction

Le mycosis fongoïde (MF) est la forme la plus fréquente des lymphomes T cutanés primitifs.



Au stade initial de plaques, il constitue un véritable challenge diagnostique tant sur le plan clinique que sur le plan histopathologique. Le diagnostic de dermatoses inflammatoires bénignes y est souvent porté à tort, retardant une prise en charge adaptée. A travers cette observation, nous décrivons un cas de MF dans lequel la spongiose était une caractéristique histopathologique importante, réalisant une variante peu connue de mycosis fongoïde dans sa forme spongiotique.

Observation

Nous rapportons un cas de MF, dont la présentation clinique était celle d'une dermatose chronique inflammatoire bénigne, à type de plaques érythémato-squameuses distribuées sur les extrémités et la région lombaire et de kératodermie palmo-plantaire. Cette symptomatologie était restée stable depuis 15 ans. Des biopsies cutanées multiples ont alors été réalisées, montrant un aspect histologique d'une dermatite spongiotique, avec un discret épidermotropisme. L'étude immunohistochimique montrait un phénotype faisant retenir le diagnostic de mycosis fongoïde spongiotique.

Discussion

Etablir des caractéristiques histopathologiques pour différencier le MF précoce des maladies inflammatoires bénignes est de loin le point le plus sujet à débat. L'épidermotropisme en l'absence de spongiose constitue un argument histologique en faveur du diagnostic de MF selon certains algorithmes. Cependant, la spongiose a été considérée par bon nombre d'auteurs, comme étant une caractéristique relativement courante au stade précoce de la maladie. En effet, à ce stade, le MF révèle des signes histologiques souvent incomplets, avec une réaction inflammatoire qui peut être importante, se traduisant alors par de la spongiose, pouvant masquer l'infiltrat lymphomateux, et entraînant un retard diagnostique pouvant aller jusqu'à 9 ans selon les écrits.

Conclusion

Reconnaitre la spongiose en tant que caractéristique du MF au stade de plaques peut être d'un grand apport pour raccourcir le délai diagnostique. A travers cette observation, nous voulons mettre la lumière sur l'importance de multiplier les biopsies sur différentes lésions, et à différents moments, devant tout aspect de dermatoses chroniques d'allure inflammatoire dont la présentation reste stable au fil du temps.

Syndrome de Sézary non érythrodermique : un cas de toutes les atypies

Oulehri Aida , Sara Elloudi, Hanane Baybay Zakia Douhi,, Fatima Zahra Mernissi

Service de Dermatologie – Vénérologie CHU HASSAN II . FES

Introduction :

Le syndrome de Sézary (SS) représente 3 % des lymphomes T cutanés et appartient aux formes agressives, avec un taux de survie à cinq ans de 24 %. Nous rapportons un cas atypique de par sa présentation clinique avec une éruption angiomateuse et profuse non décrite auparavant ainsi que son évolution pseudo-leucémiant et très agressive. Enfin, nous signalons l'aspect clinique et dermoscopique de ces tumeurs angiomateuses comme une nouvelle description non commune de ce syndrome.

Observation :



Il s'agit d'un patient âgé de 67 ans, qui a présenté six mois avant son admission un prurit généralisé puis l'apparition de multiples papules, nodules, et tumeurs érythémateuses angiomateuses diffuses qui ont rapidement augmentés en taille et en nombre, certaines tumeurs arrivant jusqu'à six cm avec un aspect léonin du visage. La surface cutanée atteinte était estimée à 70%. A la dermoscopie nous avons objectivé des lagunes rouges séparés de septas fibreux ainsi que une vascularisation polymorphes et des cercles blancs. Le patient présentait également multiples papules angiomateuses en tête d'épingle au niveau du scrotum et de la verge.

Le patient avait déjà réalisé une biopsie cutanée qui avait montré un aspect morphologique et donné un immunohistochimique compatible avec un mycosis fongoïde au stade tumoral avec léger pilotropisme et acrosyngiotropisme. La numération formule sanguine a objectivé une hyperlymphocytose à 68.000. La recherche de cellules de Sézary au niveau périphérique associé à un immunophénotypage lymphocytaire a objectivé la présence d'une population lymphoïde T atypique CD4+ CD8- CD3+ CD5+ CD2+ CD7- CD57- CD56-CD16- exprimant un TCR alpha- beta ces cellules représentent environ 95% des lymphocytes, cytologiquement il s'agit de cellules de taille moyenne à grande avec un noyau à tendance cérébriforme (95% de cellules desézary). Le rapport CD4/CD8 était à 52.1. En absence de disponibilité de PCR dans notre contexte nous avons retenu le syndrome de Sézary sur ce faisceau d'arguments cliniques et biologiques. Le patient a été mis sous chimiothérapie type CHOP, malheureusement le patient est décédé après une seule cure de chimiothérapie.

Discussion :

Le SS est défini par la présence d'une érythrodermie, d'adénopathies diffuses, de lymphocytes T atypiques sanguins et d'un clone T dominant dans le sang, la peau et les ganglions. Toutefois les formes non érythrodermiques sont de plus en plus rapportés dans la littérature ces dernières années, la diversité des aspects cliniques décrits nous amène à le considérer parmi les grands simulateurs de la dermatologie. La sensibilisation et l'information des dermatologues et des médecins généralistes est très important pour savoir évoquer ce syndrome qui est fatal en cas de retard de diagnostic comme l'illustre notre cas. Nous suggérons également comme plusieurs auteurs que l'érythrodermie ne soit plus liée au syndrome de Sézary et qu'une nouvelle classification de ce syndrome est nécessaire. Enfin, nous signalons l'aspect clinique et dermoscopique de ces tumeurs angiomateuses comme une nouvelle description atypique de ce syndrome.

L'exostose sous unguéale en milieu militaire : quelle relation ?

Meryem Khalidi , Hasna kerrouch, Mohammed El amraoui,
Rachid Frikh, Naoufal Hjira, Mohammed Boui
Service de dermatologie-vénérologie –HMIMV-Rabat.

Introduction :

L'exostose sous unguéale est une tumeur ostéo-articulaire bénigne relativement rare, à tendance récidivante, touchant essentiellement le gros orteil. L'étiopathogénie est inconnue, plusieurs théories ont été avancées dont la principale est en rapport avec la notion de traumatisme ou microtraumatisme répétés ce qui est le vécu quotidien des militaires vu le chaussage rigide imposé et la longue durée de port du brodequin.

Observation :

Nous rapportons le cas d'un homme de 40 ans, sans antécédents particuliers, militaire de profession,



qui a consulté pour un nodule sous unguéal douloureux du gros orteil droit évoluant depuis 6 mois gênant sa marche avec une notion de chaussage au brodequin serré pendant des longues heures de garde. L'examen clinique a révélé un nodule dur de 20 mm de diamètre, de couleur chair, siégeant au niveau sous unguéal déformant ainsi l'ongle avec une pachy-brachyonychie manifeste. Le reste de l'examen somatique a été normal. Une radiographie osseuse du pied a révélé une excroissance osseuse en continuité avec la phalangette, à développement central. Ce qui a permis de confirmer le diagnostic d'une exostose sous unguéale. Une exérèse chirurgicale a été réalisée. Les suites opératoires ont été simples. Le patient n'a pas fait de récurrence avec un recul de 1 an.

Discussion :

L'exostose sous-unguéale (ESU) est une tumeur ostéocartilagineuse bénigne, peu fréquente et à tendance récidivante, touchant essentiellement le gros orteil. Elle a été décrite en 1847 par Dupuytren qui, à travers une série de 30 cas, a précisé qu'il s'agissait d'une lésion phalangienne et non unguéale. La théorie traumatique ressort souvent soit lors de traumatismes francs ou microtraumatismes répétés (sport ou chaussures étroites...) mais une origine tératologique (os résiduel rudimentaire : le pré-hallux) ou héréditaire ont été aussi évoquées. Plusieurs diagnostics différentiels doivent être évoqués en particulier le chondrome phalangien, ostéo-chondrome, fibrome sous unguéale, et le mélanome achromique. L'excision chirurgicale, tout en préservant l'ongle, reste le principal traitement avec un risque de récurrence non négligeable.

Vitiligo et cancers cutanés : quel lien ?

Oulehri Aida , Sara Elloudi, Hanane Baybay Zakia Douhi,, Fatima Zahra Mernissi
Service de Dermatologie – Vénérologie CHU HASSAN II . FES

Introduction :

Le vitiligo est un trouble dépigmentant acquis qui touche environ 0,5 % de la population générale. Cette maladie se caractérise par la perte du pigment mélanique due à l'absence partielle ou totale de mélanocytes fonctionnels dans les zones touchées. On pourrait s'attendre à ce que l'absence totale de mélanine dans le vitiligo augmente les effets délétères de la lumière ultraviolette (UV), tels que le développement d'un cancer cutané (CC). Toutefois la littérature révèle que cette association est rare. Nous rapportons un cas de multiples carcinomes épidermoïdes, maladies de Bowen et kératoses actiniques chez un patient atteint de vitiligo universel n'ayant jamais reçu de photothérapie. Ce qui prouve que ce débat est toujours ouvert.

Observation :

Patient âgé de 78 ans, agriculteur de profession, suivi pour une leucémie lymphoïde chronique depuis 7 ans, actuellement en rémission, atteint d'un vitiligo universel évoluant depuis soixante ans jamais traité. Le patient vient consulter pour de multiples lésions érosives et hyperkératosiques du scalp avec notion d'un carcinome épidermoïde pariétale gauche réséqué il y a un an. L'examen clinique et dermoscopique trouvait de multiples kératoses actiniques de tout le cuir chevelu et du visage dont certaines étaient suspectes de dégénérescence. Les biopsies ont montrés trois carcinomes épidermoïdes et quatre maladies de Bowen, le bilan d'extension avait objectivé une adénopathie latéro-cervicale droite suspecte de malignité dont la cervicotomie a confirmé une métastase ganglionnaire d'un carcinome épidermoïde. Le patient a bénéficié d'un curage ganglionnaire avec exérèse concomitante de lésions cutanées malignes.

Discussion :



Le faible nombre de rapports de cas ainsi que les résultats des différentes cohortes sont rassurants quant au risque de développer un cancer cutané sur vitiligo. Nous pouvons, sur la base de la littérature, mettre en évidence certains facteurs de risque tels que l'âge et la forme étendue. De multiples carcinomes épidermoïdes et maladies de Bowen concomitantes au niveau des zones photo-exposées chez un patient atteint de vitiligo est une situation exceptionnelle. Néanmoins, le nombre de publications de cancers cutanés sur lésions de vitiligo a augmenté ces dernières années, et nous devons rester vigilants avec nos patients atteints de vitiligo, et continuer à insister sur la photoprotection avec un suivi régulier.

Syringome chondroïde du cuir chevelu mimant un kyste trichilemmal

S.Rabba/FZ.El Fetoiki/F.Hali/ H.Dahbi Skalli/F.Marnissi/S.Chiheb

Introduction :

Le syringome chondroïde est une tumeur annexielle cutanée rare dont la caractéristique phare est une double composante épithéliale et mésenchymateuse. Nous rapportons un cas de syringome chondroïde localisé au niveau du cuir chevelu.

Observation :

Patient de 53 ans, sans antécédent notable, qui présentait un nodule indolore en région pariétale du cuir chevelu, évoluant depuis 8 mois. À l'examen clinique il s'agissait d'un nodule ferme, de 2,5 cm de grand axe, mobile par rapport aux plans sous-cutanés. La peau en regard était sans anomalie. Le patient a bénéficié d'une énucléation simple avec comme hypothèse clinique un kyste trichilemmal en raison de l'aspect fortement évocateur. En revanche, l'histologie conclut au diagnostic de syringome chondroïde : Nous retrouvons une prolifération tumorale bien limitée à double composante. La composante épithéliale était faite de cordons cellulaires, amas basaloïdes, de substance éosinophile d'aspect laqué et de microkystes kératinisés. La composante stromale était desmoplastique peu cellulaire renfermant des lobules adipeux sur fond fibreux et des foyers chondroïdes. Il n'existait pas de signe de malignité.

Discussion :

Le syringome chondroïde a été décrit pour la première fois en 1859 par Billroth, et initialement nommé « tumeur mixte cutanée », par analogie aux tumeurs mixtes des glandes salivaires. C'est une tumeur rare, le plus souvent bénigne, de bon pronostic et d'évolution indolente mais souvent méconnue. L'âge moyen est de 50 ans avec une prédominance masculine. Il siège habituellement au niveau cervico-facial et se présente comme un nodule dermique et/ ou hypodermique indolore ferme non adhérent et d'évolution lente. L'aspect histologique du syringome chondroïde est évocateur (double composante syringomateuse et mésenchymateuse) mais en cas de doute la réalisation d'une étude immuno-histochimique peut en faciliter le diagnostic. Les diagnostics différentiels cliniques les plus souvent évoqués sont une extension cutanée d'une tumeur mixte de la parotide ou des glandes salivaires en cas de localisation faciale, une tumeur annexielle de type hydrocyste ou une tumeur de l'infundibulum pileux. Le traitement repose sur l'exérèse complète avec une marge de sécurité de 3 mm. En cas d'exérèse incomplète, un suivi régulier doit être proposé en raison du risque de récurrence et de transformation maligne. Le recours à un complément de radiothérapie a été rapporté en cas de récurrence.

Conclusion :

Le diagnostic de syringome chondroïde est rarement évoqué mais son interprétation histologique est aisée. Bien que rare, c'est une tumeur qui mérite d'être connue afin d'adapter les marges chirurgicales et de procéder à une surveillance.

Nodule douloureux de la cheville: Penser au schwannome

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

Introduction :

Le schwannome est une tumeur neurogénique qui se développe aux dépens des cellules de Schwann. Il se situe habituellement au niveau céphalique, au tronc, mais rarement au niveau de la cheville. Nous présentons un cas rare de schwannome de la région médiale de la cheville.

Observation:

C'est Mr H.B, âgé de 58 ans, suivi pour BPCO, ayant présenté un nodule sous cutané de la région médiale de la cheville droite de 1 cm de grand axe, de consistance ferme, mobile par rapport aux plans superficiel et profond, associé une douleur insomniante à type de décharge électrique dans un contexte de conservation de l'état général. À la biopsie cutanée il s'agissait d'une prolifération fusocellulaire avec à l'immunohistochimie des cellules tumorales exprimant fortement et de façon diffuse la S-100 ; l'AML, la Desmine et le CD34 étaient négatifs ; concluant ainsi au diagnostic de Schwannome. Le patient a bénéficié d'une exérèse de la tumeur avec bonne évolution. Le recul est de trois mois.

Discussion:

Parmi les tumeurs bénignes des tissus mous du pied, le taux de schwannomes représente entre 4% et 7.5% selon les séries. Il n'existe pas de préférence de sexe. Il se présente le plus souvent comme une masse nodulaire douloureuse bien définie, associée à une paralysie et/ou paresthésie en cas d'atteinte de plusieurs nerfs. La notion de microtraumatisme peut parfois précéder l'apparition de la lésion. Contrairement aux neurofibromes, les schwannomes ne traversent pas le nerf mais restent dans la gaine située à son sommet. Ils présentent un faible risque de métastases et ne sont généralement pas accompagnés de maladie systémique sous-jacente, telle que la neurofibromatose. Le traitement de 1ère intention est l'énucléation de la masse tout en préservant la fonction nerveuse. Le risque de récurrence est très rare (1%) et suggère que l'exérèse a été incomplète.

Conclusion:

La cheville est une localisation rare du schwannome. Toutefois, la constatation d'une masse sous-cutanée avec douleur intense et/ou paresthésies devrait faire évoquer ce diagnostic.

Pilomatricome isolé du bras : A propos d'un cas et revue de la littérature



S. Bouabdella 1 ; L. Omahsan 1 ; A.Khouna 1 ; S.Dikhaye 1,2; N.Zizi 1,2.
1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie.

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

CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc

Introduction :

Le pilomatricome ou épithélioma calcifié de Malherbe a été décrit pour la première fois en 1880 par Malherbe et Chenantais[1]. C'est une tumeur cutanée annexielle développée aux dépens de la matrice du poil. Les localisations les plus fréquentes sont la tête et le cou. L'atteinte des membres reste exceptionnelle. Nous rapportons l'observation d'une fille de 17ans présentant un pilomatricome inhabituel par sa localisation et par sa taille.

Observation :

Il s'agissait d'une fille âgée de 17ans, ayant comme antécédent une notion de traumatisme, qui a consulté pour une tuméfaction de la face antéro externe du bras droit évoluant depuis trois ans. L'examen clinique a objectivé une tuméfaction nodulaire bleutée, faisant trois centimètres de diamètre, dure, indolore, adhérente à la peau et mobile par rapport au plan profond. La patiente a bénéficié d'une exérèse totale de la tumeur sous anesthésie locale. L'étude anatomopathologique a montré des cellules épithéliales très basophiles à noyaux monomorphes ovoïdes hyperchromatiques montrant des mitoses et des cellules épithéliales souvent momifiées d'aspect fantomatique acidophile pâle avec des zones de cellules acidophiles nucléées au niveau des zones de transition et la présence de calcifications. Le diagnostic de pilomatricome a été retenu.

Discussion :

Le pilomatricome est une tumeur cutanée bénigne, constituant moins de 2 % des tumeurs cutanées primitives [2]. C'est une tumeur du sujet jeune de moins de 20 ans. Parfois, il peut y avoir des antécédents de traumatisme antérieur, comme c'est le cas chez notre patiente. Il se traduit cliniquement par un petit nodule sous-cutané, unique, asymptomatique parfois douloureux, et touchant volontiers la femme avec un sex-ratio de 3/2. L'étirement de la peau sur la tumeur montre le «signe de la tente» à multiples facettes et angles [3]. En outre, en appuyant sur un bord de la lésion, le bord opposé dépasse comme une «balançoire». Ces deux signes sont pathognomoniques du pilomatricome. Il survient principalement pendant les deux premières décennies. Les localisations habituelles sont le cou et la tête et seulement quelques exceptionnelles localisations isolées au niveau des membres ont été rapportées dans la littérature [4]. La calcification de la tumeur est observée dans 80 % des cas, réalisant parfois un véritable ostéome sous-cutané [5]. La taille habituelle est inférieure à trois centimètres. Son diagnostic est clinique, confirmé par l'histologie permettant d'éliminer certains diagnostics différentiels principalement les kystes épidermoïdes et pilaires mais surtout le pilomatricome malin. La radiographie standard est utile uniquement devant la suspicion d'un pilomatricome significativement calcifié. L'étude immunohistochimique permet de confirmer le diagnostic [6]. Histopathologiquement, le pilomatricome se compose de lobules et de nids de cellules épithéliales composés de deux principaux types de cellules : les cellules basophiles et les cellules fantômes éosinophiles. La

dégénérescence carcinomateuse du pilomatricome reste controversée [7]. Un cas de coexistence des deux formes, bénigne et carcinomateuse chez un même patient a été rapporté par



Khammash et al. [8]. Le pronostic du pilomatricome est généralement bon. La guérison sans récurrence est la règle après exérèse chirurgicale totale [9].

Conclusion :

Le pilomatricome est une tumeur cutanée bénigne, rare, asymptomatique, à croissance lente. La localisation cervico-faciale et le sexe féminin sont les caractéristiques habituelles. Le diagnostic histologique éliminera un pilomatricome malin. Le traitement est l'exérèse chirurgicale pour éviter toute récurrence.

Références :

1. Malherbe A, Chenanatis J. Note sur l'épithélioma calcifié des glandes sébacées. Prog Med 1880;8:82637.
2. Moehlenbeck FW. Pilomatrixoma (calcifying epithelioma): a statistical study. Arch Dermatol 1973;108:532-4.
3. Graham JL, Merwin CF. The tent sign of pilomatricoma. Cutis 1978;22:577-80.
4. Sari A, Yavuzer R, Isik I, Latifoglu O, Ataoglu O. Atypical presentation of pilomatricoma: a case report. Dermatol Surg 2002;28:603-5.
5. Aissaoui M, Doss N, Bouzaïene A. Cas pour diagnostic. Ann Dermatol Venereol 1995;122:797-8.
6. Chan JJ, Tey HL. Multiple pilomatricomas: case presentation and review of the literature. Dermatology online journal. 2010;16(4):2
7. Simon Cypel TK, Vijayasekaran V, Somers GR, Zuker RM. Pilomatricoma: experience of the hospital for sick children. The Canadian journal of plastic surgery = Journal canadien de chirurgie plastique. 2007 Fall;15(3):159- 61.
8. Khammash MR, Todd DJ, Abakhail A. Concurrent pilomatrix carcinoma and giant pilomatrixoma. J Dermatol 2001;42:120-3.
9. Aissaoui M, Doss N, Bouzaïene A. Cas pour diagnostic. Ann Dermatol Venereol 1995;122:797-8.

Facteurs psycho-sociaux liés au patient associés au retard

diagnostic du mélanome

A.khouna 1,H.Aburabie 1, S.Dikhaye 1;2, N.Zizi 1;2.

1 Service de Dermatologie , Vénérologie et Allergologie .

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

CHU Mohammed VI ,Oujda ,Maroc

Introduction :

Le mélanome est une tumeur cutanée agressive dont l'incidence a augmenté au cours des dernières années. Malgré les avancées thérapeutiques dans le traitement du mélanome avancé, les actions de prévention primaire et secondaire restent décisives pour la réduction de la mortalité. Les facteurs de retard diagnostic peuvent être liés au patient et/ou au médecin. Peu d'études ont étudié les retards de diagnostic du mélanome cutané et les



raisons associées. Notre étude a pour but d'identifier les facteurs psycho-sociaux liés au patient responsables du retard diagnostique.

Matériels et méthodes :

Nous avons revu tous les dossiers des patients hospitalisés pour mélanome au service de dermatologie du CHU Mohammed VI d'Oujda entre juin 2014 et juin 2020. Un questionnaire détaillé a été construit comprenant des variables sociodémographiques, des connaissances sur le mélanome, l'intervalle de temps avant le diagnostic, le retard et les facteurs associés.

Résultats :

Nous avons colligé 19 cas de mélanome, avec une légère prédominance féminine 10F/9H. La moyenne d'âge était de 61,6 ans. La durée moyenne d'évolution était de 3,8 ans et le délai moyen de la première consultation était de 22 mois. La lésion était détectée par le patient dans 68% des cas et par le médecin chez 36% des cas. Trente-huit pourcent des patients étaient sensibilisés par rapport à la phototoxicité, tandis que 10% étaient sensibilisés par rapport au mélanome. Quarante deux pourcent affirmaient avoir été influencés négativement par l'entourage (conjoint, famille, amis et voisins), retardant ainsi leur consultation. La négligence de la lésion était rapportée par 58% des cas et la guérison spontanée était attendue par 37% des cas. Quarante sept pourcent avaient peur des résultats et 21% n'avaient pas les moyens pour consulter.

Discussion :

Dans la littérature la principale composante du retard diagnostique du mélanome était liée au patient. Dans notre étude, le délai moyen de la première consultation était de 22 mois dépassant de loin les chiffres de la littérature allant de 2 à 9,8 mois. Dans 68 % des cas dans notre étude et dans environ la moitié des mélanomes dans la littérature, le patient était le premier qui a découvert la lésion, ce qui souligne le rôle de la sensibilisation des patients et de leur entourage qui semble retarder la consultation du patient chez 42% des cas de notre étude. Le pourcentage de la sensibilisation au mélanome dans notre étude, qui était de 10% est inférieur à celui des autres pays: France (53%), Italie (60%) et Canada (93%). La difficulté d'accès au soin dans notre pays est souvent liée au bas niveau socio-économique retrouvé chez 21% de nos patients, sans pouvoir lier le niveau socio-économique au degré de sensibilisation du patient. Dans une étude brésilienne, malgré le niveau socioéconomique élevé des participants, il y avait une méconnaissance importante du mélanome et de ses premiers signes.

Conclusion :

La connaissance des différents facteurs liés au retard diagnostique du mélanome est primordiale pour l'amélioration de la prévention secondaire de la maladie. Notre étude souligne l'importance de la sensibilisation de la population comme un besoin public de santé.

Les sarcomes cutanés au service de dermatologie du

CHU d'Oujda



A.Khouna 1; N.Zizi 1,2; S.Dikhaye 1,2.

1 Service de Dermatologie , Vénérologie et Allergologie .

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

Introduction :

Les sarcomes cutanés comprennent un groupe hétérogène de tumeurs malignes mésenchymateuses provenant du derme ou du tissu sous-cutané. Comparés à d'autres tumeurs malignes cutanées, ils sont nettement moins fréquents.

Notre étude a pour but de donner un aperçu des différents sarcomes cutanés rencontrés dans notre service .

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service de dermatologie du CHU Mohammed VI d'Oujda durant une période de 6 ans (Juin 2014-Aout 2020), incluant tous les cas de sarcomes cutanés .

Résultats :

Les sarcomes constituaient 6 % des cancers cutanés dans notre série, soit 9 cas. On notait une légère prédominance féminine avec un sex ratio F/H de 1.25 . La moyenne d'âge était de 46,7 ans avec des extrêmes de 10 ans à 71 ans. La durée d'évolution moyenne était de 7,8 ans. Le dermatofibrosarcome (DFS) de Darrier Ferrand prédominait chez 34% des cas. Le liposarcome, l'angiosarcome, l'hémangioendothéliome rétifforme et le fibromyxosarcome étaient retrouvés dans un cas chacun (soit 11% chacun). La forme ulcéro-bourgenante et nodulaire prédominait chez 8 cas (soit 90%), une plaque infiltrée était retrouvée chez 1 seul cas. La taille tumorale moyenne était de 8,88 cm. Huit patients ont bénéficié d'une exérèse chirurgicale dont deux amputations. L'évolution était bonne chez 67% des cas avec un seul décès .

Discussion :

Les sarcomes représentent environ 1 % des cancers en général. Seulement 4 à 6% se développent primitivement dans la peau. Les sarcomes des tissus conjonctifs et des tissus mous peuvent se manifester sur la peau, soit par croissance continue, soit par métastases. En France, une étude sur les tumeurs cutanées malignes rares étalée sur 24 ans (1980-2004), 151 cas ont été colligés, avec un sexe ratio de 0,7, un âge médian de 63 ans et où les sarcomes occupaient la première position avec 59 cas (39%). Dans notre série, comme dans celle du CHU de Fès, les sarcomes cutanés occupaient le cinquième rang. L'âge moyen de nos patients (46 ans) rejoint celui des autres séries marocaines et reste très jeune par rapport à l'étude française (63 ans).

Communément au données de la littérature le DFS de Darrier Ferrand prédominait l'ensemble des cas. La durée d'évolution variait d'un mois à 30 ans avec une moyenne de 7,8 ans ce qui explique les tailles géantes retrouvés dans la majorité des cas.

Conclusion :

Malgré que les sarcomes cutanés restent des tumeurs rares, leur agressivité et leur hétérogénéité clinique justifie de leur accorder une attention particulière



Polymorphisme clinique des métastases cutanées : A propos

de 16 cas

A.Khouna 1 ; H.Aburabie 1 ; N.Zizi 1,2; S.Dikhaye 1,2 .

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

2 Groupe de travail sur le tégument, laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et

de santé publique

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

Introduction :

Le diagnostic d'une métastase cutanée pourrait être évident dans un contexte de néoplasie. En revanche, le défi reste de diagnostiquer des métastases cutanées avant que le cancer primitif ne soit identifié, à cause du polymorphisme clinique qu'elles présentent. Nous décrivons dans cette étude l'origine, le tableau clinique et les caractéristiques des métastases cutanées chez 16 patients.

Matériels et méthodes :

C'est une étude rétrospective étalée sur une période de 5 ans, entre l'an 2015 et l'an 2020, réalisée au CHU Med VI d'Oujda, incluant tous les cas de métastases cutanées.

Résultats :

Nous avons colligé 16 cas. La moyenne d'âge était de 52 ans, avec un sexe ratio F/H de 3,7. Le cancer primitif était diagnostiqué dans 75% des cas. La durée moyenne entre le diagnostic du cancer primitif et l'apparition des métastases cutanées était de 28 mois. Il s'agissait d'un cancer du sein dans 43% des cas. Le lymphome ganglionnaire, le carcinome broncho-pulmonaire et le mélanome étaient retrouvés dans 12% des cas, suivis par le cancer du cavum, l'adénocarcinome de l'utérus et la leucémie lymphoïde chronique chez un patient chacun. La lésion primitive était nodulaire dans 43% des cas. La forme erysipéloïde était retrouvée dans 25% des patients avec métastases cutanées, soit 71% des patientes atteintes de cancer du sein. Un érythème infiltré était retrouvé dans 18% des cas. L'ulcère cutané et la lésion ulcéro-bourgeonnante étaient retrouvés chez un seul patient chacun.

Discussion :

Les métastases cutanées ne sont pas inhabituelles mais elles restent rares. Leur incidence semble en augmentation dans les études récentes. L'âge moyen de survenue des métastases cutanées de nos patients rejoint celui de la littérature, compris entre 42.6 et 68 ans selon les séries. La prédominance féminine est



rapportée dans la littérature. L'apparition de la métastase cutanée au cours de l'évolution d'une tumeur primitive connue quoiqu'il ne soit pas un phénomène fréquent mais il reste prévisible. Dans les différentes séries la tumeur primitive la plus commune chez les hommes était le cancer broncho-pulmonaire alors que chez les femmes la tumeur primitive la plus fréquente était le cancer du sein, suivie par ordre décroissant des cancers gastro intestinaux, génito-urinaires, rénaux, les tumeurs cutanées y compris les mélanomes, les cancers endocriniens et les tumeurs d'origine indéterminée.

Conclusion :

Les métastases cutanées peuvent être révélatrices du cancer primitif, comme elles peuvent apparaître secondairement avec un pronostic péjoratif. Leur polymorphisme clinique rend leur diagnostic difficile, notamment quand le cancer primitif n'est pas diagnostiqué.

Un pouce pas comme les autres !

F.El Hadadi¹, L.Mezni¹, K.Znati², M.Meziane¹, N.Ismaili¹, L.Benzekri¹, K.Senouci¹.

(1) Department of dermatology

(2) Department of dermatopathology

Mohammed V University in Rabat, Ibn Sina University Hospital, Rabat, Morocco.

Introduction :

La sémiologie dermatologique au niveau des mains est riche, elle peut refléter une connectivite, une maladie autoimmune, ou témoigner d'une pathologie locorégionale bénigne ou maligne. Nous rapportons un cas original d'une tuméfaction déroutante de la pulpe du pouce.

Observation :

Patiente de 48 ans, sans notion de traumatisme, droitière qui présente depuis 2 ans une tuméfaction couleur chair indolore de 1 cm de la pulpe du pouce droit augmentant progressivement de taille. La radiographie standard a éliminé une exostose, et l'échographie des parties molles a objectivé une massetissulaire isoéchogène vascularisée en périphérie au doppler, une biopsie exérèse a été réalisée objectivant une masse encapsulée, polylobée et de couleur jaune brunâtre dont l'étude histologique a confirmé le diagnostic de Tumeur à cellules géantes des gaines synoviales.

Discussion:

La TCGGS des mains est une tumeur qui touche l'adulte jeune de 30 à 50 ans. Cliniquement, elle se présente sous forme d'une tuméfaction digitale sous cutanée ferme se développant en regard des articulations interphalangiennes proximales ou distales ou métacarpo-phalangienne, une localisation au niveau du poignet est rare, elle n'a jamais été décrite au niveau de la pulpe. Ces tumeurs intéressent respectivement l'index puis l'auriculaire rarement le pouce. Le diagnostic différentiel se pose avec les granulomes à corps étranger, les fibromes des gaines tendineuses, le kyste anévrysmal, le lipome, un nodule rhumatoïde ou encore un lipome. La radiographie permet de rechercher un épaississement des parties molles. Quant à l'échographie, elle confirme la nature tissulaire ou kystique de la tumeur. L'IRM reste l'examen de choix afin de mettre en évidence les rapports de la tumeur, sa taille et son siège exacte, le diagnostic est confirmé par l'histologie qui objective la présence d'histiocytes polynucléaires dispersés entre des fibres de collagènes. Le traitement est chirurgical, les récurrences surviennent dans 45% des cas et seraient dues à une exérèse incomplète.



Conclusion:

La particularité de notre observation réside dans le fait que la tumeur se localisait au niveau de la pulpe des articulations, ce qui a dérouté le diagnostic qui a été redressé par l'étude histologique. Il faudra, donc, évoquer les TGCCS devant toute tuméfaction digitale, indolore chronique.

Une plaque violine du genou

S. Mrabat, Z. Douhi, A. Alaoui, S. Elloudi, H. Baybay, FZ. Mernissi
Service de Dermatologie, CHU Hassan II de Fès

Introduction :

L'hémangiome d'Hobnail appelé également hémangiome hémossidérotique en cible, ou à cellules en clou de tapissier ; est une tumeur vasculaire bénigne de l'adulte. Nous en rapportons une observation chez un enfant.

Observation :

Une fillette de 8 ans, sans antécédent consultait pour une lésion asymptomatique du genou évoluant depuis 4 ans et augmentant lentement de taille. Elle ne rapportait pas la notion de traumatisme antérieur. L'examen clinique trouvait une plaque de 2 cm à centre violacé entouré d'un halo périphérique brunâtre lui donnant un aspect en cible. La dermoscopie a montré des pseudo-lagunes bordées par des structures linéaires blanchâtres ainsi que des rosettes. La biopsie cutanée a montré des structures vasculaires irrégulièrement dilatées dans le derme superficiel et moyen bordées par des cellules endothéliales. Dans le derme plus profond, des vaisseaux néoplasiques étroits avec dissection du collagène ont été trouvés. Le diagnostic d'hémangiome à cellules en clou de tapissier a été retenu et une exérèse cutanée a été réalisée.

Discussion :

L'hémangiome à cellules en clou de tapissier est une petite malformation bénigne du derme moyen ou superficiel. Ils se présente par une petite papule ou plaque solitaire violine ou brune au niveau des extrémités ou du tronc. Il réalise parfois un aspect en cible par la présence d'un halo ecchymotique entourant la lésion centrale. Son étiologie est inconnue. A un stade précoce, la biopsie montre des vaisseaux ectasiques à paroi fine dans le derme papillaire, se traduisant en dermoscopie par les pseudo-lagunes. Les lésions tardives présentent des vaisseaux étroits et de la fibrose qui correspond aux structures blanchâtres en dermoscopie.

Conclusion :

De par la nature bénigne de l'hémangiome d'Hobnail, le traitement n'est pas nécessaire. Si un traitement est indiqué, l'excision chirurgicale complète semble être la solution la plus efficace.

L'acroangiodermatite ou le pseudo-kaposi: un diagnostic différentiel difficile avec la maladie de kaposi



H.Ragragui 1 ; N.Zizi 1,2 ; S.Dikhaye 1,2

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

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

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

Introduction :

Le Pseudo-kaposi est une maladie angioproliférative rare et bénigne des membres inférieurs liée à une insuffisance veineuse chronique ou à d'autres anomalies vasculaires. Il existe une similitude clinique et histologique avec la maladie de kaposi d'où l'intérêt de l'immunohistochimie. Il existe principalement deux variantes cliniques de l'acroangiodermatite ; le syndrome de STEWART-BLUEFARB et le type Malien.

Observation :

Nous rapportons le cas d'un jeune patient de 40 ans, ayant comme antécédents ; une infection par le VIH depuis 2011 sous traitement antirétroviral, une tuberculose pulmonaire à 2 reprises en 2011 et en 2017, traité et déclaré guérit et opéré pour des varices du membre inférieur gauche il ya 2 ans.

A l'examen clinique, nous avons noté la présence des lésions maculaires violines confluentes en placards faisant 15 cm pour la plus volumineuse, non infiltrées, siégeant au niveau du pied et de la jambe gauche évoluant depuis 3ans avec présence d'un ulcère de la malléole interne du pied gauche. On notait également des ectasies veineuses du cou du pied gauche. L'examen au dermoscope montrait la présence de stries linéaires blanchâtres, des lacunes rouges bleues, un voile blanchâtre et quelques croûtes hémorragiques.

Une biopsie cutanée avec immunohistochimie a été réalisée objectivant une prolifération dermique de petits vaisseaux, de contours réguliers, bordés d'une assise de cellules endothéliales non atypique avec une couche de péricytes. Des globules rouges extravasés ont été notés également. L'immunohistochimie a mis en évidence l'expression de l'anticorps anti CD31 avec l'anticorps anti HHV8 négatifs, confirmant ainsi le diagnostic de l'acroangiodermatite.

Notre patient a été mis sous dermocorticoïde avec des bas de contention et adressé en consultation de chirurgie vasculaire pour suivi de l'insuffisance veineuse chronique.

Discussion :

L'acroangiodermatite ou le pseudo-kaposi est une pathologie rare et bénigne des membres inférieurs. Le principal diagnostic différentiel est la maladie de kaposi. Son étiologie n'est pas encore connue. Bien que l'insuffisance veineuse chronique soit une affection courante, seul un petit pourcentage de patients développe une acroangiodermatite. Elle se manifeste cliniquement par des macules confluentes en plaques indurées avec des nodules violacés siégeant au niveau de la face des extenseurs des membres inférieurs. Il existe plusieurs variantes cliniques. L'aspect dermoscopique met en évidence la présence de stries linéaires blanchâtres, des lacunes rouges bleues, un voile blanchâtre, des croûtes hémorragiques, des zones homogènes roses et une vascularisation polymorphe.

L'examen histologique montre une néovascularisation régulière, une augmentation des péricytes dans le derme, un dépôt de pigment d'hémosidérine avec une extravasation des globules rouges. Le traitement est basé principalement sur la correction de la pathologie vasculaire sous-jacente et les dermocorticoïdes. Plusieurs études ont été réalisées montrant l'efficacité de l'érythromycine à raison de 2g/jour ou la dapsone à la dose de 100 mg/j pendant 3mois.

Conclusion :



Le pseudo-kaposi est une affection bénigne et peu fréquente, lié à l'insuffisance veineuse chronique, difficile à distinguer cliniquement et histologiquement de la maladie de kaposi et dont le traitement consiste en la combinaison des moyens médicaux et chirurgicaux.

Références:

1. M. Archie and al. A Rare Case of Acroangiokeratosis Associated with a Congenital Arteriovenous Malformation (Stewart-Bluefarb Syndrome) in a Young Veteran: Case Report and Review of the Literature. *Annals of Vascular Surgery* (2015).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.avsg.2015.03.055>
2. Z. Alioua et al. Pseudomaladie de Kaposi secondaire à une malformation artérioveineuse superficielle : syndrome de Stewart-Bluefarb. *Annales de dermatologie et de vénéréologie* (2008) 135, 44—47.
[doi:10.1016/j.annder.2007.04.004](https://doi.org/10.1016/j.annder.2007.04.004)
3. A. Samad and al. Acroangiokeratosis: Review of the Literature and Report of a Case Associated with Symmetrical Foot Ulcers. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 24, 558±560 (2002). [doi:10.1053/ejvs.2002.1772](https://doi.org/10.1053/ejvs.2002.1772)
4. M. Dias and al. Acroangiokeratosis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 5 (1995) 47-50
5. A. Paganelli and al. Pseudo-kaposi sarcoma : report of a case investigated by dermoscopy, reflectance confocal microscopy and optical coherence tomography. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* (2018)

Une lésion tumorale de la langue

S. Sektaoui, Z. Mehsas, L. Benzekri, N. Ismaili, M. Meziane, K. Senouci

Dermatologie, CHU Ibn Sina, université Mohammed V Souissi, faculté de médecine et de pharmacie, Rabat, Maroc

Introduction :

Le pemphigus végétant est la variété la plus rare du pemphigus, l'atteinte de la muqueuse buccale à son décours est le plus souvent associée à l'atteinte cutanée chez un même patient.

Nous décrivons le cas d'une patiente ayant une lésion tumorale de la langue, isolée correspondant à un pemphigus végétant.

Observation :

Patiente de 77 ans, ayant comme antécédents un diabète type 2 et une hypertension artérielle sous traitement, consulte pour des lésions verruqueuses et douloureuses de la langue, évoluant par poussée et rémission depuis 15 ans, avec notion de prise anarchique de corticothérapie.

L'examen de la muqueuse buccale retrouve une langue dépaillée, pseudoleucoplasique, de couleur inhomogène, recouverte au centre par des petites tuméfactions bourgeonnantes confluentes et dures à la palpation. Le reste de l'examen dermatologique était sans particularités.



La biopsie linguale a montré un revêtement malpighien présentant un clivage profond suprabasal avec acantholyse sans nécrose kératinocytaire, les cellules basales réalisait l'aspect en « pierre tombale » et les cellules acantholytiques étaient basophiles et arrondies. Le taux des anticorps anti-substances intercellulaires était à 1280. Nous avons donc conclu au diagnostic de pemphigus végétant.

La patiente a été mise sous prednisone 2mg / kg/ jour avec dégression progressive, associée à l'application de l'acide trichloro-acétique à 30 % une fois toute les deux semaines.

L'évolution a été marquée par le début d'affaîssement des lésions sur un recul de 6 mois.

Discussion :

Le pemphigus végétant est une variante du pemphigus vulgaire il représente 1 à 2 % des pemphigus, se manifestant cliniquement par des lésions cutanées végétantes au niveau des plis faisant suite à des érosions ou des pustules, et des lésions de la muqueuse buccale le plus souvent associée à l'atteinte cutanée , l'atteinte linguale est caractérisée par un aspect cérébriforme, ou la présence de plaques verruqueuses pouvant faire penser à une lésion tumorale.

Le traitement repose sur la corticothérapie seule ou en association avec les immunosuppresseurs : azathioprine, mycoférolate-mofétil, ou le rituximab. L'évolution est caractérisée par une cicatrisation lente, une application d'acide thrichloroacétique 30 % pourrait améliorer la cicatrisation des lésions.

Conclusion :

Notre observation est originale car elle rapporte un cas de pemphigus végétant localisé uniquement au niveau de la langue prenant un aspect tumoral, traitée par corticothérapie et applications d'acide thrichloro-acétique 30 %.

Sébacéome pigmenté sur nævus sébacé de Jadasshon : A propos d'un cas

F. Elgaitibi¹; M. Khalaayoune¹; K. Znati²; M. Meziane¹; K. Senouci¹

¹Service de dermatologie- vénérologie. Université Mohamed V de Rabat, CHU Ibn Sina. Rabat. Maroc

² Service d'anatomie pathologie. Université Mohamed V de Rabat, CHU Ibn Sina. Rabat. Maroc

Introduction :

Le sébaceome est une tumeur sébacée rare, bénigne. Elle se présente sous forme d'un nodule jaune orangé unique, rarement multiple, de novo ou sur nævus sébacé de Jadasshon. La forme pigmentée est exceptionnelle.

Nous rapportons un cas rare de sébaceome pigmenté sur nævus sébacé de Jadasshon mimant un CBC.

Observation :

Une femme âgée de 40ans, sans antécédents particuliers, consultait pour l'apparition d'une formation nodulaire indolore depuis deux ans sur une plaque alopecique congénitale du cuir chevelu.

L'examen clinique, on notait la présence d'une plaque verruqueuse mamelonnée, jaune orangée de 7*3cm, localisée au niveau pariétal droit, surmontée au niveau de son extrémité supérieure d'un nodule pigmenté, de 1,5cm de diamètre.



La dermoscopie révélait au niveau de l'extrémité inférieure des globules jaunâtres agrégés en clusters sur un fond jaunâtre avec un aspect papillomateux et des vaisseaux linéaires évoquant un nævus sébacé de Jadasshon. Au niveau de l'extrémité supérieure correspondant au nodule pigmenté, des nids ovoïdes séparés par des cloisons blanchâtres et surmontées de vaisseaux en troncs d'arbres. On notait aussi la présence de structures ovoïdes jaunâtres, une zone rose-jaunâtre ainsi que des croûtes.

La biopsie cutanée de la lésion pigmentée montrait une prolifération tumorale de nature sébacée non connectée à l'épiderme, d'architecture lobulée, faites de cellules sébacées à prédominance immature évoquant un sébaceome.

La patiente a bénéficié d'une exérèse chirurgicale large avec une bonne évolution, l'examen histologique de la pièce confirmait le diagnostic d'un sébaceome sur nævus sébacé de Jadasshon.

Discussion :

Nous rapportons un cas exceptionnel de sébaceome pigmenté mimant un CBC vu les similitudes cliniques et dermoscopiques.

Le sébaceome est une tumeur annexielle bénigne avec une différenciation sébacée. Le développement d'un sébaceome sur nævus sébacé de Jadasshon est rarement rapporté dans la littérature de plus la forme pigmentée est exceptionnelle. Il se présente cliniquement sous forme d'une papule ou d'un nodule hémisphérique, solitaire, rarement multiple, de couleur jaune-orangée parfois sous forme d'une tumeur exophytique, localisé au niveau des zones séborrhéiques, la tête et le tronc. Il peut survenir de novo ou sur un nævus sébacé.

Chez notre patiente, la dermoscopie a mis en évidence deux caractéristiques distinctes. D'une part des nids ovoïdes surmontés de vaisseaux en troncs d'arbres qui peuvent prêter confusion avec à la fois le CBC et trichoblastome et d'autre part la présence de structures ovoïdes jaunâtres correspondant à une composante sébacée au niveau des lobules tumoraux bien structurés. En effet, la présence des structures ovoïdes jaunâtres et la présence de zone rose-jaunâtre sont suggestives du sébaceome.

L'histologie demeure le gold standard, permettant ainsi l'élimination des diagnostics différentiels et la confirmation de la nature bénigne de la lésion.

Conclusion :

Diverses tumeurs peuvent compliquer le nævus sébacé de Jadasshon notamment le sébaceome. D'où l'intérêt d'une surveillance clinique voire exérèse chirurgicale.

Localisation métastatique rare d'un mélanome cutané primitif: 2 Observations

Imane Kacimi Alaoui*, Sara Elloudi, Zakia Douhi, Hanane Baybay, Fatima Zahra Mernissi, Dermatologie, CHU HASSAN II, FES

Introduction:

Les métastases pancréatiques d'un mélanome cutané primitif sont rares, elles sont de l'ordre de 2 à 5%, exceptionnellement diagnostiquées lorsque le patient est en vie.

Nous rapportons deux nouvelles observations.



Observations:

Cas 1:

Patient âgé de 66 ans, suivi pour un mélanome acrolentigineux plantaire droit au stade métastatique au niveau ganglionnaire et pulmonaire, réadmis dans un tableau d'ictère cholestatique, et d'aggravation clinique.

Un scanner cérébro-cervico-thoraco-abdomino-pelviennne d'évaluation a objectivé une masse tissulaire de la tête du pancréas mesurant 65x50 mm, avec une dilatation des voies biliaires intra-hépatiques et de la voie biliaire principale; le diagnostic d'une localisation secondaire a été confirmé par les radiologues.

Devant son atteinte multiviscérale, le patient fût adressé en oncologie pour complément de prise en charge.

Cas 2:

Patiente âgée de 57 ans, suivie pour un mélanome acrolentigineux plantaire droit au stade métastatique, ayant bénéficié d'un curage ganglionnaire avec chimiothérapie, réadmise pour aggravation clinique et installation de nouvelles métastases cutanées.

Un scanner cérébro-cervico-thoraco-abdominopelvien d'évaluation a objectivé une tumeur de la tête du pancréas, mesurant 48 mm, associée à d'autres localisations secondaires pulmonaire et surrénalienne.

La patiente a été perdue de vue.

Discussion:

Le mélanome se métastase généralement au niveau ganglionnaire, hépatique, pulmonaire ou cérébral.

Les métastases pancréatiques sont rares, allant de 2 à 5 %: 76 cas ont été rapportés dans la littérature. Elles sont généralement d'origine rénale, pulmonaire ou mammaire.

Elles se manifestent par un ictère cholestatique, des douleurs abdominales et un amaigrissement.

Une exploration radiologique, parfois endoscopique est indiquée devant des signes digestifs. 85 % des métastases pancréatiques ont été découvertes fortuitement en imagerie, au stade tardif non résecable.

Le choix thérapeutique doit tenir compte de l'espérance de vie, de l'indice de performance de l'organisation mondiale de la santé, et du nombre de métastases. En cas d'atteinte multiviscérale, la chirurgie reste à but palliatif afin de diminuer les symptômes et améliorer la qualité de vie.

Conclusion:

Le mélanome reste une tumeur agressive par son pouvoir métastatique rapide et important. Bien que les métastases pancréatiques soient rares, un recours à un dépistage précoce par l'imagerie est nécessaire.

Conflits d'intérêts: Aucun conflit à déclarer

Mots-clés: Mélanome, Métastases, Pancréas

Pigmentation exogène mimant un mélanome acrolentigineux

S. CHHITI, S. ELLOUDI, S. EL AMMARI, H. BAYBAY. Z. DOUHI. FZ. MERNISSI

Introduction

Le patron parallèle aux crêtes est un signe caractéristique du mélanome acral en phase radiale, sa Sensibilité est de 86% et sa spécificité est de 99%. Cependant ce patron a été signalé dans d'autres pathologies et conditions bénignes, telles que la pigmentation exogène.

Observation

Patient de 83 ans, notion de marche pieds nus, consultait pour une lésion pigmentée au niveau plantaire gauche évoluant depuis 1 an. L'examen clinique trouve un patient en bon état général, phototype IV, présentait un placard pigmenté hétérogène prenant la partie medio plantaire gauche et débordant à la face dorsale du pied gauche, mal limité faisant 10 cm, centré par une tumeur ulcéro-bourgeonnante, la démoscopie de la tumeur : vaisseaux polymorphes, voile bleu blanc, aire blanche sans structure, pigmentation hétérogène. Démoscopie du placard : pigmentation parallèle aux crêtes. Un magma d'adénopathies au niveau inguinale homolatéral ferme, indolore et fixe. La biopsie au niveau de la tumeur avait confirmé le diagnostic du mélanome nodulaire.

Devant l'évolution agressive sur 1 an et la forme nodulaire à l'histologie, un interrogatoire minutieux a été refait révélant l'application de goudron sur la tumeur, une deuxième biopsie au niveau du placard pigmenté était en faveur d'une pigmentation exogène. Le patient a bénéficié d'un traitement conservateur.

Discussion

Les rapports de coloration exogène imitant l'ALM sont rare. Lacarrubba et ses collègues ont décrit un cas attribué à des sandales en caoutchouc noir, un deuxième cas a été attribué à l'exposition à la paraphénylènediamine (1), et les deux rapports de cas montraient un patron parallèle aux crêtes à la dermoscopie.

En effet, ce patron parallèle aux crêtes est un signe pathognomonique du mélanome acrolentigineux en phase radiale, avec une Sensibilité de 86% et spécificité de 99%, (2)

Cependant, ce patron n'est pas exclusif au mélanome et peut être observé dans la pigmentation exogène ainsi que dans des pathologies bénignes tels que le Le syndrome de Peutz-Jeghers, les nævi, l'hémorragie sous-cornéenne et l'hyperpigmentation induite par les médicaments (3).

Une anamnèse détaillée ainsi que la dissolution du pigment après un frottement avec de l'alcool ou de l'éther, ou spontanément sur quelques semaines sont des éléments clé pour orienter le diagnostic d'une pigmentation exogène

Dans notre observation, la clinique et démoscopie évoquant en premier un mélanome acrolentigineux en phase vertical, Cependant, la révélation d'application du goudron ainsi que l'évolution sur un an étaient en faveur d'un mélanome plutôt nodulaire. En effet, l'histologie était nécessaire pour la distinction entre la pigmentation mélanique et la pigmentation exogène.

Conclusion

Notre cas rappelle aux cliniciens l'importance d'une histoire approfondie ainsi que la connaissance dermoscopique des formes bénignes devant une pigmentation parallèle au crêtes afin d'adopter des attitudes thérapeutiques adéquates.

References :



1. Exogenous pigmentation of the sole mimicking *in situ* acral melanoma on dermoscopy *Francesco Lacarrubba, Federica Dall'Oglio, Franco Dinotta, Giuseppe Micali* Dermatology Clinic, University of Catania, Italy dermatological case report
2. Parallel ridge pattern on dermoscopy: observation in non-melanoma cases* *Padrão dermatoscópico em cristas paralelas: observação em casos não-melanoma* imaging in dermatologie
3. Benign acral lesions showing parallel ridge pattern on dermoscopy *Miki TANIOKA* Department of Dermatology, Graduate School of Medicine, Kyoto University, Kyoto, Japan *Journal of Dermatology* 2011; 38: 41–44

carcinome basocellulaire du cuir chevelu mimant un pyoderma granulomateux superficiel

C.Marmech (1) ; F.Hali(1) ; K .Baline (1) ;F.Marnissi (2) ; S.Chiheb (1)

(1) : Service de Dermatologie vénéréologie , (2) : Service d'anatomie pathologique

CHU Ibn Rochd ; Casablanca ; Maroc

Introduction :

Le carcinome basocellulaire (CBC) est l'une des proliférations néoplasiques les plus fréquentes. Localement agressif , l'évolution peut mimer un pyoderma granulomateux superficiel (PGS). Le diagnostic est clinique et histologique. Nous rapportons un cas de CBC du scalp diagnostiqué à la dermoscopie et confirmé à l'histologie .

Observation :

Patient de 69 ans, phototype III ,sans antécédents , consulte pour une lésion ulcérée douloureuse du scalp , évoluant depuis 10 ans. L'examen clinique objectivait un placard ulcérobougeonnant prenant tout le vertex de 20x10cm , avec des zones de cicatrisation par endroit . Une lisière irrégulière délimitait le placard avec des cheveux résiduels en occipital. Les ulcérations avaient une bordure perlée . La dermoscopie retrouvait de fines télangiectasies , de gros vaisseaux arborisants avec de fines ramifications et à la périphérie des structures ovoïdes bien circonscrites pigmentées bleu gris. l'examen somatique, notamment digestif et neurologique, était sans particularités ,le tout évoluant dans un contexte d'amaigrissement chiffré a 15 kg en 5 ans. Le bilan infectieux bactérien et fongique était négatif. La biopsie cutanée était en faveur d'un carcinome de morphologie basaloïde évoquant un basocellulaire type infiltrant . Le scanner craniofacial montrait une érosion osseuse frontale droite avec épaissement irrégulier des parties molles pariétales et frontales. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien ne montrait pas de localisations secondaires. Une radiothérapie a été indiquée. A ce jour le patient a reçu 2 cures de radiothérapie avec amélioration légère de sa symptomatologie .

Discussion:

Aspect ulcéro-bougeonnant géant de tout le cuir chevelu faisant discuter cliniquement un pyoderma granulomateux superficiel (PGS). L'examen dermoscopique à savoir les fines télangiectasies , les gros vaisseaux arborisants avec de fines ramifications , les structures ovoïdes pigmentées bleu gris étaient en faveur du CBC qui a été confirmé a l'histologie. Les nids ovoïdes sont communs au CBC et au PGS. La présence de pustules (absents dans notre cas) , serait en faveur du pyoderma alors que les autres éléments dermoscopiques font évoquer plutôt un CBC .



Conclusion

La dermoscopie avant le résultat de la biopsie, permet d'orienter le diagnostic des cas difficiles prônant confusion entre une pathologie inflammatoire et tumorale.

Mélanocytome cutané : un sous type des tumeurs mélaniques intradermiques primaires

H.Daflaoui, H.Aburabie, A.Khouna, N.ZIZI 1,2, S.DIKHAYE 1,2

1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie.

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

3 Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, CHU Mohammed VI, Oujda.

Introduction :

Le mélanocytome est une tumeur mélanocytaire rare, il est classé entre les nevis mélanocytaires communs et les mélanomes malins en progression et en pronostic. C'est une entité peu rapportée dans la littérature, et à nos jours, il n'y a pas de critères distincts de diagnostic ou de consensus clair sur sa prise en charge.

Nous rapportant à travers cette observation un cas d'un mélanocytome cutané avec présence de mutation CRTC1-TRIM1, une entité qui est nouvellement décrite.

Cas clinique :

Mme Z.I âgée de 35ans, sans antécédents pathologiques particuliers. La patiente nous a été référée pour prise en charge d'une lésion nodulaire apparue de novo évoluant progressivement sur une année, sans signes fonctionnels associés. L'examen clinique a révélé la présence d'une lésion nodulaire arrondie de couleur chair non ulcérée, non douloureuse, faisant 1X1.5cm au niveau du dos du pied gauche, sans lésions en transit ou à distance, et sans adénopathies palpables.

Le bilan d'extension locorégional et à distance était sans anomalie, notamment l'échographie des aires ganglionnaires du membre inférieur gauche et le scanner cervico-thoraco-abdomino-pelvien. La patiente a bénéficié d'une exérèse de la tumeur avec des marges de 0.5mm. L'étude anatomopathologique et immuno-histochimique de la tumeur était en faveur d'une prolifération fusocellulaire dermique atypique probablement de nature mélanocytaire. Le Breslow était à 0.6mm et le niveau de Clark à IV. Les marges d'exérèses étaient saines. L'étude moléculaire était en faveur d'un mélanocytome avec identification du transcit CRTC1-TRIM1.

Discussion :

Les mélanocytomes cutanés sont un groupe de tumeurs mélanocytaires ne remplissant pas les critères histologiques des naevi mélanocytaires communs ou des mélanomes malins. Selon la classification de l'OMS des mélanomes publiée en 2018, ils sont classés à potentiel intermédiaire en progression et en pronostic, avec un faible risque de métastases ganglionnaires régionales et un potentiel limité de métastases à distance. C'est une entité rare, représentant 0.4 à 0.9% de la totalité des mélanomes. Plus fréquente chez les patients d'âge moyen avec une distribution anatomique large. Chez notre patiente cette tumeur se présentait sous forme d'un nodule dermique non pigmenté à évolution lente, sans composante épidermique. La nature mélanocytaire était évidente par



immunohistochimie avec la présence du transcrit CRTC1-TRIM1. Les principaux diagnostics différentiels du mélanocytome CRTC1-TRIM1 sont le sarcome à cellule claire et une métastase dermique d'un mélanome primaire.

Conclusion :

Le mélanocytome cutané avec le transcrit CRTC1-TRIM1 est une entité peu rapportée dans la littérature, avec un potentiel biologique incertain. D'autres études sont nécessaires afin d'évaluer le risque de transformation et d'établir un consensus clair de prise en charge.

Un lichen plan pigmentogène révélant un adénocarcinome de la prostate :

Dr Benahmed Jihane, Dr Alami Sofia, Pr Ismaili Nadia, Pr Meziane, Pr Benzekri, Pr Senouci
Service de dermatologie et de vénérologie, CHU IBN SINA , Rabat, Maroc

Introduction :

Le lichen plan pigmentogène est une variante rare de lichen plan caractérisé par la présence de lésions hyperpigmentées dans les zones photo-exposées ou dans les plis de flexion. Il est rarement associé à d'autres maladies. Nous rapportons le cas d'un lichen plan pigmentogène associé à une néoplasie prostatique.

Observation :

Un homme de 90 ans, suivi pour une cardiomyopathie dilatée depuis 5 ans, sous inhibiteur calcique, se présentait en consultation pour une éruption très prurigineuse apparue depuis un an. L'examen retrouvait des lésions hyperpigmentées confluentes en plaques ainsi que des lésions érythémateuses infiltrées par endroit au niveau des zones photo-exposées. L'examen histologique révélait la présence d'un infiltrat lymphohistiocytaire du derme et une incontinence pigmentaire. L'immunofluorescence directe était négative. Le diagnostic de lichen plan pigmentogène était retenu. Un bilan biologique était réalisé, objectivant une PSA totale élevée à 105. Une biopsie prostatique avait révélé la présence d'un adénocarcinome de la prostate avec un score de Gleason à 8. Le bilan d'extension retrouvait des métastases osseuses. Le patient était mis sous corticothérapie à faible dose et traitement palliatif à base d'hormonothérapie pour sa néoplasie.

Discussion :

Le lichen plan pigmentogène est une dermatose rare d'étiologie inconnue, rarement associée à une néoplasie. Dans la littérature, seuls de rares cas de lichens plans associés à un thymome, cancer du col et carcinome du sinus piriforme sont rapportés. L'association du lichen plan pigmentogène à une néoplasie est exceptionnelle. Seul un cas de lichen plan pigmentogène associé à une acrokératose de Bazex a été publié. Ces éruptions lichénoides peuvent accompagner ou précéder la maladie, constituant ainsi un marqueur paranéoplasique important.

Conclusion :

A notre connaissance, il s'agit du deuxième cas rapporté de lichen plan pigmentogène paranéoplasique.



Carcinome à cellules de Merkel : Tumeur cutanée rare de localisation atypique

K. TAHRI JOUTEI HASSANI , S. ELLOUDI, K. ISSOUAL, H. BAYBAY, Z. DOUHI, FZ. MERNISSI

Introduction :

Le carcinome à cellules de Merkel (MCC) est une tumeur neuroendocrine maligne de la peau qui est typiquement située sur les zones photo exposées des hommes âgés de type caucasien. La localisation la plus fréquente est la tête et le cou. La localisation au niveau de la région fessière est très rare.

Observation :

Patient de 53 ans, tabagique chronique sévère présentait depuis 7 mois une tumeur de la région fessière droite. A l'examen dermatologique on a trouvé une tumeur ulcéro-bourgeonnante grossièrement arrondie de 10 cm de diamètre prenant la région fessière droite saignante au contact. La biopsie cutanée a montré une prolifération tumorale infiltrant le derme superficiel, moyen et profond disposée en travées et en nids. Les cellules tumorales étaient monotones de taille moyenne à grande. Les noyaux étaient arrondis à ovalaires avec un cytoplasme peu abondant. Plusieurs figures de mitoses étaient notées. L'examen IHC a montré une coloration positive de la CK20, la CK AE1/AE3, la synaptophysine, la chromogranine A et la Bcl2. Le Ki-67 était de 90 %. Le diagnostic de MCC a été retenu. Le bilan d'extension du MCC et le bilan d'immunodéficience étaient négatifs. Une résection chirurgicale de la tumeur suivie d'une radiothérapie du lit palliatif ont été réalisées.

Discussion :

Le MCC est une tumeur cutanée neuroendocrine très maligne qui se développe à partir de cellules de Merkel situées dans la couche basale de l'épiderme.

Le MCC est associé à de nombreux facteurs de risque tels que l'exposition à la lumière solaire/aux rayons ultraviolets, les infections virales (VIH, Merkel Cell Polyomavirus), les maladies auto-immunes et l'immunosuppression. Le test VIH de notre patient était négatif mais nous n'avons pas enquêté sur la présence du Merkel Cell Polyomavirus.

Le MCC se produit principalement sur zones photo exposées. La localisation la plus courante est l'extrémité cervico-céphalique, suivis par les extrémités supérieures, les extrémités inférieures et le tronc. Les taux de récurrence sont élevés même après une large résection de la tumeur primaire. Bien qu'extrêmement rare, la localisation au niveau des zones non exposée au soleil est une variante plus maligne du MCC avec un pronostic plus mauvais et un taux de décès plus important.

Pour le MCC localisé, la chirurgie est le pilier du traitement et l'excision large avec une marge de 2 à 3 cm est le traitement de choix. Si des marges claires sont obtenues, la Chimiothérapie adjuvante n'est pas recommandée. En présence de facteurs de risque, une radiothérapie adjuvante est suggérée.

Conclusion :

Bien qu'il soit extrêmement rare, il faut garder à l'esprit que le MCC non exposé au soleil doit être traité aussi agressivement que possible en raison de son potentiel hautement malin. Le taux de récurrence est assez élevé et un suivi à long terme est obligatoire.

Le signe de Hutchinson ... quelle spécificité par rapport au mélanome unguéal ?

M. Salih Alj F. Chahboun, A. kelati, S Chiheb
Service de dermatologie, hôpital Cheikh Khalifa, Casablanca.



INTRODUCTION

La Bande mélanonychique se caractérise par la présence d'une bande pigmentée brune ou noire de la tablette unguéale. Le signe de Hutchinson correspond à la pigmentation du repli proximal ou latéral de l'ongle. Ce dernier est traditionnellement associé au mélanome sous unguéal qu'il faut savoir diagnostiquer précocement. Nous rapportons l'exemple d'une observation d'une bande mélanonychique bénigne avec signe de Hutchinson positif.

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 60 ans, sans antécédent pathologique particulier qui a présenté une bande mélanonychique au niveau de l'ongle du pouce de la main droite évoluant depuis 6 mois. L'examen clinique retrouvait une bande mélanonychique brunâtre, mesurant 2 mm de diamètre au niveau de l'ongle du pouce de la main droite. L'examen dermoscopique révélait des bandes parallèles régulières avec un signe de Hutchinson positif fait d'une pigmentation de la cuticule et du repli proximal, sans atteinte de l'hyponychium. Une biopsie tangentielle de la matrice unguéale a été réalisée, avec un examen anatomopathologique révélant une hyperpigmentation épidermique sur une zone de 2 mm sans prolifération tumorale vraie de mélanocytes. Le diagnostic de nævus sous unguéal a été retenu. Une surveillance clinique tous les 3 mois a été préconisée.

Discussion

Le signe Hutchinson, a toujours été considéré comme fortement suggestif d'un mélanome sous-unguéal. Cependant, les faux positifs, sont relativement fréquents et peuvent être observés dans de nombreuses situations bénignes telles que le syndrome de PeutzJeghers et Laugier-Hunzike, en post radiothérapie ou traumatisme, après traitement par minocyclines, lors de certaines maladies systémiques (tels que l'hyperthyroïdie, le syndrome de Cushing) mais également en cas de nævus sous unguéal congénital et acquis, comme c'est le cas chez notre patiente. Sur le plan histologique, le signe de Hutchinson peut se présenter sous forme de pigmentation épidermique isolée pouvant être associée à une prolifération mélanocytaire jonctionnelle sans atypie cytologique en cas de nævus sous-jacent de la matrice unguéale. Bien que non spécifique, le signe de Hutchinson, fait partie des critères cliniques faisant suspecter un mélanome in situ et justifie donc la biopsie. Nous y retrouverons dans ce cas des mélanocytes «atypiques» confluent dans la matrice de l'ongle.

Conclusion:

Le signe de Hutchinson n'est ni cliniquement ni histologiquement pathognomonique du mélanome sous-unguéal, cependant, la biopsie unguéale reste de mise afin d'écarter un mélanome sous unguéal.

Les angiokératomes du scrotum: que peuvent-ils révéler ?

*M. Salih Alj F. Chahboun, F. Agherbi, S Chiheb
Service de dermatologie, hôpital Cheikh Khalifa, Casablanca.*

Introduction

Les angiokératomes représentent une entité de tumeurs bénignes d'origine vasculaire pouvant être isolées ou multiples. On distingue des variétés bénignes et fréquentes dont les angiokératomes du scrotum, à différencier des variétés avec atteinte viscérale rentrant dans le cadre de la maladie de Fabry. Nous en rapportons l'exemple d'une observation.



Observation

Il s'agit d'un patient âgé de 41 ans, tabagique, sans antécédent pathologique particulier, qui consultait pour des lésions cutanées scrotales d'apparition progressive depuis 10 ans sans autres signes neurologiques, digestifs, ou ophtalmologiques associés. L'examen clinique retrouvait de multiples papules rouges pourpres et violacées localisées au niveau scrotal. Le reste de l'examen cutané et somatique était sans particularité. Une échographie doppler scrotal a été demandée et a révélé une varicocèle stade 3. Une abstention thérapeutique a été préconisée.

Discussion

Les angiokératomes du scrotum sont des tumeurs bénignes constatées fréquemment à partir de 40 ans. Ils se présentent par de multiples papules de 1-5 mm de diamètres, kératosiques, rouges violacées voir noirâtres, distribuées dans le scrotum, la verge, la vulve parfois le pubis et la partie haute des cuisses. Histologiquement, ils associent une ectasie vasculaire dermique superficielle et une hyperkératose épithéliale sus-jacente. Ils surviennent probablement en conséquence d'une hyperpression veineuse et peuvent révéler une varicocèle qu'il faut penser à rechercher, comme c'est le cas chez notre patient. Il s'agit d'une entité bénigne qu'il faut savoir distinguer des angiokératomes rentrant dans le cadre de la Maladie de Fabry. Cette dernière représente une maladie de surcharge rare de transmission génétique qui se manifeste cliniquement par des angiokeratomes souvent diffus, associés à des acrodynies et des signes de surcharge polyviscérale pouvant engager le pronostic vital. En présence d'angiokératomes isolés et de topographie localisée, une abstention thérapeutique est préconisée. Si la gêne esthétique est importante, un traitement par électrocoagulation, cryothérapie ou Laser vasculaire peuvent être proposés.

Conclusion

Les angiokératomes du scrotum sont des tumeurs vasculaires bénignes et fréquentes qui doivent inciter le dermatologue à rechercher une varicocèle associée mais aussi à évoquer en cas de signes associés la maladie de Fabry.

La lympho-prolifération T cutanée primitive CD4+ à petites et moyennes cellule : Une prolifération clonale mais bénigne.

*M. Salih Alj, F. Chahboun, F. Agherbi, N. Hjira,
Service de dermatologie, hôpital Cheikh Khalifa, Casablanca.*

Introduction:

Les lymphomes cutanés primitifs représentent un groupe hétérogène d'entités présentant des tableaux cliniques, histologiques, immunohistochimiques et évolutifs très variés. La lymphoprolifération T cutanée primitive CD4+ à petite et moyennes cellules en représente une entité rare. Seules quelques séries de cas ont été rapportées dans la littérature.

Observation:

Il s'agit d'une patiente âgée de 50 ans, sans antécédent pathologique particulier, qui consultait pour un nodule cutané au niveau de la face postérieure de la nuque évoluant depuis 3 mois. L'examen clinique retrouvait un nodule érythémateux non ulcéré mesurant 3 cm de grand axe. Il n'y avait pas d'adénopathies périphériques ni d'hépatosplénomégalie. Une biopsie a été réalisée. L'examen



histologique montrait une infiltration lymphoïde du derme faite de cellules de petite à moyenne taille avec discret épidermotropisme. L'immunohistochimie révélait un marquage positif du CD3 et CD4, ainsi que du CD8 et du CD20 de manière focale et faible. Le diagnostic de lympho-prolifération T cutanée primitive CD4+ à petites et moyennes cellules a été retenu. Aucun traitement n'a été instauré. La patiente a été perdue de vue pendant 3 mois puis revue en consultation avec régression spontanée complète de la lésion.

Discussion:

Entité provisoire appartenant au spectre des lymphomes cutanés primitifs, la lympho-prolifération T CD4+ cutanée primitive à petites et moyennes cellules se définit par une prolifération prédominante de petite à moyennes cellules lymphocytaires CD4+ sans arguments cliniques en faveur d'un mycosis fongoïde. En 2016, les modifications appliquées à la classification WHO-EORTC ont remplacé le terme initial lymphome par le terme lympho-prolifération vu l'évolution indolente de cette entité ainsi que son potentiel malin incertain. Dans les cas typiques avec lésions uniques, le pronostic est excellent. 30% des lésions disparaissent spontanément après la biopsie comme c'est le cas chez notre patiente. Un traitement par injections de corticoïdes en intra-lésionnel, une exérèse chirurgicale ou rarement une radiothérapie peuvent être proposés. Dans les cas rares qui se présentent avec des lésions cutanées multiples et rapidement évolutives, l'histologie révèle généralement une grande proportion de cellules pléomorphes larges dépassant 30%. Ces entités agressives ne sont désormais plus considérées parmi les lympho-proliférations T CD4+ cutanées primitives et sont de mauvais pronostic.

Conclusion :

La lymphoprolifération T cutanée primitive CD4+ à petites et moyennes cellules représente une entité rare et indolente de lymphome T dont la simple surveillance clinique est préconisée.

Une maladie de kaposi mimant un botriomycome

F.chahboun, M.Boui

*Service de dermatologie hôpital cheikh Khalifa Casablanca
Service de dermatologie hôpital militaire d'instruction MohamedV Rabat*

Introduction :

La maladie de kaposi botriomycome-like est une variante clinique et anatomopathologique rare de la maladie de kaposi, elle est décrite dans la forme classique et épidémique et peut constituer un piège diagnostique.

Nous rapportons un cas de MK mimant un botriomycome.

Observation :

Patiente de 84 ans, diabétique sous insuline, hypertendue, suivie pour insuffisance rénale terminale sous hémodialyse. Elle était adressée pour une lésion bourgeonnante et douloureuse du 4^{ème} espace inter orteil droit évoluant depuis 2 mois et augmentant progressivement de volume sans notion de traumatisme. L'examen clinique notait une lésion exophytique, bourgeonnante et ulcérée mesurant 2 cm de grand axe.

L'aspect clinique évoquait en premier un botriomycome, la biopsie exérèse avec étude immunohistochimique étaient en faveur d'une maladie de kaposi.

Les sérologies HIV et HHV8 étaient négatives.



Discussion :

La maladie de kaposi est une pathologie proliférative vasculaire multifocale d'expression cutanée et viscérale.

Notre observation est particulière par son aspect clinique prêtant confusion avec le botryomycome qui est une tumeur bénigne ne nécessitant pas de bilan d'extension ou un suivi particulier.

Le diagnostic histopathologique de la MK est basée sur la présence simultanée de structures vasculaires, de cellules fusiformes, d'éléments lympho-plasmocytaires et de dépôts ferriques. Dans l'analyse immunohistochimique, les marqueurs endothéliaux comme le CD31 et CD 34 et les marqueurs lymphatiques marquent des cellules fusiformes des lésions nodulaires du kaposi.

Conclusion

La maladie de kaposi peut mimer cliniquement et dans certains cas histologiquement un botryomycome, représentant ainsi un piège diagnostique. Elle reste une entité rare, l'étude immunohistochimique est le gold standard pour établir de diagnostic.

Dermatomyosite révélant un carcinome neuroendocrine à grandes cellules peu différenciées métastatiques

Ngouele.A ; Hali.F ; Tolba.CSA ; Marnissi.F ; Chiheb.S

Service de dermatologie chu Ibn Rochd Casablanca

Service d'anatomie pathologique chu Ibn Rochd Casablanca

Introduction

La dermatomyosite associée à un cancer est fréquente. Il s'agit principalement de cancers ovariens et du sein chez la femme, bronchiques et de la sphère ORL, de la région de la tête et du cou chez l'homme, et, plus rarement les lymphomes dans les deux sexes. La dermatomyosite paranéoplasique au cours d'un carcinome neuroendocrine est rare. Nous rapportons une observation de dermatomyosite paranéoplasique au cours d'un carcinome neuroendocrine à grandes cellules métastatiques.

Observation

Une patiente de 78 ans, présentait une dermatomyosite aiguë associant des lésions poikilodermiques du tronc et du dos, un hirsutisme, des ulcérations cutanées et un œdème infiltré des deltoïdes ainsi qu'un déficit musculaire total. Les explorations à la recherche d'une néoplasie ont objectivé des adénopathies sus-claviculaires dont l'examen histologique révélait un immunomarquage positif pour la chromogranine A et le CD56 mais négatif pour la synaptophysine, concluant à un carcinome neuroendocrine à grandes cellules peu différenciées. Le bilan d'extension dont la TDM a retrouvé des lésions d'allures secondaires, pulmonaires, hépatiques péritonéales et ganglionnaires ainsi qu'une lésion de la tête du pancréas responsable d'une dilatation du canal pancréatique principal en amont. Une corticothérapie par bolus de méthylprednisone avec relais par voie orale associé au méthotrexate a été initié avec bonne amélioration du déficit musculaire. La patiente a été prise en charge en parallèle avec le service d'oncologie où une ligne de chimiothérapie a été proposée. Cependant, la patiente décède dans un tableau de détresse respiratoire sévère.

Discussion



La dermatomyosite associée à un carcinome neuroendocrine à grandes cellules peu différenciées est très peu décrite à notre connaissance. Chez notre patiente, l'hirsutisme chez la femme âgée comme facteur prédictif témoignant d'un trouble endocrinien et les signes en faveur d'une dermatomyosite paranéoplasique nous ont permis de dépister un carcinome neuroendocrine à grandes cellules au stade métastatique.

Conclusion

La dermatomyosite peut révéler tout type de cancer chez l'adulte dans les deux sexes. Les carcinomes neuroendocrines à grandes cellules du fait de leur haut grade de malignité et leur mortalité lourde, interpellent l'importance du dermatologue dans le dépistage précoce de cancers rares associés à la dermatomyosite de l'adulte. Une stratégie de dépistage est nécessaire dans ce sens.

Cas historique d'une tumeur géante du sein chez l'homme.

S.SEFRAOUI¹, S.Aouali¹, M.Bouziane,³ DIKHAYE^{1,2}.. N.ZIZI^{1,2}

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

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

3: Service de chirurgie viscérale, CHU Mohammed premier faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed premier, Oujda

Introduction :

Le cancer du sein chez l'homme est une pathologie rarissime chez l'homme de cause méconnue et de diagnostic tardif.

Dans cette observation, nous rapportant un cas de tumeur géante du sein chez l'homme.

Observation :

C'est un patient âgé de 60ans, suivi pour schizophrénie, tabagique chronique à raison de 20P, pas d'antécédent familial du cancer du sein, il s'est présenté pour une masse inflammatoire saignante évoluant depuis 2ans.

L'examen dermatologique retrouve une masse bourgeonnante en chou-fleur infiltrés fixe par rapport aux plans profonds et superficiels recouverte par endroit de fibrine, saignante faisant 10cm de grand axe siégeant en regard du sein droit, le sein controlatéral était sans anomalie, et l'examen des aires ganglionnaires objective des ADP axillaires en bilatérales mobiles, et indolores.

Une biopsie cutanée a été réalisée revenant en faveur d'un carcinome canalaire infiltrant SBR III, l'HER2 était négatif, CA15-3 était de taux normal.

Le bilan d'extension fait d'un scanner cervico-thoraco-abdomino-pelvien a objectivé des nodules pulmonaires irréguliers en lâcher du ballon, associé à des adénopathies axillaires bilatérales. la mammographie du sein contro-latéral était sans anomalie. La tumeur a été classée d'emblée T4N1M1,



Le patient est mis sous chimiothérapie palliative (Anthracycline+phosphamide) et il est prévu pour une chirurgie de propreté.

Discussion :

Le néo du sein est une pathologie exceptionnelle chez l'homme, son incidence au Maroc est estimée à 0.8-1%, l'âge de survenue se situe entre 60 et 65ans. La tumeur se présente sous forme d'une tuméfaction douloureuse subaréolaire, d'une rétraction ou écoulement mammaire, chez notre patient le diagnostic a été posé sur une tumeur géante, inflammatoire, ce qui est rarement rapporté par la littérature.

L'étiopathogénie reste mal élucidé vu la rareté de la pathologie, certains facteurs ont été incriminés notamment le syndrome de Klinefelter, l'atrophie testiculaire, et la cryptorchidie l'irradiation thoracique, un cancer du sein dans la famille, chez notre patient aucun facteur n'a été retrouvé.

Le type histologique le plus fréquemment rapporté est le carcinome canalaire infiltrant, de diagnostic tardif au stade métastatique, ce qui est le cas chez notre patient.

Le bilan d'extension comprend, une radiographie thoracique, une échographie abdominale, une scintigraphie osseuse et le dosage du CA-15-3, notre patient a bénéficié d'un scanner cervico-thoraco-abdomino-pevien, ayant révélé une métastase pulmonaire et ganglionnaires, classant la tumeur T4M1N1, ce qui est le cas de la majorité des cas publiés dans la littérature.

Le pronostic dépend de la masse tumorale de l'atteinte ganglionnaire ainsi du statut des récepteurs hormonaux et le grade tumoral : chez notre patients tous les facteurs de mauvais pronostic sont présent : masse de tumeur dépassant 5cm , atteintes ganglionnaires multiples, négativité du HER2, et le grade de la tumeur SBR III.

Le traitement selon le stade repose sur la chirurgie, la chimiothérapie, ou l'hormonothérapie.

Conclusion :

L'exposition de notre cas souligne l'intérêt du diagnostic précoce par la promotion des moyens de dépistage du cancer du sein chez l'homme comme ce qui est le cas chez les femmes, afin d'éviter la progression de la tumeur vers les structures adjacente et à distance.

Dermatomyosite et mélanome unguéal : une rare association qui aggrave le pronostic

H.Taoufik (1), K.Kandri Rody (1), N.Elaatoul (1), I.Boujguenna (2), H.Rais (2), O.Hocar(1), S.Amal (1)

1-Service de Dermatologie, CHU Mohamed VI Marrakech

2-Service d'Anatomopathologie, CHU Mohamed VI Marrakech

Introduction:

La dermatomyosite (DM) est une maladie systémique idiopathique, associant une double symptomatologie cutanée et musculaire. Elle fait partie des dermatoses paranéoplasiques. L'association de la dermatomyosite à un mélanome unguéal est exceptionnelle. Nous rapportons le



1er cas de dermatomyosite paranéoplasique secondaire à un mélanome unguéal chez un patient âgé de 70 ans.

Observation:

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 70 ans, sans antécédents notables, qui présentait depuis 15 jours avant son admission des lésions érythémateuses au niveau des avant-bras, jambes, cou et abdomen avec des télangiectasies faciales, un œdème palpébral et un énanthème buccal. Cette symptomatologie cutanée était associée à une dysphagie haute et des myalgies avec un déficit musculaire des ceintures dans un contexte d'asthénie. Par ailleurs, l'examen des phanères avait trouvé une mélanonychie totale de l'ongle du gros orteil droit débordant sur les replis unguéaux saignant au contact. Cette lésion _qui évoluait progressivement depuis un an_ était ignorée par le patient, L'examen dermoscopique a trouvé un signe de Hutchinson positif. Le bilan paraclinique a noté des enzymes musculaires et un taux de LDH élevées avec une atteinte myogène à l'électromyogramme. L'examen anatomopathologique de la biopsie réalisée au niveau de l'ongle a conclu à un mélanome acrolentigineux ulcéré (Breslow > 0,5 cm et Clark 4). La tomodynamométrie cérébrale et thoraco-abdomino-pelvienne a objectivé des lésions cérébrales sus et sous tentorielle métastatiques et des adénopathies inguinales et iliaques externes secondaires, permettant ainsi de classer ainsi le patient en stade IV. Le patient a été mis sous corticothérapie et une amputation du gros orteil a été réalisée. Une amélioration transitoire a été notée. Le patient est décédé deux semaines plus tard.

Discussion:

La DM est une connectivite rare qui associe une atteinte cutanée caractéristique et une atteinte musculaire prédominant aux ceintures. Elle s'associe dans 18 à 32% des cas à une néoplasie sous-jacente apparaissant avant, simultanément, ou après le diagnostic de cette dernière. Le mécanisme pathogénique reste encore mal élucidé, mais il s'agit d'un dérèglement de l'immunité humorale et cellulaire.

Les premiers cas de DM survenant sur un mélanome ont été publiés en 1960 et malgré l'augmentation de l'incidence des mélanomes dans le monde, peu de cas rapportant cette association ont été décrit dans la littérature. Aucun cas de mélanome unguéal n'a été rapporté dans ces publications.

Le traitement est essentiellement étiologique. Certaines observations ont constaté une amélioration de la DM sans immunosuppresseurs après la résection du cancer, mais la majorité des cas publiés de DM associées aux mélanomes surviennent à un stade tardif (28% des patients au stade III ou IV, seulement 11% au stade I ou II), représentant ainsi un indicateur d'évolution métastatique et un facteur pronostique péjoratif avec une espérance de vie de seulement quelques mois.

Conclusion:

La DM est une pathologie rare, son association à une néoplasie constitue un facteur de mauvais pronostic. Tous les types de cancer peuvent se voir. La recherche d'une néoplasie au cours de la DM de l'adulte doit être systématique.

Métastases cutanées zostérisiformes des adénocarcinomes mammaires :

A propos de 2 cas

K. Sof¹; S. Bensalem¹; H. Saddouk N. Zizi¹⁻²; S. Dikhay¹⁻²

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



(2) Groupe de travail sur le tégument - Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique – Faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda – Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction :

Les métastases cutanées représentent 2 % de toutes les métastases. Elles se présentent le plus fréquemment comme des nodules cutanés ou sous-cutanés. Le cancer du sein est la cause la plus fréquente. Les localisations secondaires peuvent revêtir des aspects cliniques polymorphes et déroutants. Nous rapportons trois cas présentant des métastases cutanées d'aspect zostérioriforme localisées au niveau du membre supérieur secondaires à des adénocarcinomes mammaires.

Observation 1 :

Patiente âgée de 49 ans suivie pour un adénocarcinome mammaire droit traité 5 ans auparavant par mastectomie et curage axillaire droit complétés par une radiothérapie et une chimiothérapie adjuvantes, consultait pour un placard érythémateux inflammatoire infiltré du membre supérieur droit, parsemé de petites érosions polycycliques douloureuses associés à des érosions hémorragiques au niveau de l'hémithorax droit faisant évoquer un zona nécrotique. La patiente a été mise sous Valaciclovir 2g*3/J. Devant la non amélioration de la symptomatologie, une biopsie cutanée a été pratiquée au niveau de ces lésions et qui était en faveur d'une localisation cutanée d'un adénocarcinome mammaire moyennement différencié. La patiente a été mise sous chimiothérapie palliative.

Observation 2 :

Patiente âgée de 55 ans aux antécédents d'adénocarcinome mammaire droit traité 2 ans auparavant par mastectomie et curage axillaire droit complétés par une radiothérapie et une chimiothérapie adjuvantes, admise en réanimation pour analgésie et soins palliatifs. L'examen dermatologique trouvait un large placard érosif à fond érythémateux inflammatoire à bords indurés de la moitié droite du thorax, associé à des nodules sous-cutanés érythémato-violacés à la périphérie. La patiente a été traitée 4 mois auparavant pour cette symptomatologie par de l'Acyclovir par voie veineuse. Devant ce tableau, une biopsie cutanée a été réalisée et était en faveur d'une localisation cutanée d'un carcinome mammaire peu différencié avec présence d'embolies vasculaires lymphatiques. L'étude immunohistochimique a montré des cellules tumorales exprimant le CK7 et n'expriment pas le CK20 et les récepteurs hormonaux. La patiente est décédée une semaine après son admission.

Observation 3 :

Une patiente de 62 ans, suivie pour un adénocarcinome du sein droit depuis 10 mois, ayant bénéficié de 3 séances de chimiothérapie, a été adressée par son oncologue pour la prise en charge d'un placard érythémateux surmonté de quelques érosions polycycliques de l'hémithorax droit, diagnostiqué initialement comme un zona associé à un érysipèle. L'examen dermatologique trouvait un placard érythémateux bien limité majoritairement, surmonté par endroit de quelques érosions suivant un trajet métamérique et prenant tout l'hémithorax droit et arrivant jusqu'au 1/3 supérieur du membre supérieur droit. Devant la non amélioration de la symptomatologie, une biopsie cutanée a été réalisée et a montré une infiltration cutanée massive par un adénocarcinome avec la présence d'embolies vasculaires dans le derme superficiel. La patiente a bénéficié d'une chimiothérapie de 2^{ème} ligne puis elle a été perdue de vue.



Discussion :

Les métastases cutanées ont été rapportées dans 18,6-26,5% des patientes atteintes de cancers du sein ¹. Les présentations cliniques sont variées, pouvant mimer différentes dermatoses (érysipèle, dermite radio-induite, zona...), retardant ainsi le diagnostic et la prise en charge appropriée des lésions ². Les métastases cutanées zostérisiformes sont rares dans la littérature ; le mécanisme de la dissémination est toujours incertain : une réaction de type Koebner sur le site d'une précédente infection à Herpès-Zona ou une invasion lymphatique périneurale ¹. Cette forme zostérisiforme est fréquemment retrouvée dans le carcinome du sein ³. Les métastases cutanées notamment d'adénocarcinome du sein sont de mauvais pronostic avec une période de survie de seulement trois mois.

Conclusion :

Devant le polymorphisme clinique de cette entité qui peut égarer le clinicien, le pronostic semble s'aggraver en retardant le diagnostic et la prise en charge carcinologique. En conclusion, nous soulignons que toute lésion cutanée doit être étudiée et examinée attentivement chez les patients ayant des antécédents personnels de cancer.

Références :

1. Raghavendra Rao, Zosteriform cutaneous metastases: a case report and brief review of literature, Indian J Dermatol Venereol Leprol. Jul-Aug 2010;76(4):447.
2. S.Maghfour, Métastases cutanées d'un adénocarcinome mammaire : une présentation atypique, Annales de Dermatologie et de Vénérologie, Volume 145, Issue 4, Supplement, May 2018, Pages A77-A78
3. Jacinto Orgaz-Molina, Zosteriform eruption resistant to acyclovir, Med Clin (Barc). 2013 Aug 17;141(4):188. doi: 10.1016/j.medcli.2013.02.002.

Le fibromyxome acral superficiel : une tumeur unguéale rare

L. Araqi Houssaini (1), F. Marnissi (2), S. Chiheb (1)

(1) : Service de dermatologie (2) : Service d'anatomie pathologique

CHU Ibn Rochd, Université Hassan II, Faculté de médecine et de pharmacie, Casablanca

Introduction

Le fibromyxome acral superficiel est une tumeur myxoïde exceptionnelle récemment décrite siégeant exclusivement au niveau des extrémités. Cette dernière est bénigne, sans potentiel de transformation maligne. Nous en rapportons un cas au niveau du gros orteil.

Observation



Patiente de 56 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui rapporte une notion de port de chaussures serrés, sans notion de traumatisme. Elle présentait depuis 7 ans une lésion cutanée sous-unguéal en regard du gros orteil augmentant progressivement de volume. L'examen Clinique retrouvait un nodule sous-unguéal couleur chair d'environ 4 cm de grand axe, mou à la palpation, axé au niveau du gros orteil droit. Notre conduite à tenir était la biopsie exérèse.

L'examen anatomopathologique retrouvait une lésion nodulaire tapissée de revêtement unguéal orthokératosique avec une bande sous-unguéale saine. Le nodule était bien limité, non encapsulé, fait de faisceaux fusocellulaires riches en collagène sur un fond myxoïde avec des cellules monomorphes d'aspect fibroblastique. Cet aspect était en faveur d'un fibromyxome acral superficiel. La patiente n'a pas présenté de récurrence. Le recul est d'une année.

Discussion

Le fibromyxome acral superficiel est une tumeur récemment individualisée, survenant chez les patients adultes d'âge moyen de 45 ans. Cette tumeur est généralement unique et siège au niveau des doigts ou des orteils, pouvant entraîner une déformation de l'ongle. De croissance lente, les lésions sont fréquemment présentes depuis plusieurs années. Sur le plan histologique, il s'agit d'une tumeur superficielle, dermique ou hypodermique, parfois mal délimitée, avec un abondant stroma myxoïde ou fibromyxoïde et des cellules fusiformes ou stellaires. Sur le plan thérapeutique, le traitement de choix est l'exérèse. Les récurrences restent exceptionnelles.

Un hémangioendothéliome kaposiforme révélant une leucémie aigüe lymphoblastique B

L. Araqi Houssaini, F. Hali, S. Chiheb
Service de dermatologie, CHU IBN ROCHD, Casablanca
Faculté de médecine et de pharmacie, Université Hassan II de Casablanca

Introduction

L'hémangioendothéliome kaposiforme (HEK) est une tumeur vasculaire rare cutanée ou viscérale d'étiologie inconnue. Elle peut se compliquer du syndrome de Kasabach-Merritt (SKM); mais peut aussi révéler exceptionnellement une hémopathie. Nous en rapportons un cas d'évolution fatale.

Observation

Nourrisson de 9 mois sans antécédents pathologiques particuliers, adressé pour hématome du front. L'examen clinique retrouvait une masse angiomatense frontale de 4 cm indolore. L'état général était conservé.

L'échographie doppler et le scanner cervico-facial objectivaient un hématome sous-cutané. La numération formule sanguine et le bilan d'hémostase étaient normaux. La décision conjointe entre dermatologues et chirurgiens était l'abstention thérapeutique. Un mois plus tard, il y a eu augmentation du volume de la masse 8 cm. L'état général et les bilans sanguins étaient toujours



normaux. Le nourrisson a bénéficié d'une biopsie exérèse. L'examen anatomo-pathologique retrouvait d'une part : une lésion vasculaire faite de fentes séparées

par des cellules fusiformes avec expression de CD34 et CD31, sans expression de Glut-1, et d'autre part une infiltration de cellules lymphocytaires atypiques. Cet aspect était en faveur d'un HEK associé à une infiltration lymphoblastique. Deux semaines plus tard, il y a eu apparition d'une pâleur cutanéomuqueuse avec anémie à 4, thrombopénie à 8000 et hyperleucocytose avec 60% de blastes. Le myélogramme était en faveur d'une leucémie aiguë lymphoblastique B. Le nourrisson a été transféré en unité de soins intensifs pour réhydratation et transfusion, mais l'évolution était fatale (décès) à la suite d'un choc hypovolémique.

Discussion

L'HEK est une tumeur rare du nourrisson et de l'enfant atteignant les tissus mous profonds et plus rarement la peau. Le principal risque est l'apparition d'un SKM associant une augmentation rapide de la tumeur (comme pour notre patiente) et une thrombopénie profonde. Chez notre patiente, le myélogramme ainsi que l'examen

histologique de la masse ont permis de poser le diagnostic de LAL B associée à un HEK. En effet, l'histologie a montré qu'il s'agissait non pas de localisations cutanées leucémiques en peau saine, mais plutôt d'une infiltration de lésions cutanées préexistantes par les cellules de l'hémopathie maligne. Ceci pourrait être expliqué par l'inflammation locale au sein de la lésion cutanée qui favoriserait le recrutement de cellules circulantes malignes. Cette hypothèse est réconfortée par d'autres observations où l'on note le développement d'hémopathies malignes sur des lésions cutanées anciennes.

Conclusion

Il s'agit à notre connaissance du 2^{ème} cas décrit d'HEK infiltré par une LAL B dont le mécanisme reste inconnu.

L'originalité de notre observation est d'une part l'intrication de l'HEK avec la LAL B, et d'autre part l'évolution rapidement fatale ; d'où l'intérêt de bien connaître cette entité afin d'agir dans les plus brefs délais et éviter ainsi le décès.

Mycosis fongoïde poikilodermique : à propos de 11 cas

L. Araqi Houssaini (1), F. Hali (1), K. Baline (1), F. Marnissi (2), S. Chiheb (1)

1 : Service de dermatologie vénérologie, 2 : Service d'anatomopathologie

Hôpital Ibn Rochd, Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca, Université Hassan II

Introduction

Le mycosis fongoïde (MF) est un lymphome T cutané primitif à variantes cliniques multiples. Certaines sont



parfois atypiques et trompeuses. Notre étude a colligé les cas de mycosis fongoïde poikilodermique admis au service de dermatologie de Casablanca sur une période de 32 ans.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique, réalisée au centre hospitalier universitaire de Casablanca, incluant tous les patients avec un diagnostic de MF poikilodermique prouvé histologiquement entre Janvier 1988 et Janvier 2020.

Résultats

Onze patients ont été inclus soit 5,5% de l'ensemble des MF colligés durant la même période. Il s'agissait de 7 hommes (64 %) et 4 femmes (36 %), avec un sex-ratio de 1,75 et une moyenne d'âge de 38 ans (extrêmes : 16 et 62 ans). La durée moyenne d'évolution avant le diagnostic était de 15 ans avec des extrêmes allant de 2 ans à 31 ans. Au moment du diagnostic, 8 patients (73 %) avaient un stade précoce (5 IA ; 3 IB) et 3 (27 %) avaient un stade avancé (2 IIB, 1 III). Les traitements proposés au moment du diagnostic étaient des traitements topiques par dermocorticoïdes seuls pour 3 patients (27 %), dermocorticoïdes associés à la puvathérapie pour 5 patients (46 %), méthotrexate pour 2 patients (18%) et polychimiothérapie pour un seul patient (9 %).

L'évaluation de la réponse thérapeutique à 6 mois objectivait une rémission complète dans 8 cas (73%) et une rémission partielle dans 3 cas (27 %). Aucun décès n'a été constaté.

Discussion

Le MF poikilodermique est une forme rare de lymphome T cutané décrite pour la première fois en 1906 par Abraham Jacobi. En effet, cette variante diffère du MF classique quant à son aspect clinique, son histologie, sa réponse au traitement et son pronostic. Cliniquement, on y retrouve des télangiectasies, une pigmentation et une atrophie cutanée. De plus, notre série retrouve une moyenne d'âge de début plus précoce (38 ans) et une durée d'évolution plus longue (15 ans). Dans la littérature l'âge moyen est entre 55 – 60 ans et la durée d'évolution est de 6 ans pour la forme classique de MF. Histologiquement, la variante poikilodermique se démarque par la présence d'un infiltrat lichénoïde, d'une ectasie des vaisseaux du derme et d'une atrophie épidermique avec une prédominance des phénotypes CD8+ en immunohistochimie. Ces particularités ont été retrouvés chez 4 de nos patients. Toutefois, l'histologie du MF poikilodermique peut être similaire à celle du MF classique. Sur le plan thérapeutique, le traitement de référence de cette forme reste la photothérapie, ce qui rejoint les résultats de notre série (5 patients traités par puvathérapie). Enfin, cette entité est caractérisée par un bon pronostic ce qui concorde également avec nos données.

Conclusion

Le MF poikilodermique est une entité rare à caractère souvent trompeur. Par ailleurs, ses aspects clinique, histologique, thérapeutique et évolutif sont distincts ; d'où l'intérêt de leur connaissance afin de savoir reconnaître cette variante.

Une tumeur d'Abrikossoff de localisation cutanée inhabituelle

L. Araqi Houssaini (1), F. Hali (1), F. Marnissi (2), S. Chiheb (1)

1 : Service de dermatologie et de vénérologie 2 : Service d'anatomo-pathologie
CHU Ibn Rochd, Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca, Université Hassan II



Introduction

La tumeur d'Abrikossoff ou tumeur à cellules granuleuses est une tumeur rare qui se localise préférentiellement au niveau de la muqueuse de la sphère ORL, de la cavité buccale ou du tube digestif. Sa localisation cutanée est possible mais encore plus rare. Nous rapportons le cas d'un nodule de la fesse révélant une tumeur d'Abrikossoff.

Observation

Patiente caucasienne de 60 ans, sans antécédents pathologiques particuliers ayant présenté 1 mois après une injection intra-musculaire de la fesse droite, un nodule sous-cutané indolore mesurant initialement 1 cm et atteignant 4 cm à 6 mois. L'examen clinique a retrouvé un nodule sous-cutané de consistance dure avec une peau sus-jacente d'aspect normal. Le reste de l'examen clinique était sans particularités. L'examen histologique d'une biopsie du nodule a conclu à une tumeur à cellules granuleuses. La conduite à tenir a été la biopsie exérèse du nodule. L'examen anatomopathologique de la pièce d'exérèse retrouvait une prolifération de cellules fusiformes regroupées en amas avec un cytoplasme abondant chargé de fines granulations éosinophiles positives aux colorations de PAS, et des noyaux ronds de petite taille, sans atypies ni mitoses. Aucune récurrence n'est apparue à 8 mois de recul.

Discussion

La tumeur d'Abrikossoff est une prolifération conjonctive bénigne rare (0,019 à 0,03 % de toutes les tumeurs) faite de cellules éosinophiles au cytoplasme granuleux. Elle survient chez l'adulte de race noire, de 20 à 60 ans avec une prédominance féminine. Son histogénèse reste mal connue, toutefois son apparition au siège d'une injection intramusculaire chez notre patiente pourrait être liée à la réaction des cellules de Schwann à une lésion neuronale ou gliale engendrée par cette même injection. En effet, il s'agit d'une tumeur de petite taille, nodulaire, à surface lisse, verruqueuse, polypoïde ou ulcérée ; le plus souvent bénigne (98 % des cas). Elle naît surtout au niveau des muqueuses et de la région cervico-faciale ; une localisation au niveau de la fesse reste exceptionnelle. Histologiquement, on y retrouve une prolifération tumorale dermique avec prolongements hypodermiques, d'architecture nodulaire. Les cellules sont de grande taille, rondes ou polygonales, à cytoplasme rose et granuleux. En immunohistochimie, les marqueurs nerveux et histiocytaires sont positifs. Le traitement curatif des tumeurs d'Abrikossoff est chirurgical avec évolution favorable en cas de résection complète (comme pour notre patiente).

Conclusion

Les tumeurs à cellules granuleuses sont unifocales et bénignes dans la majorité des cas. Leur pronostic est favorable après simple exérèse chirurgicale. Le diagnostic est anatomopathologique et immunohistochimique. Notre cas trouve son originalité par sa description d'une localisation rare d'une tumeur très rare chez une patiente caucasienne.

Un cas rare de pilomatricome géant de la cuisse chez un homme de 40 ans.

S.Belanouane 1 , F.Hali 1 , F. Marnissi 2 , S.chiheb 1

1 Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Rochd Casablanca

2 Service d'anatomopathologie, CHU Ibn Rochd Casablanca

Introduction :



L'épithéliome calcifié de Malherbe ou le pilomatricome est une tumeur cutanée annexielle bénigne le plus souvent rencontrée chez l'enfant et localisée à la moitié supérieure du corps humain. La taille habituelle est inférieure à 3 cm. Cependant, quelques cas de pilomatricome géants ont été rapportés. Nous rapportons une forme rare de pilomatricome de la cuisse chez un homme de 40ans.

Observation :

patient de 48 ans, sans antécédents pathologiques notables, suivi pour une néphropathie non documentée, qui consulte pour une lésion de la cuisse droite évoluant depuis 10 ans, l'examen clinique objective une tumeur cylindrique, dure, bien limitée, de 8 cm de grand axe, avec une infiltration sous-jacente débordant la tumeur visible, adhérente au plan profond, sans calcification en regard. L'examen locorégional ne trouvait pas d'adénopathie satellite palpable. L'étude histologique après exérèse chirurgicale était en faveur d'un pilomatricome.

Discussion :

Le pilomatricome est une tumeur cutanée annexielle bénigne rare, développée à partir des cellules de la matrice et de la tige pileuse. Typiquement, il se voit chez la population pédiatrique, se manifeste par un petit nodule sous-cutané, unique, induré, asymptomatique. Des formes familiales ont été rapportées. Le diagnostic est évoqué cliniquement mais la confirmation reste histologique. Le pronostic est généralement bon. La transformation carcinomateuse est controversée. La guérison sans récurrence est la règle après exérèse chirurgicale. Malgré sa prépondérance au niveau du visage chez l'enfant ce diagnostic ne doit pas être omis d'être évoqué chez les adultes à n'importe quelle localisation du corps.

Un angiosarcome cutané géant du bras sans lymphœdème associé !

S.Belanouane 1, F.Hali 1, F. Marnissi 2, S.chiheb 1

1 Service de dermatologie et vénérologie, CHU Ibn Rochd Casablanca

2 Service d'anatomopathologie, CHU Ibn Rochd Casablanca

Introduction :

Les angiosarcome cutanés (ASC) sont des tumeurs rares, d'évolution agressive et de mauvais pronostic, représentant environ 1-2% des sarcomes des tissus mous, des facteurs favorisants tels le lymphœdème chronique, la radiation ou les ulcérations chroniques peuvent prédisposer aux ASC. Cependant les ASC peuvent survenir sans facteur prédisposant comme il est le cas de notre patient. La localisation aux membres, sans lymphœdème associé, est rare. Nous rapportons un cas de ce type localisé au bras.

Observation :

Patient âgé de 55 ans consultait pour une lésion datant de 1 an au niveau de l'avant-bras gauche, l'anamnèse trouve la notion de manipulation d'un nodule pigmenté processif ayant augmenté progressivement de taille. L'examen Clinique objectivait une tumeur ulcéro-



bourgeonnante, angiomateuse de 14 cm de grand axe, avec des nodules sous cutanés satellites. Le reste de l'examen clinique ne révélait pas d'anomalies. L'étude histologique de la lésion a révélé une prolifération tumorale au niveau du derme de type vasculaire, faite de cellules globuleuse et éosinophile agencées autour de fentes vasculaires, avec un index mitotique élevé compatible avec un angiosarcome de haut grade de malignité ulcéré. Le bilan d'extension ne trouvait pas de métastase viscérale, Le patient a été référé pour exérèse chirurgicale complète et complément de prise en charge.

Discussion :

L'ASC est une tumeur vasculaire rare, qui s'observe surtout chez le sujet âgé, cliniquement il s'agit d'une plaque ecchymotique ou d'un nodule angiomateux pouvant mimer un granulome pyogénique. Les ASC se localisent majoritairement au niveau du cuir chevelu rarement au niveau des bras. Seulement une dizaine de cas isolés ont été rapportés. Ce cas d'ASC est original par sa localisation au bras en l'absence de lymphœdème associé.

Il n'existe pas de recommandations consensuelles spécifiques pour la prise en charge des ASC, encore moins pour ceux localisés au niveau des membres.

Parmi les facteurs de bon pronostic selon Morgan et al : la taille au moment du diagnostic inférieure à 5 cm et l'envahissement en profondeur inférieure à 3 cm. Ceci dit, une prise en charge précoce peut nettement améliorer le pronostic. L'amputation permettait d'obtenir un meilleur contrôle local, mais sans impact sur la survie globale

Lymphomes périphériques à cellules T, non spécifiés : Rapport de 3 présentations cliniques différentes ayant un profil immunohistochimique commun.

S.Belanouane 1 , F.Hali 1 , F. Marnissi 2 , S.chiheb 1

1 Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Ibn Rochd Casablanca

2 Service d'anatomopathologie, CHU Ibn Rochd Casablanca

Introduction :

Les lymphomes T périphériques non spécifiques (LTP-NS) sont caractérisés par un phénotype atypique ne permettant pas de les rapporter à un type précis de lymphome, ce qui explique leur hétérogénéité clinique et pronostique. Ils constituent 26% de tous les LTP et restent un diagnostic d'exclusion. Nous rapportons 3 cas de LTP-NS du même profil immunohistochimique mais de présentation clinique différente.

Observations :

Cas1: Patiente âgée de 56 ans, sans antécédents particuliers, a présenté depuis 15mois, deux ulcérations profondes, au niveau du pli du coude et du flanc gauche, mesurant respectivement 6 et 8 cm de grand axe, à fond fibrino-purulent. La biopsie cutanée a montré un infiltrat lymphoïde atypique. Le profil immunohistochimique trouvé était : CD3+, CD4+, CD8-, CD30-, CD56-, CD68+ concluant à un lymphome de phénotype cytotoxique de type non spécifique. Le bilan d'extension ne révélait pas d'atteinte hématologique. La patiente a été perdue de vue. Cas2:



Patient de 88 ans, admis pour des nodules angiomateux de 2 à 3 cm diffus à tout le corps, évoluant depuis 8 mois, avec des adénopathies cervicales évoluant dans un contexte d'altération de l'état général. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien a montré un aspect de polyadénopathies sousdiaphragmatiques associées à une splénomégalie. L'histologie et IHC montrait une infiltration lymphomateuse T atypique, avec un caractère polyclonal (CD3+, CD4+, CD8-, CD30-) concluant à un LTP-NS avec localisation cutanée très probablement secondaire. Le myélogramme a objectivé la présence de 90 % de blastes MPO négative en faveur d'une LAM ou LAL. Une BOM a été programmée mais non faite (patient décédé). Cas 3: Patient de 70 ans, admis pour une plaque érythémateuse infiltrée unique de la face antérieure de la cuisse droite, évoluant depuis 18 mois, mesurant 20 cm de grand axe, avec un magma ganglionnaire inguinal homolatéral. La biopsie révélait un infiltrat lymphoïde atypique. Le bilan objectivait une éosinophilie et un syndrome d'activation macrophagique. L'immunomarquage montrait des (CD3+, CD4+, CD8-, CD30-). Le Patient était ensuite suivi en hématologie mais décédé avant l'instauration du traitement.

Conclusion :

Les LTP-NS sont des lymphomes périphériques agressifs représentant 25 % des lymphomes malins non hodgkiniens de type T. La présence d'EBV est détectée dans 30 % des cas de LTP-NS. Ils sont souvent caractérisés par un phénotype T CD4+/CD8-. L'absence d'expression du CD30 se caractérise par une évolution rapide et un pronostic sombre. 13% des patients ayant un LTP-NS présentent une atteinte extra-nodale exclusive, la peau et le foie étant les organes les plus touchés.

Cette observation illustre l'hétérogénéité clinique de ces lymphomes. L'identification de nouveaux biomarqueurs est nécessaire afin de permettre une reclassification des LTP-NS et une adaptation du traitement.

Un cas rare de lymphome B cutané centrofolliculaire diffus de profil immunophénotypique atypique (CD10+)

Sarah Belanouane* 1 , Fouzia Hali1 , Kenza Baline1 , Farida Mernissi2 , Soumiya Chiheb1 1service de Dermatologie, 2Service d'anatomo-pathologie, CHU IBN ROCHD, casablanca, Maroc

Introduction:

Les lymphomes cutanés B primitifs centrofolliculaires (LCBPCF) sont rares. Leur diagnostic repose sur l'examen morphologique et sur l'étude immunohistochimique. Ils sont souvent uniques et de bon pronostic. Notre observation illustre un cas original de LCBPCF par sa clinique disséminée et son profil immunohistochimique particulier.

Observations: Homme de 44 ans présentait depuis 8 ans des papules infiltrées du dos, augmentant progressivement de taille et évoluant vers une large tumeur indolente, suivie d'une dissémination des lésions au reste du corps en 2 mois. Le tout évoluant dans un contexte de conservation de l'état général. L'examen trouvait une tumeur érythemato-violacée, lobulée, ulcéro-bourgeonnante, à base indurée, mesurant 20 cm de grand axe, et siège de plusieurs ulcérations à fond fibrineux, avec présence de deux nodules satellites et de multiples papules indurées, disséminées arciformes,



localisées sur tout le corps. Le reste de l'examen clinique était strictement normal. L'examen histologique montrait une prolifération lymphocytaire de type centrocytique et centroblastique, disposées en nodules diffus occupant la totalité du derme et disséquant les faisceaux de collagène. L'étude immuno-phénotypique montrait une positivité des marqueurs CD20 +, CD10+, bcl-6, le Mum1 (20%), les marqueurs Bcl-2 et CD30 étaient négatifs. Le bilan biologique (hémogramme, LDH, biopsie ostéoméduillaire) et radiologique (radiographie du thorax, scanner thoraco-abdominal) étaient normaux. Ces données et notamment l'absence d'expression du bcl-2 et d'atteinte médullaire permettait de porter le diagnostic de lymphome B de phénotype centro-germinatif de bas grade, faisant discuter un LCBPCF. Le patient a bénéficié d'un protocole rituximab-polychimiothérapie. L'évolution était rapidement favorable par la régression complète de la lésion en 3 mois; le recul est de 3 mois.

Discussion:

les LCBPCF se présentent souvent par des plaques ou nodules uniques. En cas de lésions multiples, elles sont volontiers localisées. Les formes disséminées étant extrêmement rares. Zinzani et al. ont publié une série de 467 LCBP dont 265 LCBPCF et seulement 32 LCBPCF disséminés. Notre patient a présenté une forme grave de LCBPCF, compte tenu de l'aspect clinique, la dissémination rapide, et le profil CD 10+ plutôt rare et de mauvais pronostic, ce qui a justifié une polychimiothérapie. La positivité du CD10 ne doit pas remettre en question le diagnostic, et doit être confrontée à la négativité du Bcl2 qui reste la caractéristique immunohistochimique principale des LCBPCF, de même que le bilan d'extension complet afin d'éliminer une localisation cutanée secondaire. Le rituximab a bouleversé le pronostic de ce type de lymphome. L'évolution de notre patient était rapide avec disparition complète en 3 mois

Une maladie de Paget mammaire non associée à un cancer sous-jacent

I. El faqyr 1 , I. Yafi 2 , Y. Benchamkha 2 , O. Hocar 1 , S. Amal 1
1 Service de dermatologie, 2 Service de Chirurgie plastique, CHU Mohammed VI,
Université Cadi Ayyad, Laboratoires de Biosciences, Marrakech, Maroc

Introduction :

La maladie de Paget mammaire (MPM) est un adénocarcinome intra-épidermique rare du complexe aréolo-mamelonnaire, représentant environ 1% de tous les cancers du sein. Un adénocarcinome sous-jacent du sein est diagnostiqué dans environ 93 à 100 % des cas. La présentation clinique est celle d'une plaque érythémateuse, eczématiforme, bien délimitée, à contours irréguliers, un écoulement ou une ulcération peuvent coexister. La maladie de Paget non associée à un cancer sous-jacent est extrêmement rare, les explorations mammaires sont indispensables avant de retenir cette forme isolée.



Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 62ans, suivie pour une hypertension artérielle contrôlée. Elle s'est présentée en consultation pour une lésion de la plaque aréolo-mamelonnaire évoluant depuis trois ans. L'examen clinique retrouvait une plaque érythémato-pigmentée bien délimitée, mesurant 7x5 cm siégeant en regard de la plaque aréolo-mamelonnaire (PAM), indolore, à surface lisse, non squameuse, aboutissant à une invagination du mamelon. Il n'y avait pas d'écoulement à la pression du mamelon ni d'ulcération, l'examen clinique ne retrouvait pas de nodule du sein ni d'adénopathie axillaire homolatérale. La dermoscopie de la lésion retrouvait des zones roses et blanches sans structures, des lignes blanches brillantes, un réseau pigmenté par endroits et des points et des globules noirs distribués de façon inhomogène. L'étude histologique retrouvait des cellules épithéliales à noyau arrondi et hyperchromatique et à cytoplasme abondant isolées ou groupées confinées à l'épiderme, compatible avec des cellules de Paget. Le derme était discrètement inflammatoire, sans invasion. L'exploration échomammographique n'avait pas objectivé d'anomalies significatives (ACR2). L'imagerie par résonance magnétique avait retrouvé une ectasie canalaire bilatérale, un mamelon droit rétracté et modérément réhaussé, ces anomalies avaient été classées ACR3. La patiente avait bénéficié d'une exérèse de la PAM passant 1 cm des limites de la lésion. L'histologie de la pièce opératoire avait confirmé le caractère isolé de la maladie de Paget.

Discussion :

La maladie de Paget est rare, et presque constamment associée à un cancer du sein in situ ou invasif. Elle est plus fréquente chez les femmes ménopausées, mais elle a également été rapportée chez des adolescentes et des femmes âgées. Elle peut très rarement toucher l'homme. Cliniquement elle doit être distinguée de l'adénomatose érosive du mamelon, de la maladie de Bowen, d'un carcinome basocellulaire, d'une localisation mammaire d'une dermatose inflammatoire tel un psoriasis, une dermatite atopique, ou une dermatite de contact, et d'une ectasie des canaux lactifères. Les formes pigmentaires font craindre le diagnostic de mélanome. Le diagnostic est histologique. Un examen clinique minutieux couplé à l'imagerie est indispensable. Le couple échographie-mammographie s'avèrent insuffisants pour éliminer un cancer, l'IRM mammaire est très sensible si normalité de ces deux examens. Le traitement conservateur est recommandé si maladie de Paget isolée.

Conclusion :

L'originalité de notre observation tient à l'absence d'un cancer du sein associé malgré le caractère bien développé de la lésion aréolo-mamelonnaire.

**Une maladie de Kaposi unilésionnelle mimant un granulome
pyogénique de la plante du pieds**



Iyda El faqyr 1 , Mohamed Hakkou 2 , Ouafa Hocar 1 , Said Amal 1
1 Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Mohammed VI, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Laboratoires de Biosciences, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc
2 Laboratoire Hakkou de Cytologie et d'Anatomie Pathologique

Introduction :

La maladie de Kaposi (MK) est une prolifération tumorale multifocale de cellules dérivées de l'endothélium lymphatique infectées par l'herpès virus humain 8 (HHV8). Quatre formes épidémiologiques sont identifiées : classique ou méditerranéenne, endémique ou africaine, iatrogénique, et la forme liée au VIH.

Observation :

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 70 ans, aux antécédents de lymphome non hodgkinien ganglionnaire traité, en rémission depuis 20 ans. Il s'est présenté en consultation de dermatologie pour une lésion nodulaire de la plante du pied évoluant depuis 2 mois. Il s'agissait d'un nodule érythémateux mesurant 2cmx1,5cm, ferme, pédiculé, et indolore, siégeant sur la plante du pied, 0,5 cm au-dessous de la base du gros orteil et gênant la marche. Il n'y avait pas d'autres lésions du tégument ni des muqueuses. Le différentiel diagnostique comprenait mélanome amélanotique, maladie de Kaposi et granulome pyogénique. Après excision de la lésion en totalité, l'histologie avait visualisé une prolifération tumorale nodulaire faite de faisceaux de cellules fusiformes à noyaux allongés avec des atypies légères à modérées, avec d'assez nombreuses mitoses, ces cellules délimitent des lumières vasculaires abritant des globules rouges, la limite profonde était saine, l'épiderme était acanthosique. L'étude immunohistochimique n'a pas été faite. En corrélant aspect clinique et histologique nous avons conclu à une maladie de Kaposi classique uni-lésionnel, aucun traitement adjuvant n'avait été proposé, il y avait pas de récurrence avec un recul de 6 mois.

Discussion :

La maladie de Kaposi est une tumeur vasculaire de bas grade liée à l'infection par l'HHV8. La forme classique survient principalement chez des hommes âgés d'origine est-européenne ou méditerranéenne tel le cas de notre patient. Se manifeste par des lésions papuleuses et nodulaires, de couleur violine siégeant essentiellement sur les membres inférieurs. Cependant l'aspect clinique peut être trompeur comme c'était le cas de notre patient qui présentait une lésion unique de la plante du pied, dont l'aspect clinique évoquait un granulome pyogénique. Cette forme clinique avait été décrite dans la littérature anglo-saxonne sous le terme de « pyogenic granuloma-like kaposi sarcoma » avec une localisation ubiquitaire le plus souvent palmaire. L'évolution est habituellement indolente.

Conclusion :

La maladie de Kaposi peut mimer un granulome pyogénique cliniquement voire histologiquement, et constituer ainsi un véritable piège diagnostique.

Hamartome lipomateux superficiel : une présentation inhabituelle



Hasna Kerrouch°, Meryem Khalidi , Hicham Titou, Tarik Hanafi, Rachid Frikh, Naoufal Hjira
°Service de Dermatologie de l'hôpital Militaire d'instruction Mohammed V- RABAT-MAROC

Introduction

L'hamartome lipomateux superficiel est une tumeur bénigne rare souvent congénitale caractérisée histologiquement par la présence hétérotopique de cellules adipeuses quelques fois lipoblastiques autour des trajets vasculaires. Nous rapportons une nouvelle observation d'une localisation atypique de cette tumeur.

Observation

Patiente de 21 ans sans antécédents pathologiques notables présentait depuis l'âge de 6 ans un placard

verruqueux au niveau du bras droit.

L'examen clinique trouvait un amas de papules de couleur chair, de consistance molle siégeant au niveau du bras droit.

L'examen histologique permettait de confirmer le diagnostic d'un hamartome lipomateux superficiel en montrant un revêtement épidermique polypoïde et saillant d'aspect verruciforme et ondé surmonté d'une hyperkératose orthokératosique modéré et la présence d'un tissu adipeux en quantité variable sous forme de petits amas ou de cellules adipeuses matures isolées à travers toute l'épaisseur du derme.

Une exérèse chirurgicale de la tumeur a été proposée à la patiente.

Discussion

L'hamartome lipomateux superficiel est une hétérotopie graisseuse parfois congénitale, décrite initialement par Hoffman et Zuhelle en 1921.

Cette tumeur apparaît en plateau mou et bosselé jaunâtre, de quelques centimètres de large, localisée sur la fesse, la cuisse, le tronc, quelques fois multifocale ou à disposition linéaire.

Sur le plan histologique, l'hamartome lipomateux superficiel est caractérisé par la présence hétérotopique de cellules adipeuses dans le derme superficiel, souvent autour des vaisseaux dermiques.

Le diagnostic différentiel se pose essentiellement avec les naevus mélanocytaires et le molluscum pendulum.

L'exérèse chirurgicale peut être proposée si la lésion est gênante ou dans un but essentiellement esthétique

Conclusion

L'hamartome lipomateux superficiel est une tumeur bénigne souvent congénitale, sans potentiel de malignité dont le diagnostic est clinicohistologique.

Des manifestations cutanées rares satellites d'une leucémie lymphoïde chronique : éruption érythémateuse et lésions piquées d'insectes like.

Najat Elaattoul 1 , Kenza Kandri Rody 1 , Ayman Ismail 2 , Anas Fakhri 2 , Hanane Rais 2 ,



Ouafa Hocar 1 , Said Amal 1 .

1 Dermatologie-Vénérologie, 2 Anatomie-Pathologie, CHU Mohamed VI Marrakech,
Laboratoire Bioscience et Santé, Faculté de Medecine et de Pharmacie, Université Cadi

Ayyad, Marrakech, Maroc

Introduction :

Les dermatoses satellites aux hémopathies malignes sont fréquentes et variés. Nous illustrons par un cas de leucémie lymphoïde chronique (LLC) associée à des signes dermatologiques.

Observation :

Patiente de 67 ans, sans antécédents notables, était hospitalisée pour une éruption cutanée érythémateuse, prédominante au visage et en palmo-plantaire évoluant depuis 1 mois dans un contexte d'amaigrissement et d'asthénie. L'examen clinique trouvait des adénopathies centimétriques bilatérales cervicales et inguinales et une splénomégalie. La biologie objectivait une lymphocytose majeure à 73370 /mm³. Le frottis sanguin et l'immunophénotypage concluaient au diagnostic de LLC. La Biopsie cutanée montrait une dermite non spécifique et l'immunofluorescence directe (IFD) était négative. Le bilan de lupus et de toxidermie étaient négatifs. Le diagnostic d'une éruption satellite à la LLC était retenu. La patiente était adressée pour chimiothérapie : Protocole R-CHOP avec nette amélioration cutanée. Au cours de sa chimiothérapie : la patiente présentait une éruption papulo-vésiculeuse récurrente, prurigineuse, de la nuque et des extrémités. La biopsie cutanée d'une papule objectivait un infiltrat inflammatoire péri-vasculaire lymphocytaire dense riche en polynucléaires éosinophiles. L'immunohistochimie révélait un marquage intense au CD3, CD4 et un marquage négatif au CD20 et CD30. Devant l'aspect anatomo-clinique évocateur, la découverte d'une LLC et l'exclusion des autres causes d'infiltration dermique par des éosinophiles, le diagnostic de dermatose éosinophilique associée aux hémopathies (DHE) était retenu. La patiente était mise sous dermocorticoïdes, antihistaminiques et poursuite de ses séances de chimiothérapie.

Discussion :

Dans notre observation, l'apparition simultanée d'une éruption cutanée et d'une LLC faisait suspecter une association non fortuite. Les lésions cutanées au cours des LLC sont souvent non spécifiques, à type de carcinomes, d'infections, de toxidermie ou de dermatose éosinophilique. Cette dernière appelée également papulose T associée aux hémopathies et anciennement réaction exagérée aux piqûres d'insectes est une entité rare. Son mécanisme pourrait être celui d'une réaction d'hypersensibilité médiée par une population T-helper 2 réactionnelle à l'hémopathie B, entraînant une libération de cytokines dont l'interleukine 5, à l'origine d'une éosinophilie tissulaire. L'éruption érythémateuse initiale chez notre patiente serait –elle une manifestation satellite de son hémopathie? La



négativité du bilan étiologique et la disparition des lésions sous chimiothérapie, étaient des arguments en faveur d'un lien de causalité.

Conclusion :

Connaître Les différentes manifestations cutanées associées aux hémopathies malignes est essentiel pour le dermatologue en raison de leur intérêt diagnostique et pronostique.

Leucémie cutanée révélée par un purpura annulaire infiltré

N.Elaattoul, K.Kandri Rody, S.Amal, O.Hocar.

Dermatologie-Vénérologie, CHU Mohamed VI Marrakech, Laboratoire Bioscience et Santé,
Faculté de Medecine et de Pharmacie, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc.

Introduction :

La leucémie cutanée ou « leukemia cutis » correspond à une infiltration cutanée spécifique par des blastes au cours d'une leucémie. Nous rapportons un cas rare de leucémie aigue myéloblastique (LAM) révélée par un purpura annulaire infiltré chez une fillette de 6 ans.

Observation. Une enfant de six ans, sans antécédents notables, qui présentait une éruption cutanée purpurique généralisée évoluant 15j auparavant dans un contexte d'asthénie et de fièvre. L'examen clinique trouvait un purpura infiltré, annulaire, à centre clair, non nécrotique, prédominant au niveau des membres inférieurs avec pâleur cutanéomuqueuse. La numération formule sanguine révélait une pancytopenie faite d'une neutropénie à $500/\text{mm}^3$, une anémie à 10g/dl normochrome normocytaire et une thrombopénie à $35000/\text{mm}^3$. Le frottis sanguin montrait la présence de blastes à 41%. Le myélogramme était non concluant. L'histologie cutanée était compatible avec une localisation dermique d'une leucémie aigue. L'immunofluorescence directe était négative. Un deuxième myélogramme confirmait le diagnostic de leucémie aigue. L'immunophénotypage et étude cytogénétique sur moelle osseuse concluait à une LAM5. La patiente était traitée par chimiothérapie. L'évolution des lésions dermatologiques était favorable dès la première cure de chimiothérapie. La patiente était décédée suite à un sepsis grave.

Discussion :

Les lésions cutanées spécifiques sont fréquentes au cours des leucémies aigues myéloblastiques en particulier la LAM5. Il s'agit le plus souvent de papules ou de nodules rosés à violacés. Le purpura est rapporté dans l'atteinte cutanée non spécifique. Dans un contexte d'hémopathie maligne, une biopsie cutanée doit être proposée devant toute lésion cutanée d'apparition récente afin de ne pas négliger une lésion spécifique, pouvant révéler ou témoigner d'une progression de l'hémopathie.



Conclusion :

Notre observation décrit une présentation clinique rare, atypique de leucémie cutanée

L'association inhabituelle d'un syringocystadénome papillifère sur nævus de jadasson à une corne cutanée

N.Elaattoul, S.Abouadar, O.Hocar, S.Amal.

Dermatologie-Vénérologie, CHU Mohamed VI Marrakech, Laboratoire Bioscience et Santé,
Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Introduction :

Le syringocystadénome papillifère (SCAP) est une tumeur annexielle bénigne et rare des glandes sudoripares apocrines ou eccrines. Il s'associe à un nævus sébacé de Jadasson dans un tiers des cas, mais son association avec une corne cutanée n'est pas décrite dans la littérature. Nous rapportons le cas original de ce jeune patient qui présente l'association de ces 3 entités.

Observation :

Il s'agit d'un patient de 22 ans sans antécédents pathologiques particuliers qui présentait depuis l'enfance une plaque brune grisâtre de 15 mm du cuir chevelu qui a commencé à augmenter progressivement de taille, avec apparition depuis quelques mois d'une excroissance dure de 10 mm évoquant une corne cutanée. Le patient a bénéficié d'une biopsie exérèse de la lésion d'emblée. L'examen histologique a objectivé un bouchon corné unique constitué de lamelles de kératine, un épiderme verruqueux en surface acanthosique et hyperkératosique, le derme sous-jacent était le siège de glandes sébacées hyperplasiques et d'une prolifération tumorale organisée en massifs et en lobules avec des papilles à axe fibreux évoquant un syringocystadénome papillifère sur naevus verruco-sébacé de Jadasson associé à une corne cutanée.

Discussion :

Le SCAP est une tumeur annexielle bénigne rare qui se développe aux dépens des glandes sudoripares apocrines ou moins souvent eccrines, sa présentation clinique est non spécifique et souvent trompeuse. Son diagnostic est histologique. Cette tumeur se développe dans la moitié des cas sur un hamartome sébacé. Des associations avec d'autres tumeurs bénignes (cystadénome apocrine, hidrocystome apocrine, hidradénome papillifère et porome folliculaire) et malignes (carcinomes basocellulaire, verruqueux, sébacé) ont été rapportées. La corne cutanée correspond à une accumulation de kératine du revêtement épidermique, elle se voit surtout chez le sujet âgé et peut être primitive ou secondaire à des lésions cutanées bénignes ou malignes. L'association du SCAP à une corne cutanée a été décrite chez un seul patient

dans la littérature.

Conclusion :

L'originalité de notre observation réside en cette association de SCAP sur nævus de Jadasson à une corne cutanée ainsi que la survenue inhabituelle de cette dernière chez un sujet jeune.

L'hémangiome hémossidérinique

S. Belmourida, S. Sialiti, H. Palamino, M. Meziane, K. Senouci
Service de Dermatologie et de Vénérologie, Université Mohammed V Rabat,

CHU Avicenne Rabat

Introduction :

L'hémangiome hémossidérinique (HH) en cible ou Hobnail hémangiome est une entité rare. Il a été décrit pour la première fois par Santa cruz et Aronberg en 1988.

Nous rapportons une nouvelle observation.

Observation :

Une jeune homme de 33 ans, sans antécédents médicaux, consultait pour une lésion angiomateuse qui ne disparaissait pas à la vitro-pression, entourée d'un halo de peau rosée puis d'une bordure purpurique évoluant depuis deux ans. L'exérèse chirurgicale avec analyse histologique de la lésion retrouvait sous un épiderme normal, une prolifération vasculaire dermique superficielle faite de petits capillaires aux contours irréguliers, bordés de cellules endothéliales turgescentes sans figure mitotique. Il existait également un infiltrat inflammatoire lymphocytaire au pourtour des capillaires qui disséquait les fibres collagènes. Cette prolifération vasculaire s'étendait dans le derme sous-jacent où l'on visualisait des sidérophages.

Discussion

L'aspect clinique très particulier de l'HH permet d'évoquer le diagnostic : il s'agit d'une lésion papulo-nodulaire violacée, solitaire, entourée d'un double halo, clair puis érythémateux et purpurique en périphérie, donnant à la lésion un aspect en cocarde. L'HH touche à la fois la peau et les muqueuses sans topographie préférentielle. Le halo purpurique périphérique peut disparaître spontanément au décours des poussées. On observe l'HH surtout chez l'adolescent et l'adulte jeune.

Sur le plan histologique, il s'agit d'une prolifération vasculaire bénigne faite de petits vaisseaux matures dilatés à prédominance superficielle disséquant les faisceaux de collagène. Les cellules endothéliales ont un cytoplasme peu abondant et un noyau proéminent donnant un aspect caractéristique en clou de tapissier. L'aspect des cellules endothéliales n'est pas sans rappeler les cellules épithélioïdes observées dans les hémangiomes épithélioïdes ou dans les hyperplasies angiolymphoïdes avec éosinophilie. Le halo érythémateux ou purpurique périphérique correspond à des dépôts périphériques transitoires d'hémossidérine consécutifs à des hémorragies en périphérie de l'hémangiome.

Conclusion :



Le diagnostic de HH est une entité rare mais à ne pas méconnaître devant un aspect clinique trèsévocateur.

**carcinome basocellulaire du cuir chevelu mimant un pyoderma
granulomateux superficiel**

C.Marmech (1) ; F,Hali(1) ; K .Baline (1) ;F.Marnissi (2) ; S.Chiheb (1)
(1) : Service de Dermatologie vénérologie , (2) : Service d'anatomie pathologique
CHU Ibn Rochd ; Casablanca ; Maroc

Introduction :

Le carcinome basocellulaire (CBC) est l'une des proliférations néoplasiques les plus fréquentes. Localement agressif , l'évolution peut mimer un pyoderma granulomateux superficiel (PGS). Le diagnostic est clinique et histologique. Nous rapportons un cas de CBC du scalp diagnostiqué à la dermoscopie et confirmé à l'histologie .

Observation :

Patient de 69 ans, phototype III ,sans antécédents , consulte pour une lésion ulcérée douloureuse du scalp , évoluant depuis 10 ans. L'examen clinique objectivait un placard ulcérobougeonnant prenant tout le vertex de 20x10cm , avec des zones de cicatrisation par endroit . Une lisière irrégulière délimitait le placard avec des cheveux résiduels en occipital. Les ulcérations avaient une bordure perlée . La dermoscopie retrouvait de fines télangiectasies , de gros vaisseaux arborisants avec de fines ramifications et à la périphérie des structures ovoïdes bien circonscrites pigmentées bleu gris. l'examen somatique, notamment digestif et neurologique, était sans particularités ,le tout évoluant dans un contexte d'amaigrissement chiffré a 15 kg en 5 ans. Le bilan infectieux bactérien et fongique était négatif. La biopsie cutanée était en faveur d'un carcinome de morphologie basaloïde évoquant un basocellulaire type infiltrant . Le scanner craniofacial montrait une érosion osseuse frontale droite avec épaissement irrégulier des parties molles pariétales et frontales. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien ne montrait pas de localisations secondaires. Une radiothérapie a été indiquée. A ce jour le patient a reçu 2 cures de radiothérapie avec amélioration légère de sa symptomatologie .

Discussion:

Aspect ulcéro-bougeonnant géant de tout le cuir chevelu faisant discuter cliniquement un pyoderma granulomateux superficiel (PGS). L'examen dermoscopique à savoir les fines télangiectasies , les gros vaisseaux arborisants avec de fines ramifications , les structures ovoïdes pigmentées bleu gris étaient en faveur du CBC qui a été confirmé a l'histologie. Les nids ovoïdes sont communs au CBC et au PGS. La présence de pustules (absents dans notre cas) , serait en faveur du pyoderma alors que les autres éléments dermoscopiques font évoquer plutôt un CBC .

Conclusion

La dermoscopie avant le resultat de la biopsie , permet d'orienter le diagnostic des cas

difficiles prêtant confusion entre une pathologie inflammatoire et tumorale.

Les métastases cutanées des néoplasies profondes **Une série de huit cas**

El faqyr 1 , L. Bendaouad 1 , FZ. Amakha 1 , K. Oujennane 1 , H. Ait elhadj 1 , H. Raiss 2 , M. Khouchani
3 ,

L. Amro 4 , N. Cherif Idrissi El ganouni 5 , O. Hocar 1 , S. Amal 1

Service de Dermatologie-Vénérologie 1

Service d'anatomie-Pathologie 2

Service d'oncologie médicale 3

Service de Pneumologie 4

Service de radiologie 5

Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, Laboratoires de Biosciences

Université Caddi Ayyad, Marrakech, Maroc

Introduction :

Les métastases cutanées (MC) sont relativement rares, avec une incidence de 1% chez les patients atteints de néoplasies profondes. La suspicion clinique de métastases est basée sur l'existence antérieure d'une tumeur maligne, bien qu'un tiers des MC soient inauguraux de la tumeur primitive. Les MC indiquent souvent un pronostic péjoratif.

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective descriptive colligeant tous les cas de métastases cutanées de néoplasie profonde durant l'année 2019 au service de dermatologie du CHU Mohammed VI de Marrakech, ont été exclues les métastases de mélanome et des hémopathies malignes. Pour chaque patient nous avons précisé l'âge, le sexe, la chronologie d'apparition, la néoplasie primitive, l'aspect clinique et la localisation des MC.

Résultats :

Nous avons inclus huit patients, dont 62,5 étaient des hommes, et 37,5 % étaient des femmes. L'âge moyen était de 60 ans. Les MC étaient révélatrices de la tumeur primitive dans 37,5 %, d'une récurrence tumorale dans 37,5%, et elles étaient synchrones au cancer primitif dans 25% des cas. Les lésions avaient un aspect sclérodermiforme en cuirasse dans 37,5% des cas, nodulaire dans 25 % des cas, un aspect en cuirasse associé à des lésions papulo-nodulaires ulcérées dans 12,5% des cas, et des lésions inflammatoires pseudo-cellulitiques chez 25% des patients. Les MC siégeaient au niveau de la paroi thoracique antérieure dans 75% des cas, le cuir chevelu dans 12,5% des cas, et le périnée dans 12,5% des cas. Le cancer primitif était mammaire chez 100% des femmes et 40% des hommes, et pulmonaire chez 60% des hommes. L'histologie avait identifié la tumeur primitive dans 37,5%, et un complément immunohistochimique était nécessaire dans 62,5%. Le type histologique le plus fréquent était le carcinome canalaire infiltrant pour les femmes (66,6%) et le carcinome épidermoïde bronchique (60%) pour les hommes.



Discussion :

Les MC résultent d'une extension directe de la tumeur, d'une dissémination vasculaire ou après acte chirurgical. Elles apparaissent le plus souvent au cours d'une néoplasie connue, mais peuvent être inaugurales dans un tiers des cas (37,5% dans notre série). Les MC se présentent souvent sous forme de nodules unique ou multiples à consistance ferme, de couleur chair ou érythémateuse. D'autres présentations incluent les lésions sessiles de type acrochordon, les nodules angiomatoïdes, l'alopecie néoplasique, les métastases zostérisiformes, et le carcinome cutané en cuirasse. Les cancers solides les plus pourvoyeurs de MC sont le cancer bronchopulmonaire (24 à 29 %) chez l'homme, chez la femme le cancer du sein est de loin le plus fréquemment en cause (70 %). L'histologie standard ne permet d'identifier le primitif que dans 20 % des cas, l'immunohistochimie est souvent nécessaire, la tumeur primitive reste indéterminée dans 3 à 10 % des cas. Les MC sont de mauvais pronostic, deux tiers des patients décèdent dans un délai d'un an.

Conclusion :

Le cancer du sein chez la femme et le cancer bronchopulmonaire chez l'homme représentent les deux néoplasies solides qui métastasent le plus au niveau de la peau

Thérapeutique :

Association photothérapie UVB et Tacrolimus topique dans le traitement du vitiligo

M.Mouradi, H.Skali, FZ.el fetoiki, F.Hali , S.Chiheb

Introduction :

Le Vitiligo est une maladie de peau assez fréquente d'origine multifactorielle, avec un impact important sur la qualité de vie des patients. Parmi les traitements utilisés: les dermocorticoïdes , les inhibiteurs de la calcineurine topique, la photothérapie , les dermo-cosmétiques ou encore la greffe mélanocytaire. On a souvent recours à une combinaison des différents traitements pour en optimiser l'efficacité.

Matériel et méthodes :

- Etude préliminaire sur l'association de la photothérapie UVB TL01 avec le tacrolimus topique dans le traitement du vitiligo
- Étude rétrospective réalisée entre janvier 2015 et Janvier 2020 au service de dermatologie du CHU Ibn Rochd Casablanca

Résultats :

17 patients ont été inclus, dont 12 femmes et 5 hommes. La moyenne d'âge était de 34 ans, avec un délai d'évolution moyen de 12ans. Les zones les plus atteintes étaient le visage, le tronc, et les membres avec prédilection pour les membres supérieurs. L'évolution après 30 séances était bonne chez 43% des patients, modérée chez 29%, nulle chez 14%. 14% sont toujours en suivi.



Discussion :

Plusieurs traitements existent pour le vitiligo. La photothérapie est l'un des traitements de référence. Elle permet grâce aux rayons ultra-violetés une repigmentation des lésions hypopigmentées.

L'association de la photothérapie UVB TLO1 aux inhibiteurs de la calcineurine topique a fait l'objet de quelques études avec des résultats divers, mais plusieurs ont prouvé une supériorité de l'association des deux traitements à la photothérapie seule. Notre série retrouve également de bons résultats avec une bonne évolution chez 43% des patients suivant le protocole photothérapie UVB TLO1 3 fois par semaine associée à l'application du tacrolimus topique 2 fois par jour.

Conclusion :

Les résultats de cette étude préliminaire restent encourageants. L'association tacrolimus et photothérapie reste une alternative très efficace dans le traitement du vitiligo. Il reste néanmoins nécessaire de faire des essais contrôlés randomisés sur un large échantillonnage pour en confirmer les effets.

Efficacité du voriconazole dans le traitement d'une Chromomycose étendue et résistante

I.Bahbouhi(1), S.Zahid(1), L.Bendaoud(1), J.Oualla(1), I. El Faqyr(1), O.Hocar(1), S.Amal(1)
M.A.Haouane(2), N.Mansouri(2), H.Rais (2) R.Moutaj (3)

(1) Service de Dermatologie, CHU Mohammed VI, Laboratoire biosciences et santé FMPPM, Marrakech, Maroc

(2) Service d'anatomopathologie, CHU Mohammed VI, Laboratoire biosciences et santé FMPPM, Marrakech, Maroc

(3) Service de Mycologie, Hôpital militaire Avicenne, Marrakech, Maroc

Introduction :

La chromomycose est une dermatose verruqueuse, rare, chronique, provoquée par le développement dans les tissus sous-cutanés de champignons pigmentés, noirs. Nous rapportons ici un cas de chromomycose diffuse intéressant par son évolutivité et sa résistance aux traitements conventionnels.

Observation :

Une patiente de 60ans, diabétique, était suivie depuis 2012 pour une chromomycose cutanée évoluant depuis plus de 20ans. Le diagnostic avait été retenu sur l'examen mycologique de multiples biopsies cutanées, qui montrait, à l'examen direct, la présence de corps fumagoïdes, avec à la culture des colonies noires duveteuses en faveur d'une chromomycose à *Phialophora verrucosa*.

La malade était alors traitée successivement par terbinafine orale, clarithromycine, itraconazole et amphotéricine B et puis encore par de la terbinafine puis perdue de vue pendant des années.

Elle consultait à nouveau devant une extension considérable des lésions.

L'examen clinique relevait de multiples tumeurs érythémateuses, hyperkératosiques, infiltrées, nodulaires de quelques centimètres, indolores, siégeant au niveau du tronc et des quatre membres,



un placard érythémato-squameux ulcéré, saignant, de l'avant bras droit, un placard érythémato-squameux infiltrant, avec des zones pseudo chéloïdes, prenant l'avant bras et la main gauches, empêchant la mobilité du membre et une lésion verruqueuse arrondie d'environ 5cm de diamètre au niveau de la face dorsale du pied droit. Le bilan trouvait un syndrome inflammatoire biologique important. Nous avons réitéré les biopsies cutanées avec une biopsie exérèse de la lésion verruqueuse du pied, qui montraient à l'examen histologique et mycologique la présence de corps fumagoïdes, ce qui confortait le diagnostic de chromomycose.

Devant l'échec des multiples thérapeutiques citées plus haut, un traitement par voriconazole à la dose de 200mg deux fois par jour a été instauré depuis maintenant 3mois, avec une nette amélioration clinique perçue dès le premier mois, et régression du syndrome inflammatoire biologique.

Discussion :

Le traitement de la chromomycose diffuse constitue un véritable challenge, comme peut en témoigner le cas de cette patiente.

Les modalités de prise en charge reposent sur la chirurgie, la cryothérapie, la photothérapie dynamique plus récemment, et l'utilisation d'antifongiques systémiques pendant de longues durées, surtout devant des lésions étendues et multiples. Les molécules typiquement utilisées sont la terbinafine, l'itraconazole comme traitement de première ligne, puis si échec l'Amphotéricine B, la 5-fluorocytosine ou par des associations thérapeutiques. Devant l'échec de ces traitements, le

voriconazole ainsi que le posaconazole, se sont révélés efficaces in vitro, mais aussi in vivo, comme c'est le cas pour notre patiente.

Conclusion :

La chromomycose est une dermatose chronique récalcitrante, difficile à traiter.

Nous montrons par notre observation que le voriconazole peut constituer une alternative thérapeutique intéressante devant les formes résistantes aux traitements usuels.

Efficacité de la photothérapie dans le traitement du mycosis fongoïde aux stades précoces

S. Mrabat, S . Elloudi, FZ. Hashas, Z. Douhi, H. Baybay, FZ. Mernissi

Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès

Introduction :

Le mycosis fongoïde est le lymphome cutané primitif le plus fréquent. C'est un lymphome indolent à évolution lente dont le traitement et le pronostic dépendent essentiellement du stade initial. Ainsi, on définit les stades précoces (IA, IB, IIA) et tardifs (IIB, III et IV). La photothérapie occupe une place majeure dans l'arsenal thérapeutique du mycosis fongoïde.

But :

Évaluer l'efficacité et la tolérance de la photothérapie dans le traitement des patients atteints de MF à un stade précoce.



Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétro prospective étalée sur 10 ans. Ont été inclus tous les cas de mycosis fongoïde confirmés histologiquement, diagnostiqués à un stade précoce (IA, IB et IIA) et traités par photothérapie UVA ou UVB.

Résultats :

Dix-neuf patients ont été inclus. L'âge moyen était à 50 ans et le sexe ratio H/F : 0.72. La présentation clinique était faite de plaques érythémateuses infiltrées (10 cas) ou non infiltrées (9 cas). La plupart des lésions siégeaient au niveau des membres (18 cas) ou le tronc (14 cas). Deux patientes présentaient une kératodermie palmoplantaire isolée. Le prurit était présent chez 14 patients. La biopsie cutanée a montré un pilotropisme dans 3 cas. Le MF était classé stade IA (9 cas), stade IB (10 cas). Treize patients ont reçu une puvathérapie généralisée à raison de 3 séances par semaines pendant en moyenne 10 semaines. Quatre ont reçu une photothérapie UVB à raison de 3 séances par semaine pendant en moyenne 12 semaines. Les deux cas de kératodermie palmoplantaire isolée ont été mis sous photothérapie localisée UVA (1 cas) et UVB (1 cas). Une rémission complète était observée chez 10 malades, une réponse partielle chez 7 cas et 2 échecs suite à la progression de la maladie. La durée moyenne de suivi était de 37 mois. Les effets secondaires étaient dominés par la xérose, une hyperpigmentation (2 cas) et les brûlures (7 cas).

Discussion :

La photothérapie est le recours thérapeutique aux ultraviolets (UV) avec ou sans médication préalable. Elle utilise soit les rayons UV seuls : UVB à spectre large, UVB à spectre étroit (TL01), UVA long (UVA1), et UVAB ; soit les rayons UV en association à un médicament photosensibilisant à base de psoralène : la puvathérapie. La photothérapie UVBTL01 est moins contraignante que la puvathérapie et engendre peu d'effets secondaires. La puvathérapie est à privilégier en cas de mycosis fongoïde avec des plaques infiltrées en particulier chez les phototypes foncés. Tandis que la photothérapie UVB doit être utilisés en présence de patchs non infiltrés en particulier chez les phototypes clairs. Nos résultats soulignent l'efficacité et la tolérance de la photothérapie dans le traitement du mycosis fongoïde à un stade précoce.

Conclusion :

Grâce à son efficacité et sa bonne tolérance, la photothérapie devrait être incluse parmi les options thérapeutiques initiales du mycosis fongoïde à un stade précoce.

Le fibromyxome acral superficiel : une tumeur unguéale rare

L. Araqi Houssaini (1), F. Marnissi (2), S. Chiheb (1)

(1) : Service de dermatologie (2) : Service d'anatomie pathologique

CHU Ibn Rochd, Université Hassan II, Faculté de médecine et de pharmacie, Casablanca

Introduction

Le fibromyxome acral superficiel est une tumeur myxoïde exceptionnelle récemment décrite siégeant exclusivement au niveau des extrémités. Cette dernière est bénigne, sans potentiel de



transformation maligne. Nous en rapportons un cas au niveau du gros orteil.

Observation

Patiente de 56 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui rapporte une notion de port de chaussures serrés, sans notion de traumatisme. Elle présentait depuis 7 ans une lésion cutanée sous-unguéal en regard du gros orteil augmentant progressivement de volume. L'examen clinique retrouvait un nodule sous-unguéal couleur chair d'environ 4 cm de grand axe, mou à la palpation, axé au niveau du gros orteil droit. Notre conduite à tenir était la biopsie exérèse. L'examen anatomopathologique retrouvait une lésion nodulaire tapissée de revêtement unguéal ortho kératosique avec une bande sous-unguéale saine. Le nodule était bien limité, non encapsulé, fait de faisceaux fusocellulaires riches en collagène sur un fond myxoïde avec des cellules monomorphes d'aspect fibroblastique. Cet aspect était en faveur d'un fibromyxome acral superficiel. La patiente n'a pas présenté de récurrence. Le recul est d'une année.

Discussion

Le fibromyxome acral superficiel est une tumeur récemment individualisée, survenant chez les patients adultes d'âge moyen de 45 ans. Cette tumeur est généralement unique et siège au niveau des doigts ou des orteils, pouvant entraîner une déformation de l'ongle. De croissance lente, les lésions sont fréquemment présentes depuis plusieurs années. Sur le plan histologique, il s'agit d'une tumeur superficielle, dermique ou hypodermique, parfois mal délimitée, avec un abondant stroma myxoïde ou fibromyxoïde et des cellules fusiformes ou stellaires. Sur le plan thérapeutique, le traitement de choix est l'exérèse. Les récurrences restent exceptionnelles.

Un hémangioendothéliome kaposiforme révélant une leucémie aigüe lymphoblastique B

L. Araqi Houssaini, F. Hali, S. Chiheb
Service de dermatologie, CHU IBN ROCHD, Casablanca
Faculté de médecine et de pharmacie, Université Hassan II de Casablanca

Introduction

L'hémangioendothéliome kaposiforme (HEK) est une tumeur vasculaire rare cutanée ou viscérale d'étiologie inconnue. Elle peut se compliquer du syndrome de Kasabach-Merritt (SKM); mais peut aussi révéler exceptionnellement une hémopathie. Nous en rapportons un cas d'évolution fatale.

Observation

Nourrisson de 9 mois sans antécédents pathologiques particuliers, adressé pour hématome du front. L'examen clinique retrouvait une masse angiomeuse frontale de 4 cm indolore. L'état général était conservé. L'échographie doppler et le scanner cervico-facial objectivaient un hématome sous-cutané. La numération formule sanguine et le bilan d'hémostase étaient normaux. La décision conjointe entre dermatologues et chirurgiens était l'abstention thérapeutique. Un mois plus tard, il y a eu augmentation du volume de la masse : 8 cm. L'état général et les bilans sanguins étaient toujours normaux. Le nourrisson a bénéficié d'une biopsie exérèse. L'examen anatomo-pathologique retrouvait d'une part : une lésion vasculaire faite de fentes séparées par des cellules fusiformes avec expression de CD34 et CD31, sans expression de Glut-1, et d'autre part une infiltration de cellules lymphocytaires atypiques. Cet aspect était en faveur d'un HEK associé à une infiltration lymphoblastique. Deux semaines plus tard, il y a eu apparition d'une pâleur cutané-



muqueuse avec anémie à 4, thrombopénie à 8000 et hyperleucocytose avec 60% de blastes. Le myélogramme était en faveur d'une leucémie aigüe lymphoblastique B. Le nourrisson a été transféré en unité de soins intensifs pour réhydratation et transfusion, mais l'évolution était fatale (décès) à la suite d'un choc hypovolémique.

Discussion

L'HEK est une tumeur rare du nourrisson et de l'enfant atteignant les tissus mous profonds et plus rarement la peau. Le principal risque est l'apparition d'un SKM associant une augmentation rapide de la tumeur (comme pour notre patiente) et une thrombopénie profonde. Chez notre patiente, le myélogramme ainsi que l'examen histologique de la masse ont permis de poser le diagnostic de LAL B associée à un HEK. En effet, l'histologie a montré qu'il s'agissait non pas de localisations cutanées leucémiques en peau saine, mais plutôt d'une infiltration de lésions cutanées préexistantes par les cellules de l'hémopathie maligne. Ceci pourrait être expliqué par l'inflammation locale au sein de la lésion cutanée qui favoriserait le recrutement de cellules circulantes malignes. Cette hypothèse est confortée par d'autres observations où l'on note le développement d'hémopathies malignes sur des lésions cutanées anciennes.

Conclusion

Il s'agit à notre connaissance du 2^{ème} cas décrit d'HEK infiltré par une LAL B dont le mécanisme reste inconnu. L'originalité de notre observation est d'une part l'intrication de l'HEK avec la LAL B, et d'autre part l'évolution rapidement fatale ; d'où l'intérêt de bien connaître cette entité afin d'agir dans les plus brefs délais et éviter ainsi le décès.

Succession de lymphome non hodgkinien et de vitiligo généralisé chez un patient psoriasique traité par adalimumab

L. Bendaoud, I. Elfaqyr, O. Hocar, S. Amal
Service de Dermatologie, CHU Mohammed VI Marrakech
Laboratoire bioscience et santé FMPPM

Introduction :

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique, touchant 1 à 2% de la population générale. L'association du psoriasis au risque de lymphome, et le lien entre l'utilisation des anti-TNF α et l'apparition secondaire des lymphomes constituent un grand débat au monde entier. Nous rapportons un cas de psoriasis traité par adalimumab avec apparition de lymphome non hodgkinien type B de localisation amygdalienne, et de vitiligo généralisé.

Observation :

Un patient de 50 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, était suivi dans notre formation depuis 2018 pour psoriasis en plaque sévère ayant évolué vers une érythrodermie psoriasique : PASI=39, DLQI=26. Il avait reçu plusieurs traitements (Dermocorticoïdes, Méthotrexate) sans grande amélioration. La décision thérapeutique était d'introduire l'adalimumab à la dose de 80 mg à J0 puis 40 mg tous les 15 jours. L'évolution était marquée par le blanchiment total des lésions, mais par faute de moyens, il n'avait reçu que trois injections au total. Par la suite, il développait une nouvelle poussée de son psoriasis, pour laquelle, il reprenait les injections de méthotrexate. En décembre 2019, il présentait une dysphagie persistante traitée à plusieurs reprises comme angine sans amélioration. Une biopsie de l'amygdale objectivait un lymphome non hodgkinien à grandes cellules de type B. Un PET scan montrait plusieurs foyers hypermétaboliques. La décision thérapeutique était d'arrêter tout traitement antipsoriasique et de démarrer la chimiothérapie selon le protocole R-CHOP.

L'évolution était marquée par la régression des foyers actifs sur le pet-scan au bout de 4 séances de R-CHOP, et par la rémission complète du psoriasis, avec apparition de vitiligo non segmentaire généralisé.

Discussion :

Ces dernières années, l'arrivée de la biothérapie a bouleversé la prise en charge thérapeutique des cas de psoriasis modéré à sévère, où on trouve les anti-TNF α (infliximab, etanercept, adalimumab...) qui constituent le traitement biologique de 1^{ère} intention.

Le psoriasis se caractérise par une inflammation systémique chronique, due à une activation accrue des lymphocytes T et B. Cette inflammation chronique serait responsable de l'apparition des lymphomes malins, comme le rapportaient plusieurs études. Ce risque augmente au fur et à mesure avec l'utilisation de la biothérapie, ce qui est le cas chez notre patient.

Dans un autre volet, l'apparition du vitiligo après le traitement par adalimumab, a été également rapportée dans la littérature chez certains cas traités pour des maladies inflammatoires chroniques, comme le psoriasis, la maladie de Verneuil, la maladie de crohn, et la spondylarthrite ankylosante. En effet, le développement des maladies auto-immunes lors du traitement par les anti-TNF α , pourrait être expliqué par l'augmentation du nombre des nucléosomes (auto-antigènes produits lors de l'apoptose), qui seraient responsables de la production des anticorps.

Conclusion :

La particularité de notre observation réside en l'apparition du lymphome non hodgkinien après l'utilisation d'adalimumab, et la rémission complète du psoriasis après la thérapie du lymphome, avec apparition de vitiligo généralisé.

Association photothérapie UVB et Tacrolimus topique dans le traitement du vitiligo

M.Mouradi, H.Skali, FZ.el fetoiki, F.Hali, S.Chiheb

Introduction :

Le Vitiligo est une maladie de peau assez fréquente d'origine multifactorielle, avec un impact important sur la qualité de vie des patients. Parmi les traitements utilisés: les dermocorticoïdes , les inhibiteurs de la calcineurine topique, la photothérapie , les dermo-cosmétiques ou encore la greffe mélanocytaire. On a souvent recours à une combinaison des différents traitements pour en optimiser l'efficacité.

Matériel et méthodes :

- Etude préliminaire sur l'association de la photothérapie UVB TL01 avec le tacrolimus topique dans le traitement du vitiligo
- Étude rétrospective réalisée entre janvier 2015 et Janvier 2020 au service de dermatologie du CHU Ibn Rochd Casablanca

Résultats :

17 patients ont été inclus, dont 12 femmes et 5 hommes. La moyenne d'âge était de 34 ans, avec un délai d'évolution moyen de 12ans. Les zones les plus atteintes étaient le visage, le tronc, et les



membres avec prédilection pour les membres supérieurs. L'évolution après 30 séances était bonne chez 43% des patients, modérée chez 29%, nulle chez 14%. 14% sont toujours en suivi.

Discussion :

Plusieurs traitements existent pour le vitiligo. La photothérapie est l'un des traitements de référence. Elle permet grâce aux rayons ultra-violetés une repigmentation des lésions hypopigmentées.

L'association de la photothérapie UVB TLO1 aux inhibiteurs de la calcineurine topique a fait l'objet de quelques études avec des résultats divers, mais plusieurs ont prouvé une supériorité de l'association des deux traitements à la photothérapie seule. Notre série retrouve également de bons résultats avec une bonne évolution chez 43% des patients suivant le protocole photothérapie UVB TLO1 3 fois par semaine associée à l'application du tacrolimus topique 2 fois par jour.

Conclusion :

Les résultats de cette étude préliminaire restent encourageants. L'association tacrolimus et photothérapie reste une alternative très efficace dans le traitement du vitiligo. Il reste néanmoins nécessaire de faire des essais contrôlés randomisés sur un large échantillonnage pour en confirmer les effets.

La gestion des atteintes cutanées chez les professionnels de santé au cours de leur prise en charge des malades COVID 19

Farah Marraha (1), Ibtissam Al Faker (1), Najlaa Rahmani (1), Youness Benyamna (1), Soukaina Kabbou (1), Yasmine Rkiek (1), Gallouj Salim(1)

1-service de Dermatologie Vénérologie CHU Tanger, Faculté de Médecine et de Pharmacie - Université Abdelmalek Saïdi -Tanger -Maroc

Introduction :

Depuis que l'OMS a déclaré, le 11 mars 2020, la pandémie COVID 19, le nombre de cas n'a cessé d'augmenter, comptant à ce jour le 16 septembre 2020 29,928,676 cas. Plusieurs structures et organisations travaillent en permanence en essayant de développer des stratégies et des approches pour vaincre le SRAS COV 2 virus et ralentir sa propagation. Un million de professionnels de santé dans le monde entier ont été mobilisés pour lutter contre ce virus et soigner les patients atteints de la pneumonie COVID 19. Ces personnels de première ligne sont plus vulnérables à la contamination. Pour l'éviter, ils doivent prendre plusieurs mesures préventives, notamment une bonne hygiène des mains et le port d'un équipement de protection individuelle (EPI). Hors, le port fréquent de ces équipements peut entraîner plusieurs réactions cutanées. Dans ce document, nous essayons de fournir des solutions de prévention et de traitement pour les lésions cutanées potentielles associées à l'utilisation des (EPI).

La gestion des atteintes cutanées :

	Prévention	Traitement
Hygiène des mains	-Ne pas laver les mains plus de 15 fois/j	Macération : utilisé crème à base de zinc Fissure : émulsion à base de l'urée



	<ul style="list-style-type: none">-Laver seulement les mains sales pendant 30s à l'eau froide-Préconiser les solutions hydroalcooliques (formule d'OMS) entre lavage-Les utiliser sur peau sèche-Utiliser plutôt les gels que les liquides-Hydrater les mains avec des émoullissants après chaque lavage	Dermatite de contact : <ul style="list-style-type: none">-arrêt d'utilisation de l'agent causal-Si erythème avec prurit : antihistaminique H1-Si Eruption modéré à sévère : dermocorticoïdes de puissance modéré sans fluore
Gants	<ul style="list-style-type: none">-Utiliser des gants sur peau sèche propre-Appliquer du talc sur les mains avant le port- Préconiser des gants sans latex ou utiliser des gants en coton à l'intérieur –Choisir des gants avec taille adaptée- Préconiser un port de courte durée- Laver les mains après chaque utilisation-appliquer des crèmes à base d'acide hyaluronique, céramide ou vitamine E	
Masques et Lunettes	<p>Avant port du masque :</p> <ul style="list-style-type: none">-Si peau intacte non érythémateuse : Crème hydratante, crème barrière ou diméthicone, ou barrière cutanée en vaporisateur ou lingette-si peau intacte érythémateuse : Feuille de silicone, hydrocolloïde mince-Si lésion cutanée (bris) : Hydrocolloïde directe ou sur sparadrap hypoallergénique.-utiliser des masques adaptés et de différentes manières.- utiliser l'écran solaire pour éviter l'hyperpigmentation secondaire des lésions <p>-3) Éviter le nettoyage du visage avec de l'eau trop chaude, de l'éthanol à 75%</p>	<ul style="list-style-type: none">-Dermatite de contact légère, Appliquer seulement une crème hydratante après le nettoyage-Dermatite de contact plus sévère : utiliser des glucocorticoïdes topiques de puissance modérée sans fluore-Les patients signalant un prurit sévère peuvent prendre des antihistaminiques sédatif par voie orale.- Pour la gestion et de l'érosion : utiliser une compresse de gaze imbibée d'eau froide ou d'une solution saline pendant environ 20 minutes à chaque fois toutes les 2 à 3 heures

Référence :



[Marraha F, Al Faker I, Gallouj S.](#) A Review of the Dermatological Manifestations of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Dermatol Res Pract.* 2020;2020:9360476. Published 2020 Aug 11.

[Yicen Yan](#) and al . Consensus of Chinese Experts on Protection of Skin and Mucous Membrane Barrier for Health-Care Workers Fighting Against Coronavirus Disease 2019 .*Dermatol Ther .* 2020 Mar 13. Online ahead of print

[Teresa Oranges](#) and al .Reply To: "Skin Damage Among Healthcare Workers Managing Coronavirus disease-2019"*J Am Acad Dermatol .* 2020 Apr 10. Online ahead of print

[Gregory Cavanagh](#) and al .Rational Hand Hygiene During COVID-19 Pandemic. *J Am Acad Dermatol .* 2020 Apr 5. Online ahead of print

[Marraha F, Al Faker I, Rahmani N, Benyamna Y, Gallouj S,.](#) Summer in time of Coronavirus disease 2019: How to use hand sanitizers? *Our Dermatol Online.* 2020;11(Supp. 2):1-2.

[Dirk M Elston](#) .Occupational skin disease among healthcare workers during the Coronavirus (COVID-19) epidemic. *J Am Acad Dermatol .* 2020 May;82(5):1085-1086

Place de la photothérapie dans le traitement du Mycosis Fongoïde: expérience du service de dermatologie de Casablanca

N.Khedim, F.ElFatoiki, H.Skalli, F.Hali,S.Chiheb

Introduction:

- Le Mycosis fongoïdes (MF) représente la variante la plus courante des lymphomes cutanés à cellules T (CTCL) dont le diagnostic peut être difficile, notamment dans les formes débutantes.
- La Photothérapie avec rayonnement ultraviolet A combiné au 8-méthoxypsoralène (PUVA) et le rayonnement ultraviolet B (NB-UVB) représentent des options de première ligne pour le traitement de la MF à un stade précoce.
- Nous rapportons notre expérience avec la photothérapie dans le traitement du Mycosis Fongoïde.

Matériels et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective, réalisée au centre hospitalier universitaire de Casablanca, entre janvier 2000 et décembre 2018 et a colligé 54 patients avec un diagnostic de MF prouvé histologiquement traités par photothérapie.

Résultats:

-**44 patients** ont reçu une photothérapie **UVA associée à l'administration d'un psoralène (PUVA)**, l'âge Moyen était de 50.97 ans avec des extrêmes allant de 26 à 80 ans, le sex ratio était à 1.09 (23H/21F). Au moment du diagnostic 28 patients avaient un stade IA, 5 patients un stade IIA, 4 un stade IIB, 4 autres un stade IIIA et 3 un stade IA. L'évaluation de la réponse thérapeutique a objectivé, une rémission complète chez 21 malades, partielle chez 8 malades, une stabilisation chez 2 malades et une rechute chez 6 autres.



-**10 malades** ont été traités par photothérapie **UVB** soit , l'âge moyen était de 50.78 ans avec des extrêmes allant de 10 à 74 ans, le sex ratio était à 1.5 (6H/4F). Au moment du diagnostic 6 patients avaient un stade IA, 1 patients un stade IIA, 2 un stade IIB et 1 malade un stade IIIA. L'évaluation de la réponse thérapeutique a objectivé, une rémission complète chez 4 malades, partielle chez 1 malade, une stabilisation chez 3 malades et une rechute chez 2 autres.

Discussion:

-L'intérêt de notre travail résulte dans l'intérêt d'évaluer l'apport de la photothérapie dans la prise en charge du mycosis fongoïde.

-La stratégie générale initiale devant un LCP T se décline en l'établissement d'un diagnostic de certitude et classification EORTC/OMS du type de lymphome, une stadification et le choix de la méthode thérapeutique en fonction du stade, des traitements déjà effectués et de leur efficacité, avec des stratégies de première et de deuxième ligne.

-La photothérapie avec un rayonnement ultraviolet A combinée au 8-méthoxypsoralène (PUVA) et avec un rayonnement ultraviolet B à bande étroite (NB-UVB) constituent les premières options de traitement pour la MF à un stade précoce avec rémission chez la plupart des patients. La puvathérapie est indiquée surtout aux stades (T1b, T2b) et chez les patients de phototype foncé. La photothérapie UVB est une option plus facile à utiliser et mieux tolérable que la puvathérapie et elle est indiquée surtout pour les stades T1a et T2a ++. -Les effets secondaires cutanés à long terme sont représentés essentiellement par le risque de survenue de carcinomes cutanés.

Conclusion:

-Le MF est une variété fréquente des lymphomes cutanés. La Photothérapie fait partie des options thérapeutiques standard au stade initial d'où l'intérêt du diagnostic précoce.

Microstomie chez une patiente atteinte de scléromyxoedème traitée par la lumière intense pulsée.

I.BENSLIMANE KAMAL, F.HALI, S.CHIHEB

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

Introduction

La lumière intense pulsée (IPL) est une énergie lumineuse polychromatique qui cible des chromophores spécifiques. Son efficacité est prouvée dans le traitement de la microstomie chez les patients atteints de sclérodémie systémique. Cependant son utilisation dans le traitement de la microstomie au cours d'un scléromyxoedème n'a jamais été rapportée. Nous rapportons un cas de microstomie survenue chez une patiente atteinte de scléromyxoedème traitée par l'IPL.



L'observation

Il s'agit d'une patiente de 45 ans de phototype 4, suivie depuis 3 ans pour un scléromyxoedème résistant à plusieurs thérapeutiques et rapidement évolutif ayant occasionné un rétrécissement de l'ouverture buccale entraînant une importante altération de la qualité de vie. Pour le traitement de sa microstomie nous avons utilisé l'IPL avec l'applicateur VL 555 en mode télangiectasies avec une énergie 6,9j/cm² et une durée de pulse de 1,5ms. Les zones traitées étaient la région péri-orale, les joues en arrivant jusqu'à la région préauriculaire. Le protocole proposé était de 5 séances avec un intervalle de quatre semaines. L'ouverture buccale était mesurée en mm (distance entre les deux lèvres). Avant les séances elle était de 20mm et après les séances de 30mm. Le score de la qualité de vie avant et après le traitement par l'IPL était respectivement de 14 et 9. L'interprétation de ce score montre que la microstomie avait un effet important sur la qualité de vie de la patiente avant les séances et modéré après les séances. Le contrôle à 3 mois et à 6 mois n'a pas encore été réalisé.

Discussion

A notre connaissance l'utilisation de l'IPL pour traiter une microstomie occasionnée par un scléromyxoedème n'a jamais été proposée. Les propriétés de l'IPL sont prouvées dans le traitement de la microstomie au cours de la sclérodermie systémique. L'hypothèse est que l'IPL pourrait endommager certaines fibres de collagène dans le derme de sorte que les structures deviennent lâches et moins dures aboutissant à une nette amélioration de l'ouverture buccale et de la qualité de vie. Chez notre patiente le gain de 10mm en ouverture buccale suggère un effet d'assouplissement de la peau. Le résultat obtenu dans notre cas peut encourager à faire des études similaires chez ce groupe de patients moyennant un échantillon plus large.

Mots clés : microstomie, scléromyxoedème, IPL

Efficacité du Rituximab dans le traitement des pemphigus sévère chez l'adulte : expérience du service de dermatologie de Casablanca en 2019.

N.Khedim, F.ElFatoiki, H.Skalli, F.Hali, S.Chiheb

Service de dermatologie et vénéréologie, CHU IBN ROCHD, Casablanca, Maroc



Introduction :

Initialement utilisé dans le traitement des pemphigus pemphigus corticodépendants ou résistants, le rituximab (RTX) est actuellement indiqué en première intention en traitement d'attaque des cas modérés à sévères.

Nous rapportons notre expérience avec le RTX dans le traitement des pemphigus sévères chez l'adulte.

Patients et méthodes

Les patients inclus dans l'étude étaient atteints de pemphigus résistants à la corticothérapie systémique en association avec un traitement immunosuppresseur et la dapsonne pour le cas de pemphigus superficiel et admis au CHU Ibn Rochd de Casablanca au Maroc entre janvier 2017 et décembre 2019. Le protocole établi était basé sur des perfusion de RTX (1 g à j0 et j14) associé à une corticothérapie générale avec décroissance progressive, un contrôle au sixième mois pour évaluation.

Résultats

Six patients ont été inclus dont 3 femmes et 3 hommes , le sex ratio était à 1 , l'âge moyen était à 31.75 ans avec des extrêmes allant de 21 à 36 ans , on avait 5 cas de pemphigus profond et un cas de pemphigus superficiel , tous nos malades était en rémission après la première cure de RTX (1g J0-1g J14) et ont reçu un traitement d'entretien , aucun effet indésirable n'a été noté.

Discussion

L'intérêt de notre étude réside dans la rareté et la gravité des présentations du pemphigus.

Le rituximab (RTX) est un anticorps monoclonal anti-CD20 qui a été utilisé hors AMM pour traiter le pemphigus pendant plusieurs décennies , a révolutionné le traitement des pemphigus et ne résume plus au traitement des cas corticodépendants ou résistants mais aussi comme traitement d'attaque des cas modérés à sévères associé à une corticothérapie à faible dose permettant d'avoir une réponse plus rapide et durable et aussi moins de récives et d'effets indésirables et ainsi qu'une faible dose cumulée de corticostéroïdes par rapport à la corticothérapie seule mais avec un cout plus élevé qui est de peu d'importance devant les bénéfices du traitement .

Conclusion :

Le RTX constitue une excellente alternative pour le traitement du pemphigus en phase d'attaque ou même en entretien des cas sévères et corticodépendants.

[Affections des muqueuses :](#)



Ulcération génitale extensive chronique : Intérêt de la sérologie VIH

I.Bahbouhi (1), O.Hocar(1), S.Amal(1)

R. El Fargani(2), F. Ihibane(2), N.Tassi(2)

A. Ismail(3), F.E. Hazmiri(3), H. Rais(3)

(1)Service de Dermatologie, CHU Mohammed VI, Laboratoire biosciences et santé FMPM, Marrakech, Maroc

(2)Service de maladies infectieuses, CHU Mohammed VI, Laboratoire biosciences et santé FMPM, Marrakech, Maroc

(3)Service d'anatomopathologie, CHU Mohammed VI, Laboratoire biosciences et santé FMPM, Marrakech, Maroc

Introduction :

Les causes d'ulcérations des muqueuses génitales sont nombreuses, elles peuvent être aiguës, essentiellement infectieuses ou chroniques, faisant craindre une origine néoplasique.

L'herpès génital compte parmi les infections sexuellement transmissibles les plus fréquentes souvent responsable d'érosions ou ulcérations génitales aiguës. Or, chez les patients immunodéprimés, l'herpès génital peut devenir chronique.

Nous rapportons ici une observation d'un herpès génital chronique étendu révélant une infection rétrovirale.

Observation :

Une patiente âgée de 42ans, divorcée, suivie pour hypertension artérielle sous Amlodipine depuis 5ans, se présentait pour une ulcération génitale s'étendant progressivement depuis 6mois évoluant dans un contexte d'altération de l'état général avec un amaigrissement chiffré à moins 20kg.

L'examen trouvait une patiente dénutrie, cachectique, avec à l'examen dermatologique un placard érosif érythémateux, suintant avec collerette épithéliale, parsemé de petites ulcérations polycycliques, surinfecté, saignant par endroits, prenant la vulve, la marge anale et les plis inguinaux, avec à l'examen gynécologique une muqueuse érythémateuse et un col rouge framboisé.

Les aires ganglionnaires étaient siège d'adénopathies inguinales infra-centimétriques bilatérales. Devant l'étendue et la chronicité des lésions, une biopsie cutanée a été faite. L'examen histologique montrait un aspect évocateur d'une infection herpétique : épiderme ulcéré acanthosique avec clivage intraépidermique, spongieuse et images d'acantholyse par endroits, avec à ce niveau des kératinocytes ballonnés, munis de noyaux augmentés de taille, contenant des inclusions en verre dépoli. Le derme est fibreux, siège d'un infiltrat inflammatoire polymorphe et diffus fait essentiellement de lymphocytes et de PNN.

La sérologie VIH se révélait positive, confirmée plus tard par le Western Blot, avec un taux de CD4 réduit à 199 /mm³. Le reste du bilan biologique trouvait une anémie hypochrome microcytaire, une thrombopénie avec une lymphopénie sévère. La TDM thoraco-abdomino-pelvienne trouvait de multiples nodules pulmonaires en verre dépoli avec des foyers de dilatation des bronches, associés à un nodule hépatique, à une coulée d'adénopathies sous diaphragmatiques et à une hépatosplénomégalie, avec un épanchement péritonéal de moyenne abondance et une lame d'épanchement péricardique.

Un traitement à base d'Aciclovir à la dose de 10mg/kg/8h a été instauré, avec une cicatrisation de l'ulcération. La patiente a été également mise sous antibacillaires devant un faisceau d'arguments,



mais l'évolution s'est malheureusement faite vers un choc septique à point de départ urinaire qui a entraîné le décès de la patiente.

Discussion :

L'herpès génital est une infection sexuellement transmissible causée par l'herpès simplex virus (HSV-1 ou HSV-2). Chez le patient immunodéprimé, l'aspect clinique peut être plus atypique : extensif, hypertrophique, ou végétant, d'où la nécessité de rechercher la première cause d'immunodépression liée à l'herpès génital : l'infection rétrovirale.

Les interactions entre les infections à HSV et à VIH sont mal élucidées. De nombreuses études suggèrent que le HSV pourrait agir comme un cofacteur de l'infection à VIH, en augmentant d'une part la charge virale génitale de l'individu co-infecté par le HSV-2 et le VIH, et/ou en augmentant la réceptivité du partenaire séronégatif exposé. A l'inverse, l'immunodéficience induite par le VIH pourrait modifier la virulence du HSV et, par conséquent, aggraver la sévérité et la durée des présentations cliniques, en majorant le risque de récurrences.

Chez notre patiente, les éléments cliniques, biologiques et radiologiques étaient suggestifs d'une association à une tuberculose multifocale ou à une hémopathie, que nous n'avons pas réussi à confirmer avant le décès de la patiente.

Conclusion :

Chez les patients infectés par le VIH, l'herpès génital peut entraîner des présentations cliniques chroniques, atypiques et sévères, d'où l'intérêt de réaliser une sérologie VIH devant toute érosion ou ulcération génitale.

La chéilite de Melkersson-Rosenthal : à propos d'un cas

Meryem Khalidi , Hasna kerrouch, Mohammed El amraoui,
Rachid Frikh, Naoufal Hjira, Mohammed Boui
Service de dermatologie-vénérologie –HMIMV-Rabat.

Introduction :

Le syndrome de Melkersson–Rosenthal est une granulomatose bucco-faciale rare d'étiopathogénie inconnue. Elle se caractérise par la triade clinique : un œdème oro-facial, une paralysie faciale périphérique et une langue plicaturée.

Observation

Il s'agit d'une jeune femme de 36 ans, sans antécédents particuliers, qui présentait depuis 2 ans un œdème labial persistant prédominant au niveau de la lèvre supérieure avec des épisodes d'aggravation paroxystiques survenant sans facteur déclenchant évident et ne s'accompagnant pas d'œdème laryngé ni d'autres signes allergiques. À l'interrogatoire, on ne retrouvait pas d'altération de l'état général ni de signes digestifs ni de symptômes articulaires. L'examen retrouvait un œdème de la lèvre supérieure de consistance élastique prédominant aux commissures labiales. On notait aussi une asymétrie faciale et une hypertrophie linguale œdémateuse d'aspect plicaturé. Le reste de l'examen était sans particularités. Le bilan biologique ne montrait pas de syndrome inflammatoire biologique ni de signes de malabsorption. La NFS était normale. Les AAN et les ANCA sont négatifs et le dosage du C3,



C4 et du C1q sont à des taux normaux. Les IgE totales étaient retrouvées à un taux normal. Le bilan thyroïdien avait révélé une hypothyroïdie fruste avec des anticorps antithyroïdiens négatifs. Une biopsie labiale était pratiquée montrant une discrète sialadénite chronique non spécifique. Devant la triade : œdème labial, paralysie faciale et langue plicaturée et la négativité du bilan étiologique, nous avons retenu le diagnostic du syndrome de Melkersson–Rosenthal et nous avons opté pour une corticothérapie ponctuelle lors des poussées invalidantes avec une bonne évolution transitoire et un espacement des crises.

Discussion :

Le syndrome de Melkersson–Rosenthal est évoqué dans le cadre de pathologies des grosses lèvres, il est à suspecter devant la triade classique de poussées de paralysie faciale périphérique, d'un œdème labial récurrent et d'une langue plicaturée. Le diagnostic différentiel se fait essentiellement avec l'angioedème histaminique et bradykininique, et les macroglossies carencielles. Le caractère inesthétique est difficile à parer devant l'absence de recommandations claires de prise en charge. Le traitement reste jusque-là aléatoire détrôné par les corticoïdes per os ou en infiltration aux moments des poussées.

Plaque érythémateuse du pénis : Pensez à l'érythroplasie de Queyrat

S.Mrabat, Z. Douhi, S. Elloudi, H. Bayabay, FZ.Mernissi
Service de Dermatologie, CHU Hassan II, Fès

Introduction

Les néoplasies intra-épithéliales (NIE) du pénis sont des lésions génitales définies sur le plan histologique par la présence d'atypies cytologiques et architecturales intra-épithéliales et pouvant évoluer vers un carcinome épidermoïde invasif. Trois variantes cliniquement distinctes constituent la plupart des cas de néoplasie intraépithéliale pénienne : la maladie de Bowen, l'érythroplasie de Queyrat et la papulose bowénoïde. Nous rapportons la description clinique, dermoscopique et histologique d'une érythroplasie de Queyrat.

Observation

Un homme de 36 ans, sans antécédent particulier, présentait depuis 1 an des lésions asymptomatiques du gland. L'examen dermatologique avait noté la présence de macules érythémateuses de couleur rouge vif, au niveau du gland et la face dorsale de la verge, à contours nets, à surface lisse non érodée. La dermoscopie a trouvé un fond érythémateux, des zones roses sans structure avec des vaisseaux polymorphes linéaires irréguliers et glomérulaires. Nous avons réalisé une biopsie cutanée qui a montré une désorganisation architecturale et des atypies cytonucléaires intéressant le tiers inférieur de l'épithélium, avec quelques koilocytes, compatible avec une néoplasie intra-épithéliale de bas grade.

Discussion :

L'érythroplasie de Queyrat se présente cliniquement par des plaques ou patchs bien définis, rouge vif, siégeant sur la portion muqueuse du gland ou du prépuce. A un stade précoce, elle est difficile à différencier de d'autres dermatoses génitales tels que la balanite de Zoon. L'usage de la dermoscopie



a permit de faciliter cette distinction. En effet, plusieurs études ont étudié les caractéristiques dermoscopiques de l'érythroplasie de Queyrat. Les signes dermoscopiques les plus fréquemment observés sont : les zones sans structures (blanches, roses ou couleur peau normale), et les structures vasculaires en particulier les vaisseaux en points et glomérulaires correspondant à une augmentation des capillaires dans la lamina propria.

Conclusion :

Il est primordial de savoir reconnaître précocement les néoplasies intra-épithéliales du pénis pour prévenir leur progression vers un carcinome épidermoïde invasif. A travers notre observation, nous soulignons l'apport de la dermoscopie dans le diagnostic positif de cette entité.

Allergologie et toxidermie :

DRESS syndrome au sulfaméthoxazole aggravé par la prise d'amoxicilline : hypothèses physiopathogéniques

KARRAKCHOU B 1 , ABDERLMOUTTALIB A 1 , ISMAILI N 1 , BENZEKRI L 1 , MEZIANE M 1 , SENOUCI K 1
1 Service de dermatologie, CHU Ibn Sina, Université Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction :

Le DRESS syndrome est une toxidermie grave. Les médicaments les plus associés à sa survenue sont les anticonvulsivants, les sulfamides, la dapsonne et la minocycline. L'amoxicilline entraîne moins souvent un DRESS, mais elle peut l'aggraver.

Objectif :

Nous rapportons un cas de DRESS syndrome au sulfaméthoxazole précipité par la prise d'amoxicilline, et proposons une hypothèse physiopathogénique.

Méthode-Observation :

Patiente de 38ans, suivie depuis 3ans pour folliculite décalvante de Quinquaud sous doxycycline, substituée par du sulfaméthoxazole il y a 3semaines devant l'aggravation de sa pathologie capillaire. La patiente se présentait initialement pour fièvre avec polyadénopathies cervicales, mise sous amoxicilline et prednisone. Quelques heures après elle installait un exanthème maculo-papuleux prurigineux fébrile avec Nikolsky négatif, un purpura déclive, un œdème du visage, des polyadénopathies et une hépatomégalie. Le bilan biologique objectivait une cytolyse hépatique sans autres atteintes d'organes ni d'hyperéosinophilie. Un DRESS syndrome au sulfaméthoxazole était probable, d'où son arrêt. La patiente est non encore rétablie mais en bonne évolution clinico-biologique.

Résultat-Discussion :

L'amoxicilline peut être responsable d'un DRESS syndrome mais peut surtout l'aggraver en l'absence d'allergie antérieure aux bêtalactamines, comme c'est le cas pour notre patiente. Elle modifierait le métabolisme des médicaments conduisant à l'accumulation de métabolites toxiques du médicament incitatif (ici le sulfaméthoxazole). Et ceci soit par une réponse immunitaire à l'amoxicilline elle-même, soit suite à une réactivation du HHV-6 secondaire à l'amoxicilline. Cela endommagerait les enzymes du cytochrome P450 entraînant un dépassement des capacités du corps à métaboliser efficacement le sulfaméthoxazole. Les métabolites nocifs qui en résultent peuvent déclencher alors le DRESS.



Conclusion :

Ce cas démontre la nécessité de limiter l'introduction de médicaments inutiles, en particulier chez les patients qui prennent des médicaments hautement immunogènes, tels que le sulfaméthoxazole, les anticonvulsivants et bien d'autres.

Références :

- 1- Sussman, S., Devlin, V., & Dimitriades, V. R. (2017). A Teenager With Sulfasalazine-Associated DRESS Syndrome After the Introduction of Amoxicillin. *Clinical Pediatrics*, 56(3), 290–291.
- 2- DRESS syndrome triple whammy: sulfasalazine, amoxicillin and HHV-7. *British Journal of Hospital Medicine*, 78(11), pp. 648-649

DRESS Syndrome : Caractéristiques cutanées et principaux médicaments incriminés

Expérience du service de Dermatologie, CHU Mohammed VI, OUJDA

H.Ragragui 1 ; H. Aburabie 1 ; H.Saddouk 1 ; S.Dikhaye 1,2 ; N.Zizi 1,2

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

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

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

Introduction :

Le Dress syndrome (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) est une réaction d'hypersensibilité retardée sévère dont le taux de mortalité s'élève à 10 %. Sa véritable incidence reste inconnue en raison de l'hétérogénéité de ses manifestations cliniques. Le but de notre travail est de mettre la lumière sur le profil épidémiologique, évolutif, les caractéristiques cliniques, biologiques, les différents médicaments incriminés et le pronostic des patients hospitalisés pour DRESS syndrome.

Matériels et méthodes :

Nous avons mené une étude rétrospective, descriptive colligeant tous les cas de DRESS syndrome hospitalisés au Service de Dermatologie du CHU MOHAMMED VI d'OUJDA durant une période de 4 ans allant de janvier 2016 à décembre 2019.

Résultats :

Vingt patients ont été hospitalisés pour DRESS syndrome au cours de la période d'étude avec 13 femmes et 7 hommes. Le sex-ratio H/F était de 0.53. L'âge moyen était de 43 ans avec des extrêmes allant de 10 ans à 85 ans. Les antécédents médicaux de nos patients étaient dominés par l'épilepsie retrouvée chez 7 cas, dont la carbamazépine est le médicament le plus incriminé. La moyenne du délai de latence entre la prise médicamenteuse et l'apparition de l'éruption cutanée était de 24 jours avec des extrêmes allant de 10 à 42 jours. Cliniquement, l'exanthème maculeux-papuleux était l'éruption la plus fréquente, observée chez 14 patients, les papules étaient rouge vif, parfois purpuriques et confluentes en plaques et placards. Cinq patients avaient présenté un érythème Morbiliforme. Une seule patiente



présentait un érythème généralisé atteignant plus de 90 % de la surface corporelle accompagné d'une desquamation importante en lambeau. La présence des pustules non folliculaires était notée chez 3 patients et 10 patients étaient fébriles. L'étendue de l'éruption à plus de la moitié de la surface corporelle était constatée chez 15 patients. Un œdème facial était présent chez 15 patients. L'atteinte muqueuse la plus observée était une

chéilite chez 8 patients, suivie par l'érythème buccal chez 6 patients, la perlèche chez 4 patients et l'hyperhémie conjonctivale chez 3 patients, tandis que 7 patients n'avaient pas d'atteinte muqueuse. La présence d'adénopathies était constatée chez 15 patients. Une hépato-splénomégalie était objectivée chez 3 patients.

L'analyse biologique chez nos patients avait objectivé une hyperleucocytose chez 9 patients, une hyperéosinophilie chez 11 patients, une lymphocytose chez 3 patients, des troubles hydro-électrolytiques chez 1 seul patient, une cytolysé hépatique chez 11 patients et une cholestase hépatique chez 9 patients avec une insuffisance rénale observée chez 3 patients. Un prélèvement bactériologique avec hémoculture étaient réalisés chez 2 patients et la culture était positive à STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS. L'étude anatomopathologique de 11 biopsies cutanées a objectivé un infiltrat inflammatoire riche en PNN, une spongiose avec nécrose kératinocytaire confirmant une toxidermie type DRESS syndrome.

Plusieurs médicaments ont été incriminés dans la survenue du DRESS syndrome dans notre série. Cinq patients avaient présenté un DRESS syndrome suite à la prise de la Carbamazépine. L'Allopurinol, la Salazopérine et la Lamotrigine étaient incriminés chez 3 patients pour chaque molécule. En dernier rang, les molécules responsables de l'éruption cutanée étaient l'Halopéridol, l'Azathioprine, l'Amitriptyline, les anti-bacillaires, l'Hydroxychloroquine et la Metformine, observées chez 1 seul patient pour chaque médicament. L'évolution était marquée par une nette amélioration clinique et biologique chez 19 patients, 5 parmi eux étaient mis sous corticothérapie par voie orale (0.5 mg/kg/j) et 3 patients étaient mis sous préparation magistrale avec dégression progressive. Une seule patiente était décédée suite à une décompensation de sa néphropathie.

Discussion :

Le DRESS syndrome est une réaction médicamenteuse cutanée et systémique grave avec de multiples complications, une évolution prolongée et un taux de mortalité pouvant atteindre 10%. Il a été décrit pour la première fois dans les années 1930 en association avec la Phénytoïne et pendant de nombreuses années, a été considéré comme lié à ce médicament. Sa reconnaissance représente un défi pour le clinicien en raison de sa nature hétérogène des caractéristiques cutanées. Les résultats relevés lors de notre étude concordent avec ceux de la littérature concernant des données épidémiologique et évolutive. L'identification de l'agent médicamenteux en cause impose une enquête minutieuse des médicaments introduits entre 3 à 8 semaines avant le début des symptômes. Les médicaments les plus pourvoyeurs de Dress syndrome sont la carbamazépine et l'allopurinol ; ce qui concorde avec les résultats de notre étude. Dans notre série, nous n'avons pas retrouvé de corrélations significatives entre l'aspect clinique, le degré d'implication systémique et l'évolution, chose pareille pour l'étude réalisée par l'équipe de Casablanca.

Conclusion :

Le DRESS syndrome est une affection grave et évolutive qui peut mettre en jeu le pronostic

vital. Elle nécessite un diagnostic précoce et une prise en charge initiale adéquate.

Références :

1. F. Kettani et al. Dress syndrome : phénotype cutané et atteinte viscérale (étude rétrospective de 62 cas). Revue française d'allergologie(2020).
<https://doi.org/10.1016/j.reval.2019.09.010>.
2. T. Shiohara and al. Drug-induced hypersensitivity syndrome (DiHS)/drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS): An update in 2019. Japanese Society of Allergology (2019). <https://doi.org/10.1016/j.alit.2019.03.006>.
3. M.Howard and al. DRESS Syndrome: Drug Reaction With Eosinophilia and Systemic Symptoms. Pediatric Emergency Care (2017).

Les symptômes liés au port des gants en latex : enquête auprès du professionnel soignant

du Centre hospitalier Mohammed VI d'Oujda

S.Aouali (1); N.Zerrouki (1); S.Sefraoui (1) ; N.Zizi (1,2); S.Dikhaye (1,2)
(1) Service de Dermatologie- CHU Mohammed VI d'Oujda

(2) Groupe de travail sur le tégument - Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique – Faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda – UMP

Introduction :

L'allergie au latex est fréquente dans les groupes à risque et plus particulièrement chez les professionnels de santé, avec une prévalence allant de 2,6 à 22 %.

Le but de ce travail est de déterminer la prévalence des réactions liées au port des gants en latex chez le personnel de santé au CHU Mohammed VI d'Oujda et de dégager leur profil symptomatologique.

Matériels et méthodes

C'est une étude transversale descriptive réalisée en Septembre 2020, fondée sur la réponse à un questionnaire destiné aux personnels soignant travaillant dans les divers services du centre hospitalier Med VI d'Oujda.

Résultats :

Au total 228 sujets ont participé à cette étude. 73,68 % étaient de sexe féminin. L'âge moyen était de 29,77 ans. Les professionnels soignant ayant participé à l'enquête étaient par ordre décroissant, les médecins (65,78 %) les infirmiers (25,43 %) les aides soignants (5,7 %) et les femmes de ménage (3,07 %). Cent trois participants soit 45,17 % ont rapporté des



symptômes lors du port des gants. Les signes cliniques ont été représentés par un prurit (45.6 %), un érythème (31,5 %), un eczéma de contact (9.5 %), une rhinite (6.1 %), une conjonctivite (4.2 %) et une urticaire de contact (3,1 %). Soixante-six personnes ont signalé une allergie alimentaire croisées (fraise, avocat, Kiwi, poisson). L'apparition de ces manifestations était immédiate dans 83,77 %, représentée essentiellement par le prurit, l'érythème et la conjonctivite. La notion d'atopie personnelle était recherchée par l'interrogatoire et était rapportée par le tiers des participants. Uniquement 19 personnels ont consulté auprès d'un dermatologue lors de la survenue des signes cliniques.

Discussion :

L'allergie au latex est la maladie professionnelle la plus fréquente chez le personnel soignant en raison de l'utilisation fréquente de gants. Elle peut être responsable de réactions anaphylactiques, d'asthme, de rhinite, de conjonctivite ainsi que d'autres manifestations. Les résultats de notre étude sont proches de ceux retrouvés dans une étude réalisée chez 190 personnels de santé à l'hôpital universitaire Ibn-Sina de Rabat avec une prévalence de l'allergie au latex à 51,05 %, et rejoignent également ceux d'une étude tunisienne avec des réactions aux gants intéressant 13 personnels sur 26. L'atopie constitue un facteur de risque très important souligné par plusieurs auteurs. Pour Levy, 67 % des sujets sensibilisés au latex sont atopiques. Uniquement 8.33 % des professionnels de santé ont consulté, ce qui souligne la méconnaissance non seulement de l'allergie aux gants en latex chez le personnel, mais aussi des possibilités de prise en charge thérapeutiques et des mesures préventives. La déclaration de tous les cas d'allergie aux gants permettrait de proposer la reconnaissance de l'allergie au latex comme maladie professionnelle afin de développer des unités de médecine de travail permettant de gérer efficacement ce problème handicapant le quotidien des professionnels soignants.

Conclusion :

Les gants au latex constituent actuellement une véritable source de nuisance chez une grande proportion du personnel soignant. Il s'avère nécessaire de les sensibiliser et les inciter à consulter devant tout symptôme lors de l'exposition au latex. L'utilisation de gants en Vinyl serait une alternative très prometteuse.

Eruption acnéiforme sévère induite par la vitamine B12 chez un homme

I.Bahbouhi , O.Hocar, S.Amal

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

Introduction :

Les éruptions acnéiformes ou acnés induites se distinguent de l'acné classique par un mécanisme



physiopathologique différent, puisqu'elles sont déclenchées par une prise médicamenteuse, et par leur aspect monomorphe surtout papuleux et pustuleux.

De nombreux médicaments en sont responsables, essentiellement les corticostéroïdes, les anti-tuberculeux et certains agents anti-cancéreux. Néanmoins, quelques cas dus à la vitamine B12 ont été rapportés dans la littérature.

Nous rapportons ici l'observation d'une éruption acnéiforme survenant chez un patient mis sous vitamine B12 pour prise en charge d'une anémie mégalo-blastique.

Observation :

Un patient âgé de 47ans, tabagique chronique sevré, suivi pour polyarthrite rhumatoïde sous Méthotrexate depuis 7mois, consultait pour une éruption cutanée prurigineuse survenant 6 semaines après la mise sous vitamine B12. Le patient été mis sous vitamine B12 à la dose de 5000 µg en injection intramusculaire par semaine devant une anémie mégalo-blastique due à un déficit en vitamine B12.

L'examen dermatologique trouvait alors une éruption monomorphe profuse, faite de papulo-pustules et de nodules de grande taille très inflammatoires, confluent par endroits, intéressant le visage, le cou, le thorax et le dos, sans comédons ni microkystes. Il n'y avait pas non plus de signes de rosacée associés.

Le bilan trouvait une normalisation du taux d'hémoglobine et de la vitamine B12.

L'anamnèse, la distribution ainsi que l'aspect des lésions faisaient évoquer en premier une éruption acnéiforme induite par la Vitamine B12.

Le traitement par Vitamine B12 a donc été arrêté, et le patient a été mis sous Lymécycline à la dose de 300mg/j pendant 3mois avec disparition complète des lésions inflammatoires. Le patient n'a présenté aucune récurrence avec un recul de 8mois, mais l'évolution s'est marquée par une cicatrisation hypertrophique des lésions au niveau de la partie médiane du thorax.

Discussion :

Les éruptions acnéiformes liées à la vitamine B12 ont rarement été décrites dans la littérature. Elles ont été observées essentiellement chez l'adulte de sexe féminin. Sur le plan clinique, elles sont caractérisées par une éruption à début brutal faite de papules, pustules et nodules situés au niveau des zones séborrhéiques, avec absence de comédons et de microkystes. L'éruption peut être parfois prurigineuse, comme c'est le cas pour notre patient, et cède généralement après arrêt du traitement incriminé.

Dans notre observation l'échelle de Naranjo (Adverse Drug Reaction Probability Scale), était cotée à 7, la causalité de la vitamine B12 était donc probable.

Le mécanisme physiopathologique est mal connu, certaines publications mettent en évidence des taux élevés de vitamine B12 dans le follicule pilosébacé, et ont démontré que la supplémentation en Vit B12 dans des colonies de Propionibacterium acnes avait favorisé la production de porphyrines qui favorisent le développement des lésions d'acné.

Conclusion :

Les éruptions acnéiformes sont similaires à l'acné vulgaire, pourtant certains éléments sémiologiques permettent de les différencier

La recherche des antécédents pharmacologiques s'avère donc indispensable devant toute éruption



acnéiforme. L'originalité de cette observation réside dans la présentation clinique assez impressionnante, et survenue chez un homme, chose qui a rarement été décrite .

DRESS syndrome au sulfaméthoxazole aggravé par la prise d'amoxicilline : hypothèses

physiopathogéniques

KARRAKCHOU B 1 , ABDERLMOUTTALIB A 1 , ISMAILI N 1 , BENZEKRI L 1 , MEZIANE M 1 , SENOUCI K 1
1 Service de dermatologie, CHU Ibn Sina, Université Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction :

Le DRESS syndrome est une toxidermie grave. Les médicaments les plus associés à sa survenue sont les anticonvulsivants, les sulfamides, la dapsonne et la minocycline. L'amoxicilline entraîne moins souvent un DRESS, mais elle peut l'aggraver.

Objectif :

Nous rapportons un cas de DRESS syndrome au sulfaméthoxazole précipité par la prise d'amoxicilline, et proposons une hypothèse physiopathogénique.

Méthode-Observation :

Patiente de 38ans, suivie depuis 3ans pour folliculite décalvante de Quinquaud sous doxycycline, substituée par du sulfaméthoxazole il y a 3semaines devant l'aggravation de sa pathologie capillaire. La patiente se présentait initialement pour fièvre avec polyadénopathies cervicales, mise sous amoxicilline et prednisone. Quelques heures après elle installait un exanthème maculo-papuleux prurigineux fébrile avec Nikolsky négatif, un purpura déclive, un œdème du visage, des polyadénopathies et une hépatomégalie. Le bilan biologique objectivait une cytolysé hépatique sans autres atteintes d'organes ni d'hyperéosinophilie. Un DRESS syndrome au sulfaméthoxazole était probable, d'où son arrêt. La patiente est non encore rétablie mais en bonne évolution clinico-biologique.

Résultat-Discussion :

L'amoxicilline peut être responsable d'un DRESS syndrome mais peut surtout l'aggraver en l'absence d'allergie antérieure aux bêta-lactamines, comme c'est le cas pour notre patiente. Elle modifierait le métabolisme des médicaments conduisant à l'accumulation de métabolites toxiques du médicament incitatif (ici le sulfaméthoxazole). Et ceci soit par une réponse immunitaire à l'amoxicilline elle-même, soit suite à une réactivation du HHV-6 secondaire à l'amoxicilline. Cela endommagerait les enzymes du cytochrome P450 entraînant un dépassement des capacités du corps à métaboliser efficacement le sulfaméthoxazole. Les métabolites nocifs qui en résultent peuvent déclencher alors le DRESS.



Conclusion :

Ce cas démontre la nécessité de limiter l'introduction de médicaments inutiles, en particulier chez les patients qui prennent des médicaments hautement immunogènes, tels que le sulfaméthoxazole, les anticonvulsivants et bien d'autres.

Références :

- 1- Sussman, S., Devlin, V., & Dimitriades, V. R. (2017). A Teenager With Sulfasalazine-Associated DRESS Syndrome After the Introduction of Amoxicillin. *Clinical Pediatrics*, 56(3), 290–291.
- 2- DRESS syndrome triple whammy: sulfasalazine, amoxicillin and HHV-7. *British Journal of Hospital Medicine*, 78(11), pp. 648-649

Augmentation de la poitrine : Mais à quel prix ?

Hasna Kerrouch°, Meryem Khalidi , Naoufal Hjira

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

Contact: Hasna Kerrouch Email: hasnakerrouch@gmail.com

Introduction

Les eczémas de contact, encore appelés dermatites de contact sont des maladies inflammatoires cutanées fréquentes consécutives à l'application par voie directe ou aéroportée d'une substance exogène, se comportant comme un haptène et déclenchant une réaction d'hypersensibilité retardée type IV. Nous rapportons un cas d'eczéma de contact suite à l'application d'une crème à base de Sarsasapogenine destinée à lifter les seins.

Observation

Patiente de 18 ans sans antécédents pathologiques notables, se disant complexée par sa petite poitrine, avait consulté pour une éruption érythématoprurigineuse siégeant au niveau des deux seins, survenant 48h après application d'une crème à base de Sarsasapogenine (extraite des racines d'une plante asiatique). A l'examen clinique, on notait un placard érythémato vésiculeux à bord émiettés, surmonté de croûtes par endroits, siégeant au niveau des deux seins.

L'aspect clinique, les délais d'apparition et la localisation ont fait évoquer pour étiologie une allergie à la crème appliquée.

Patiente a été mise sous dermocorticoïdes classe III à raison d'une application par jour pendant 7 jours puis une application un jour sur deux pendant 7 jours. Les signes cutanés locaux ont régressé en quelques jours avec une bonne évolution clinique.

Discussion

L'eczéma allergique de contact (EAC) est une maladie inflammatoire cutanée causée par plusieurs substances chimiques après un contact prolongé ou répété avec la peau.

Classiquement l'EAC survient après 7 à 10 jours lors du premier contact avec l'allergène et après 24 à



72 heures lors d'un contact ultérieur. L'aspect clinique varie considérablement suivant sa topographie et sa chronologie. Quelques cas d'accidents allergiques par application de crème à base de Sarsasapogenine ont été rapportés. Le traitement symptomatique repose sur l'application de dermocorticoïdes et l'éviction de l'allergène qui est une condition indispensable à la guérison.

Conclusion

L'eczéma de contact suite à l'application de crème à base de Sarsasapogenine, destinée à raffermir lesseins doit être connu en raison de l'importance des réactions cliniques qui peuvent être très pénibles pour les patientes.

Syndrome de Stevens-Johnson à l'allopurinol, favorisé par la prise d'amoxicilline-acide clavulanique chez un patient porteur d'une insuffisance rénale

S. Alami, F. El Hadaddi, M. Meziane, L. Benzekri, N. Ismaili, K. Senouci
Service de Dermatologie et Vénérologie, CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc

Introduction:

Le syndrome de Stevens-Johnson (SJS) fait partie des formes sévères de toxidermies. L'allopurinol, prescrit en première ligne dans le traitement de la goutte, figure en tête de liste des médicaments responsables des toxidermies graves. Par ce cas, nous rapportons une situation commune mais peu rapportée, d'un SJS induit par l'allopurinol, favorisé par la prise d'amoxicilline et par une insuffisance rénale préexistante.

Observation:

Un homme de 72 ans, a été hospitalisé suite à une éruption fébrile maculo-papuleuse prurigineuse installée 8 jours avant son admission. Ses antécédents médicaux étaient marqués par un diabète, compliqué d'une coronaropathie et d'une insuffisance rénale diagnostiquée il y a 3 mois. Deux mois avant l'éruption, le patient avait été mis sous allopurinol. De plus, il existait une prise d'amoxicilline-acide clavulanique et de ciprofloxacine, 6 jours avant le début des symptômes. L'examen clinique retrouvait un signe de Nikolsky positif avec une atteinte muqueuse. Le diagnostic de SJS a été retenu devant l'aspect clinique et histologique. L'évolution fut fatale, marquée par l'installation d'une septicémie à *Staphylococcus Aureus*, conduisant au décès du patient.

Discussion et conclusion:

Les études suggèrent que le risque de SJS/NET à l'allopurinol est limité à une exposition récente (entre 7 et 21 jours), tandis que les utilisateurs plus anciens doivent faire rechercher des facteurs favorisants. Bien que la physiopathologie du SJS reste à élucider, l'administration d'un médicament dont la voie métabolique est altérée, du fait d'une pathologie sous-jacente, augmente le risque de surdosage. La prise d'allopurinol à forte dose chez notre patient qui présentait une insuffisance rénale était un facteur favorisants. Aussi, la fréquence des réactions cutanées est augmentée de 2 à 3 fois lorsque l'amoxicilline



est associée à l'allopurinol. Nous souhaitons par ce cas, mettre la lumière sur les précautions à prendre en cas de co-administration allopurinol-amoxicilline, en particulier chez le patient insuffisant rénal.

Références :

1- M.Papo1

L.Valeyrie-Allanore2

K.Razazi1G.Carteaux1

P.Wolkenstein2O.Chosidow2

C.Brun-Buisson1

A.Mekontso-Dessap1N.De Prost. Annales de Dermatologie et de Vénéréologie : Insuffisance rénale aiguë au cours du syndrome de Stevens-Johnson et de la nécrolyse épidermique toxique : une étude rétrospective de 238 patients : Elsevier ; 2016

2- Halevy, S., Ghislain, P.-D., Mockenhaupt, M., Fagot, J.-P., Bouwes Bavinck, J. N., Sidoroff, A. J Am Acad Dermatol : Allopurinol is the most common cause of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in Europe and Israel ; 2008

Le syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse (DRESS syndrome): Etude rétrospective à propos de 54 cas

Meryem Khalidi, Mohammed El Amraoui, Achraf Machan, Tarik Hanafi, Ilyas Anouar, Hicham

Titou, Hasna Kerrouche, Rachid Frikh, Naoufal Hjira , Mohammed Boui

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

Introduction :

Le syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse ou drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS) est une forme grave de toxidermie qui associe des manifestations cutanées et une atteinte systémique.

Matériels et méthodes:

Etude rétrospective descriptive, étalée sur une durée de neuf ans (Avril 2011- février 2020) colligeant cinquante-quatre cas de DRESS syndrome.

Résultats:

L'âge de nos patients variait de 22 ans à 65 ans avec une moyenne de 46,3 ans et une prédominance masculine de 60%. Tous nos patients étaient multi-tarés et poly m dicament s. Les médicaments incriminés étaient: Allopurinol 60%, Carbamazépine 20%, Salazopyrine 18%. Le délai entre la prise du médicament pourvoyeur et le début de la symptomatologie variait de 17 jours à 45 jours avec une



moyenne de 26 jours. L'exanthème était de type maculopapuleux 60%, érythrodermique et purpurique 20%, érythrodermique et urticarien 20%. Les adénopathies étaient présentes chez 90% des patients, l'hépatomégalie dans 30%, les signes respiratoires dans 30%, les signes urinaires 50% et un herpès labial 10%. L'hémogramme montrait: hyper éosinophilie 90%, hyperleucocytose 80%, syndromemononucléosique 80% et pan cytopénie 20%. 60% des patients avaient une insuffisance rénale. Une cytololyse hépatique a été retrouvée chez tous les patients. Les sérologies des virus herpès ont été faites et positives dans 20%. La radiographie thoracique montrait un OAP lésionnel dans 20%. Labiopsie cutanée faite dans 90% des cas montrait une vascularite leuco-cytoplasique dans 50% et une toxidermie lichénoïde dans 10%. 70% des patients ont reçu une corticothérapie systémique. L'évolution était favorable dans 90% avec deux cas de décès par syndrome d'activation macrophagique réfractaire. La notification au centre de pharmacovigilance a été faite dans 70% des cas.

Discussion :

L'analyse des résultats objective une prédominance masculine, la moitié de la population est âgée de plus de 50 ans, multi tarée et poly médicamentée. L'Allopurinol est le chef de file des médicaments pourvoyeurs. Le diagnostic repose sur des critères bien définis, où les signes cutanés sont constants, et les autres manifestations sont fréquentes avec des pourcentages différents selon les études. Certaines études stipulent une corrélation entre le phototype cutané du DRESS syndrome et le type de l'atteinte systémique prédominante. Dans notre étude le rash érythrodermique et purpurique est plus corrélé à l'atteinte hépatique alors que le rash érythrodermique et urticarien est plus corrélé à l'atteinte rénale et respiratoire.

Dermite périorificielle granulomateuse : le danger des cosmétiques

Karrakchou B 1 , Meziane M 1 , Ismaili N 1 , Benzekri L 1 , Senouci K 1

1 Service de Dermatologie et de Vénérologie, CHU Ibn Sina, Université Mohammed V, Rabat,

Maroc

Introduction

Le culte de la blancheur est encore très présent de nos jours notamment dans les milieux populaires marocains, et l'offre du marché ne manque pas, avec la multitude de produits cosmétiques dépigmentant. Certains peuvent contenir des substances non dénuées de risque comme les corticoïdes, et entraîner l'apparition de dermatoses cortico induites. Nous rapportons un cas de dermatite périorificielle granulomateuse suite à l'application chronique de produits cosmétiques dépigmentant.

Observation

Patiente de 47ans, aux antécédents d'application chronique sur plus de 10ans de



cosmétiques non pharmaceutiques dépigmentant sur le visage, présentait depuis 8 ans, des flushs intermittents lors de l'exposition à la chaleur, puis devenant permanents. Ils étaient compliqués de multiples papules érythémateuses non prurigineuses des joues, front et menton, ayant un aspect lupoïde à la vitropression, et une limite nette en périphérie du visage. Quelques télangiectasies étaient observées par endroits. La biopsie cutanée avait objectivé un infiltrat inflammatoire granulomateux faits d'amas de cellules épithélioïde, et un infiltrat lympho-plasmocytaire. Une spongiose et des abcès intra cornéens étaient notés. La recherche de Demodex folliculorum était négative. L'arrêt des cosmétiques et la mise sous isotrétinoïne 0,2mg/kg/j entraînait une amélioration notable.

Discussion

Nous rapportons un cas de dermatite péri-orificielle induite par l'application chronique de cosmétiques. En effet, de nombreux cosmétique en vente libre sur le marché peuvent contenir des corticoïdes ou autres substances non anodines, entraînant une modification du microbiote du follicule pilo sébacé, une atrophie cutanée, et des télangiectasies. Le tableau clinique prête ici à confusion avec une rosacée granulomateuse ou une sarcoïdose à petits nodules. Mais ici, l'aspect bien limité jusqu'au pourtour du visage, l'absence de lésions autour de la bouche et des yeux, la notion d'application chronique de topiques, et l'absence de Demodex orientent vers une dermatite péri orificielle granulomateuse. Ceci nous amène à mettre en lumière le danger que peuvent constituer les cosmétiques en vente libre à la portée des patients, sans contrôle de leur utilisation.

Conclusion

Les produits cosmétiques en vente libre ne sont pas dénués de risques. Une sensibilisation et éducation de la population à leurs dangers se verraient utiles pour limiter les dégâts et le coût en terme de santé publique.

Références

- 1-Granulomatous Rosacea and Periorificial Dermatitis: Controversies and Review of Management and Treatment.
Lee GL, Zirwas MJ. Dermatol Clin. 2015 Jul; 33(3):447-55.
- 2-Perioral dermatitis: a review of the condition with special attention to treatment options.
Tempark T, Shwayder TA. Am J Clin Dermatol. 2014 Apr; 15(2):101-13.

La pustulose exanthématique aigue généralisée : une forme peu fréquente et grave de toxidermie

H.Ragragui 1 ; H.Daflaoui 1 ; N.Zizi 1,2 ; S.Dikhaye 1,2

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

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



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

Introduction :

La pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG) est une éruption cutanée rare mais sévère d'installation brutale. Dans 90% des cas, l'étiologie est le plus souvent médicamenteuse. Les médicaments les plus incriminés sont les antibiotiques. Le but de notre étude est de souligner le profil épidémiologique, clinique, évolutif et les principaux médicaments incriminés chez les patients hospitalisés pour une PEAG.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive réalisée au centre hospitalier universitaire Mohammed VI d'Oujda depuis Octobre 2014 à Juillet 2020. Nous avons revu la totalité des dossiers des patients hospitalisés pour PEAG.

Résultats :

Au total six patients ont été recueillis d'âge moyen de 54 ans avec des extrêmes de 21 ans et 80 ans. On avait noté une prédominance féminine avec un sexe ratio de 5F/1H. Le délai moyen d'apparition des lésions cutanées par rapport à la prise médicamenteuse est de 6 jours avec des extrêmes allant de 1 à 24 jours.

L'expression clinique commune chez nos patients était un exanthème maculopapuleux fébril, très prurigineux et parsemé de multiples pustules non folliculaires siégeant principalement au niveau des plis. L'atteinte des muqueuses était présente chez 2 patients à type d'érythème. La biologie mettait en évidence chez tous les patients une hyperleucocytose à prédominance polynucléaires neutrophiles avec une hyperéosinophilie chez un seul patient, une insuffisance rénale chez 2 patients et une cytolyse hépatique chez 1 seul patient. Une biopsie cutanée était réalisée chez tous nos patients, objectivant un épiderme hyperplasique avec des pustules sous-cornées plurifocales de petite taille, un

infiltrat inflammatoire polymorphe à prédominance polynucléaires neutrophiles et lymphoplasmocytaires avec une nécrose kératinocytaire, confirmant le diagnostic de PEAG. Les principaux médicaments incriminés étaient l'hydroxychloroquine, l'amoxicilline simple, le flucloxacilline, le produit de contraste iodé et l'antiagrégant plaquettaire. L'évolution était favorable après arrêt du médicament responsable chez 5 patients et 1 seul décès est survenue suite à une décompensation d'une pathologie sous-jacente.

Discussion :

La PEAG est une toxidermie rare, parfois grave, dont l'incidence est estimée de un à cinq patients par million d'habitants/année, avec une prédilection féminine. Elle associe une éruption maculo-pustuleuse caractéristique, une fièvre et une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles. Les médicaments ne sont pas les seuls à induire une PEAG, d'autres facteurs doivent être parallèlement recherchés notamment les piqûres d'insectes et les viroses. Cette recherche étiologique est indispensable pour éviter une réintroduction de l'agent en cause. Elle est caractérisée aussi par un délai de survenue après le début du traitement souvent plus court que celui des toxidermies à type d'exanthème



maculopapuleux bénin. Les antibiotiques les plus incriminés sont la pristinamycine, les aminopénicillines, les quinolones, les sulfamides et les macrolides.

Les données relevées de notre étude concorde avec les données retrouvées dans la littérature concernant la prédominance féminine, l'aspect clinique et histologique avec les différentes perturbations biologiques et les principaux médicaments incriminés.

L'évolution vers la guérison est spontanée en une dizaine de jours après arrêt des médicaments responsables. Cependant, l'évolution peut être fatale, notamment chez les sujets âgés. La mortalité serait de 1 à 2 %.

Conclusion :

La PEAG est une toxidermie rare mais grave pouvant mettre en jeu le pronostic vital en l'absence de prise en charge précoce, ce qui souligne l'importance de réduire la prescription anarchique des médicaments.

Références :

1. I. Khrichfa et al. Pustulose exanthématique aiguë généralisée à la dapsonne. Revue française d'allergologie 60 (2020) 165–167. <https://doi.org/10.1016/j.reval.2020.02.236>.
2. N. Brahimi et al. Pustulose exanthématique aiguë généralisée induite par le phloroglucinol. Annales de dermatologie et de vénéréologie (2017). <http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2017.01.009>.
3. R. Slim et al. Pustulose exanthématique aiguë généralisée (AGEP) à propos de 7 cas. 11e Congrès francophone d'allergologie – CFA 2016 / Revue française d'allergologie 56 (2016) 304–314. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reval.2016.02.148>.
4. M. Djennane et al. Pustulose exanthématique aiguë généralisée liée à l'hydroxychloroquine : à propos d'une observation. La Revue de médecine interne 31 (2010) e7–e8. doi:10.1016/j.revmed.2009.03.350.

DRESS Syndrome : Caractéristiques cutanées et principaux médicaments incriminés

Expérience du service de Dermatologie, CHU Mohammed VI, OUJDA

H.Ragragui¹; H. Aburabie¹; H.Saddouk¹; S.Dikhaye^{1,2}; N.Zizi^{1,2}

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

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

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

Introduction :

Le Dress syndrome (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) est une réaction d'hypersensibilité retardée sévère dont le taux de mortalité s'élève à 10 %. Sa véritable incidence reste inconnue en raison de l'hétérogénéité de ses manifestations cliniques. Le but de notre travail est de mettre la lumière sur le profil épidémiologique, évolutif, les caractéristiques cliniques,

biologiques, les différents médicaments incriminés et le pronostic des patients hospitalisés pour DRESS syndrome.

Matériels et méthodes :

Nous avons mené une étude rétrospective, descriptive colligeant tous les cas de DRESS syndrome hospitalisés au Service de Dermatologie du CHU MOHAMMED VI d'OUJDA durant une période de 4 ans allant de janvier 2016 à décembre 2019.

Résultats :

Vingt patients ont été hospitalisés pour DRESS syndrome au cours de la période d'étude avec 13 femmes et 7 hommes. Le sex-ratio H/F était de 0.53. L'âge moyen était de 43 ans avec des extrêmes allant de 10 ans à 85 ans. Les antécédents médicaux de nos patients étaient dominés par l'épilepsie retrouvée chez 7 cas, dont la carbamazépine est le médicament le plus incriminé. La moyenne du délai de latence entre la prise médicamenteuse et l'apparition de l'éruption cutanée était de 24 jours avec des extrêmes allant de 10 à 42 jours.

Cliniquement, l'exanthème maculeux-papuleux était l'éruption la plus fréquente, observée chez 14 patients, les papules étaient rouge vif, parfois purpuriques et confluentes en plaques et placards. Cinq patients avaient présenté un érythème Morbiliforme. Une seule patiente présentait un érythème généralisé atteignant plus de 90 % de la surface corporelle accompagné d'une desquamation importante en lambeau. La présence des pustules non folliculaires était notée chez 3 patients et 10 patients étaient fébriles. L'étendue de l'éruption à plus de la moitié de la surface corporelle était constatée chez 15 patients. Un œdème facial était présent chez 15 patients. L'atteinte muqueuse la plus observée était une chéilite chez 8 patients, suivie par l'érythème buccal chez 6 patients, la perlèche chez 4 patients et l'hyperhémie conjonctivale chez 3 patients, tandis que 7 patients n'avaient pas d'atteinte muqueuse. La présence d'adénopathies était constatée chez 15 patients. Une hépatosplénomégalie était objectivée chez 3 patients.

L'analyse biologique chez nos patients avait objectivé une hyperleucocytose chez 9 patients, une hyperéosinophilie chez 11 patients, une lymphocytose chez 3 patients, des troubles hydro-électrolytiques chez 1 seul patient, une cytolysé hépatique chez 11 patients et une cholestase hépatique chez 9 patients avec une insuffisance rénale observée chez 3 patients. Un prélèvement bactériologique avec hémoculture étaient réalisés chez 2 patients et la culture était positive à STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS. L'étude anatomopathologique de 11 biopsies cutanées a objectivé un infiltrat inflammatoire riche en PNN, une spongiose avec nécrose kératinocytaire confirmant une toxidermie type DRESS syndrome.

Plusieurs médicaments ont été incriminés dans la survenue du DRESS syndrome dans notre série. Cinq patients avaient présenté un DRESS syndrome suite à la prise de la Carbamazépine. L'Allopurinol, la Salazopérine et la Lamotrigine étaient incriminés chez 3 patients pour chaque molécule. En dernier rang, les molécules responsables de l'éruption cutanée étaient l'Halopéridol, l'Azathioprine, l'Amitriptyline, les anti-bacillaires, l'Hydroxychloroquine et la Metformine, observées chez 1 seul patient pour chaque médicament. L'évolution était marquée par une nette amélioration clinique et biologique chez 19 patients, 5 parmi eux étaient mis sous corticothérapie par voie orale (0.5 mg/kg/j) et 3 patients étaient mis sous préparation magistrale avec dégression progressive. Une seule patiente était décédée suite à une décompensation de sa néphropathie.

Discussion :



Le DRESS syndrome est une réaction médicamenteuse cutanée et systémique grave avec de multiples complications, une évolution prolongée et un taux de mortalité pouvant atteindre 10%. Il a été décrit pour la première fois dans les années 1930 en association avec la Phénytoïne et pendant de nombreuses années, a été considéré comme lié à ce médicament. Sa reconnaissance représente un défi pour le clinicien en raison de sa nature hétérogène des caractéristiques cutanées. Les résultats relevés lors de notre étude concordent avec ceux de la littérature concernant des données épidémiologique et évolutive. L'identification de l'agent médicamenteux en cause impose une enquête minutieuse des médicaments introduits entre 3 à 8 semaines avant le début des symptômes. Les médicaments les plus pourvoyeurs de Dress syndrome sont la carbamazépine et l'allopurinol ; ce qui concorde avec les résultats de notre étude. Dans notre série, nous n'avons pas retrouvé de corrélations significatives entre l'aspect clinique, le degré d'implication systémique et l'évolution, chose pareille pour l'étude réalisée par l'équipe de Casablanca.

Conclusion :

Le DRESS syndrome est une affection grave et évolutive qui peut mettre en jeu le pronostic vital. Elle nécessite un diagnostic précoce et une prise en charge initiale adéquate.

Références :

1. F. Kettani et al. Dress syndrome : phénotype cutané et atteinte viscérale (étude rétrospective de 62 cas). Revue française d'allergologie(2020). <https://doi.org/10.1016/j.reval.2019.09.010>.
2. T. Shiohara and al. Drug-induced hypersensitivity syndrome (DiHS)/drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS): An update in 2019. Japanese Society of Allergology (2019). <https://doi.org/10.1016/j.alit.2019.03.006>.
3. M.Howard and al. DRESS Syndrome: Drug Reaction With Eosinophilia and Systemic Symptoms. Pediatric Emergency Care (2017).

Une présentation inhabituelle de SDRIFE, forme rare de Toxidermie

H.Jabri (1) ; F.Hali (1) ; K.Baline (1) ; F.Marnissi (2) ; S.Chiheb (1)

(1) : Service de Dermatologie Vénérologie

(2) : Service d'anatomie pathologique

Introduction:Le SDRIFE (symmetrical drug-related intertriginous and flexural exanthema) anciennement appelé syndrome de Babouin est une forme rare de toxidermie typiquement localisée au niveau de la région fessière et des plis de flexion survenant après l'administration systémique d'allergène chez des patients préalablement sensibilisés.

Nous rapportons dans notre travail le cas d'un patient diagnostiqué de SDRIFE avec une présentation clinique inhabituelle.

Cas clinique:Patient âgé de 32 ans, consultait pour une éruption cutanée polymorphe et prurigineuse évoluant depuis 48h, avec notion d'automédication à l'acide tiaprofénique et au paracétamol pour une rage de dents dans le mois précédent.

L'examen clinique avait retrouvé un patient apyrétique avec présence d'un érythème maculopapuleux prédominant au niveau de la région fessière, face interne des deux cuisses, les deux



plis axillaires et poplités et en périflexurale; symétrique, surmonté de lésions vésiculeuses, bulleuses et purpuriques par endroits, le reste de l'examen somatique n'a pas retrouvé d'adénopathies ni d'œdème faciale ni d'atteinte des muqueuses.

Le bilan biologique avait objectivé un syndrome inflammatoire sans hyperéosinophilie, Les sérologies Parvovirus B19, VIH, VHC et VHB étaient négatives, la biopsie cutanée a confirmé le diagnostic de toxidermie, L'étude de l'imputabilité a révélé un score d'15B4 **pour l'acide tiaprofénique**, un score 13B4 pour le **paracétamol**. Le diagnostic de SDRIFE a été donc retenu avec arrêt des médicaments sus cités et administration de dermocorticoïdes avec régression complète en 10 jours.

Discussion : Le SDRIFE survient quelques heures à quelques jours après une exposition médicamenteuse systémique; Il s'agit d'une réaction d'hypersensibilité de type IV de pathogénèse inconnue.

Le diagnostic positif est établi sur 5 critères: exposition à un médicament systémique, érythème de la région fessière inguinale ou axillaire, implication d'au moins un site intertrigineux, symétrie et absence de signes systémiques.

Bien que les médicaments les plus incriminés soient les bêtalactamines, une cinquantaine de médicaments ont été signalés à ce jour à l'origine du SDRIFE.

Les tests cutanés ne sont positifs que dans 50 % des cas, l'histopathologie est non spécifique.

Conclusion : Le SDRIFE se distingue des autres toxidermies par sa topographie typique ainsi que l'absence de signes systémiques, la particularité de notre travail réside dans la présentation clinique inhabituelle avec l'association de lésions vésiculo-bulleuses et purpuriques.

Dress syndrome aux antituberculeux : un véritable défi au praticien

H.Daflaoui 1 ; A.Khouna 1; H.Aburabie; S.Dikhaye 1,2; N.Zizi 1,2.

1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie.

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

3 Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, CHU Mohammed VI, Oujda.

Introduction :

Le syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse ou DRESS syndrome est une toxidermie grave avec une mortalité estimée à 10 %. Les antituberculeux sont rarement incriminés. Nous rapportons l'observation d'une patiente présentant un DRESS syndrome induit par les anti-bacillaires.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 30 ans, ayant comme antécédents une anémie ferriprive traitée, une ishmo-lobectomie droite pour un goitre adénomateux. Elle avait une tuberculose ganglionnaire cervicale retenue sur des critères cliniques et histologiques. Elle était mise sous quadrithérapie de RHZE (ERIPK4 1cp/jr) depuis le 19 décembre 2018. Les lésions dermatologiques sont apparues 10 jours après le début du traitement anti-tuberculeux. A l'examen physique, elle était fébrile à 38.3°, avec un



exanthème maculo-papuleux morbiliforme, étendu à 80% de la surface cutanée, très prurigineux, surmonté par endroit de squames blanchâtres, avec un énanthème, une perlèche bilatérale et des adénopathies cervicales, axillaires et inguinales sensibles.

Le bilan biologique a objectivé une hyper-éosinophilie à 1278 /mm³, avec une lymphopénie. Sans atteintes viscérales associées. Les sérologies virales hépatiques, HIV, CMV, EBV étaient négatives. La biopsie cutanée était en faveur d'une toxidermie. Le diagnostic de DRESS syndrome était retenu. Le traitement anti-bacillaire fut arrêté et elle était mise sous corticothérapie orale à base de prédnisone à raison de 0.5mg/kg/jour associée aux émoullients, avec une amélioration progressive clinico-biologique.

La réintroduction des antituberculeux était faite sous surveillance médicale, nécessitant un séjour hospitalier de 15 jours. En commençant par la Rifampicine à faible dose (150mg) puis à dose complète (600mg) sans incident. Ensuite, une réintroduction de l'Éthambutol à faible dose (200mg) a été faite, avec la réapparition d'une éruption cutanée prurigineuse deux jours plus tard. Le traitement fut alors arrêté avec une régression des lésions 7 jours plus tard.

Discussion :

La tuberculose est une maladie endémique dans notre pays, qui reste curable sous traitements antibacillaires. Les toxidermies à ces derniers sont rarement rapportées et posent un réel problème thérapeutique. Le diagnostic de DRESS syndrome était retenu chez notre patiente devant la présence de 4 critères de Régiscar, une atteinte cutanée évocatrice, la fièvre, la présence de polyadénopathies et l'hyper-éosinophilie. Le diagnostic précoce et l'arrêt du traitement responsable constituent les piliers de la prise en charge. La réintroduction prudente du traitement était nécessaire, permettant de retenir l'imputabilité de l'éthambutol.

Conclusion :

Le DRESS syndrome aux anti-bacillaires est rare et sa prise en charge n'est pas codifiée, nécessitant une collaboration multidisciplinaire.

Plaques de psoriasis ulcérées révélant un surdosage en Méthotrexate

H. Tahiri¹, F. Hali¹, K. Baline¹, F. Marnissi², S. Chiheb¹

Service de dermatologie¹, Service d'Anatomie pathologique², CHU, Casablanca, Maroc

Introduction :

Le méthotrexate est un médicament utilisé à faible dose pour le traitement de maladies inflammatoires chroniques, telle que le psoriasis. Ses effets secondaires sont essentiellement hématologiques, hépatiques et pulmonaires. Les lésions cutanées dues au MTX sont rares. Nous signalons un cas de mésusage de MTX se compliquant d'une poussée érosive et inflammatoire de plaques psoriasiques préexistantes.

Observations :

Patiente de 28 ans, tabagique chronique, suivie pour affection psychiatrique depuis 10 ans, et un psoriasis en plaques depuis 11 ans traité par des corticostéroïdes topiques, se présentait pour des



plaques ulcérées et pigmentées apparues trois semaines après l'introduction par un médecin de ville du méthotrexate à la dose de 100 mg par jour, deux jours par semaine. L'examen général trouvait une patiente sans signes d'anémie ou d'ictère. L'examen dermatologique révélait de larges macules hyper pigmentées disposées symétriquement sur les faces d'extension des membres, surmontées de squames adhérentes, hyper kératosiques par endroits. Les 2 membres inférieurs étaient le siège de multiples plaques annulaires ulcérées et douloureuses sur lésions psoriasiques préexistantes rendant la marche impossible. Une biopsie avait montré un aspect de nécrose kératinocytaire, La radiographie thoracique ainsi que le bilan biologique n'avait pas objectivé d'anomalies. La conduite avait consisté en l'arrêt du méthotrexate, et de toute prise médicamenteuse avec une enquête de pharmacovigilance. Les lésions avaient cicatrisé au bout d'une semaine sans apparition de nouvelles lésions.

Discussion :

De nombreux effets indésirables ont été décrits avec le méthotrexate : leucopénie, thrombocytopénie et anémie mégaloblastique, une élévation des transaminases avec fibrose hépatique et même cirrhose... Les effets secondaires cutanés décrits sont : Syndrome de Lyell, phénomène de Koebner, érythème acral, dermatose neutrophilique, hyperpigmentation de la peau, ulcérations (érosions superficielles sur des plaques psoriasiques ou ulcérations profondes de la peau non psoriasique). Des mucites ou des ulcérations muqueuses sont également décrites. Une atteinte des phanères à type d'alopecie, d'onycholyse ou de péri-onyxis est également notée. Notre patiente a développé une toxicité aiguë au MTX en raison d'un dosage inapproprié sous forme d'ulcérations superficielles sur les plaques de psoriasis déjà existantes.

Conclusion :

Les ulcérations cutanées dues à une toxicité aiguë du MTX sont rares, et sont principalement localisées sur les lésions du psoriasis. Cette complication est due au mésusage du produit par un praticien non averti, tel le cas de notre observation.

Toxidermie lichénoïde induite par l'allopurinol : une entité rare

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

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

INTRODUCTION : L'allopurinol est un médicament hypo uricémiant de prescription courante. Ses effets secondaires cutanés sont fréquents et graves, cependant les toxidermies lichénoïdes sont exceptionnelles. Nous en rapportons une nouvelle observation.

OBSERVATION : Il s'agit d'un patient de 60 ans, ayant comme antécédent une hyper uricémie asymptomatique pour laquelle il a été mis sous allopurinol. Deux mois plus tard il a présenté une éruption cutanée faite de papules violines, très prurigineuses siégeant au niveau des membres supérieurs, membres inférieurs et au tronc associées à une chéilite sèche et ectropion, sans fièvre ni hyeresinophilie ni atteinte systémique. L'histologie avait montré un épiderme acanthosique avec hyper granulose et hyperkératose orthokératosique compacte, avec infiltrat dermique lymphocytaire



lichénoïde. L'étude des critères d'imputabilité médicamenteuse plaident en faveur de la responsabilité de l'allopurinol. L'arrêt de ce dernier a permis un blanchiment complet du malade.

DISCUSSION : Les toxidermies induites par l'allopurinol sont fréquentes à type de Dress syndrome, syndromes de Lyell et Stevens- Johnson .Elles sont graves mettant en jeu le pronostic vital du patient. L'aspect de toxidermielichénoïde avec des lésions cutanées évoquant cliniquement et histologiquement un lichen plan est rarement décrit dans la littérature. Chez notre malade, l'histologie et l'étude de l'imputabilité médicamenteuse plaident en faveur de la responsabilité de ce médicament.

CONCLUSION : La toxidermie lichénoïde secondaire à l'allopurinol est rare, elle est bénigne, résolutive après l'arrêt du médicament incriminé.

Un cas de lupus systémique avec des lésions cutanées simulant une nécrolyse épidermique toxique

A.ABDELMOUTTALIB, M.Meziane, N.Ismaili, L.Benzekri, K.Senouci

Service de dermatologie et vénérologie de Rabat

Introduction

Les éruptions bulleuses chez les patients ayant un lupus érythémateux systémique (LES) sous-jacent peuvent imiter le tableau de nécrolyse épidermique toxique (TEN), une réaction mucocutanée progressive habituellement associée à la notion de prise médicamenteuse.

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 27 ans, connue lupique depuis 2 ans à tropisme cutané, articulaire et rénal, mise sous plusieurs traitements (Cyclophosphamide, Azathioprine, MM) avec mauvaise observance. On a décidé dernièrement de la mettre sous Azathioprine mais devant la notion d'une arthrite septique du genou ayant récidivé malgré un traitement antibiotique bien adapté, il a été préconisé de la mettre sous traitement anti tuberculeux.

La symptomatologie a commencé 2 semaines après le début du traitement, avec des lésions bulleuses initialement photodistribuées puis s'étant étendues au reste du corps avec à l'examen clinique un signe de Nikolsky positif, une SC atteinte estimée à 30% avec une atteinte muqueuse limitée à une simple chéilite. Le bilan biologique a montré une cytolysé hépatique à 1,5 fois la normale, une élévation des AC anti-ADN natif et une consommation du complément C3 et C4. Par ailleurs les AC anti histones étaient négatifs. La biopsie cutanée a montré **une nécrose épidermique** diffuse avec **décollement sous épidermique** avec à l'IFD un dépôt d'IgM, IgG au niveau de la membrane basale (**bande lupique**). Les antituberculeux ont été arrêtés et l'évolution était favorable sous méthylprédnisolone avec cicatrisation des lésions cutanées au bout de deux semaines.

Discussion

Différencier entre les NET classiques induites par les médicaments et les lésions de LE cutané TEN-LIKE est important mais difficile. La nécrolyse toxique se développe comme un résultat de l'accumulation des **agents immunitaires** ou **vascularite dermique** au niveau de la membrane basale. Ce tableau clinique est expliqué sur le plan histologique par une nécrose kératinocytaire très étendue ne se limitant pas à la membrane basale. Le lupus érythémateux cutané TEN-LIKE est rare avec 22 cas



adultes ont été rapportés dans la littérature. L'âge moyen est entre 12 et 76 ans avec prédominance féminine. Cette forme peut être difficile à différencier des autres dermatoses bulleuses se produisant au cours du LES incluant TEN / SJS, LE bulleux, et le syndrome de Rowell.

Les caractères cliniques de cette entité sont le diagnostic préalable de LES, l'éruption initiale au niveau des zones photo exposées, l'atteinte muqueuse moins sévère, la fièvre, myalgies et malaise. Le degré de participation systémique est moins grave que dans la NET et le signe de Nikolsky peut être négatif ou positif.

Les caractères paracliniques sont l'aggravation de l'atteinte cutanée coïncidant avec la consommation du complément et l'augmentation des AC anti ADN, la cytolyse hépatique. L'histologie montre une nécrose épidermique diffuse avec dermatite d'interface et l'IFD montre une bande lupique. Le traitement de l'éruption du LEC TEN-like n'a pas été bien étudié. Dans les cas de la littérature, les corticostéroïdes par voie parentérale, IG IV, et la plasmaphérese étaient efficaces. Le nombre limité des cas rapporté limite les conclusions en terme de mortalité.

Conclusion

Il faut penser à cette entité devant un patient lupique présentant une dermatose bulleuse.

La reconnaissance rapide de cette entité avec la réalisation d'une BC précoce des lésions sont importants pour éviter le diagnostic inapproprié de toxidermie et permettre l'institution précoce d'un traitement approprié.

Syndrome de chevauchement : une présentation déroutante !

Dr Benahmed Jihane, Dr Kerroum Sara, Pr Znati, Pr Meziane, Pr Ismaili, Pr Benzekri, Pr Senouci
Service de dermatologie et de vénérologie, Rabat

Le syndrome de Stevens Johnson et le DRESS (drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms) sont des toxidermies graves présentant des critères cliniques, biologiques et histologiques distinctes. Cependant, il est parfois difficile de distinguer entre ces deux syndromes, ce qui soulève l'hypothèse de syndromes de chevauchement. Nous rapportons le cas d'un cas d'un syndrome de chevauchement (SC : DRESS/SSJ).

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 66 ans, connue allergique à la pénicilline et ayant comme antécédent un DRESS à l'allopurinol pour lequel elle avait été hospitalisée en 2018 avec bonne évolution clinique. Elle avait été admise au service en 2019 pour une éruption cutanéomuqueuse survenue 2 semaines après la prise d'un anti inflammatoire non stéroïdien. A l'examen, elle était fébrile à 39°, présentait une érythrodermie sèche, un œdème du visage, un signe de Nikolsky négatif et des érosions au niveau de la muqueuse buccale associée à une conjonctivite. Elle n'avait pas d'adénopathies périphériques. L'anti inflammatoire non stéroïdien était arrêté.

Le bilan avait retrouvé une cytolyse hépatique (2x la normale), une insuffisance rénale (créatinine à 17 soit ml/min de clairance), une hyperéosinophilie à 1500 éléments/mm³ et une C-réactive protéine à 150 mg/L. Les hémocultures et les sérologies virales étaient négatives. Une biopsie cutanée avait montré la présence d'une nécrose kératinocytaire et un infiltrat lymphocytaire au niveau du derme. Au cours de l'hospitalisation, la patiente avait présenté un décollement cutané au niveau du dos et du tronc (surface cutanée décollée à 25 %). Le diagnostic de syndrome de chevauchement avait été



retenu (DRESS/SSJ). La patiente avait été mise sous soins locaux avec une bonne évolution clinique et biologique.

Discussion :

Nous rapportons le 6^e cas de SC DRESS/ SSJ. Selon Bouvresse et al., seuls 2,1% de SC sont retenus sur 216 toxidermies sévères en appliquant les scores de RegiSCar. Le SC débute par une éruption cutanée généralisée avec un œdème et une atteinte des muqueuses, l'évolution est marquée par l'installation d'un décollement cutané localisé. Biologiquement, on retrouve une hyperéosinophilie (> 1500 éléments/mm³) et un bilan hépatique perturbé. Selon le groupe de RegiSCAR, notre cas se classe comme probable pour les deux toxidermies sévères en même temps, ce qui soulève l'hypothèse d'un syndrome de chevauchement.

Conclusion :

Notre cas souligne l'importance de reconnaître le syndrome de chevauchement qui présente une gravité supplémentaire par rapport aux toxidermies sévères.

Brûlure du vertex par décoloration capillaire

Fatima Zahra Hashas, Hanane baybay, Soukaina Chhiti, Zakia Douhi, Sara Elloudi, Fatima Zahra mernissi
Dermatologie, CHU Hassan II, Fes, Maroc

Introduction:

Les décolorations capillaires sont des procédures assez courantes effectuées dans les salons de coiffure. La brûlure secondaire à ces procédures est un effet indésirable traumatisant, rarement rapportée dans la littérature et peu connue des professionnels de santé. Nous rapportons deux cas de brûlure du cuir chevelu induite par une décoloration capillaire.

Observations:

Cas 1 :Patiente de 35 ans a ressenti quinze min après la pose d'un produit de décoloration une douleur cuisante du vertex. Elle s'est présentée en consultation une semaine plus tard.L'examen trouvait une croûte noirâtre recouvrant un ulcère bien limité de forme ovale mesurant 4x3 cm avec un fond purulent.

Cas 2 :Patiente de 30 ans qui présentait une ulcération du cuir chevelu suite à la réalisation un mois auparavant d'une procédure de décoloration capillaire, quinze minutes après la pose du produit, elle avait ressenti une forte chaleur et une douleur au niveau du vertex et deux semaines après, elle rapportait un suintement persistant au niveau du cuir chevelu. L'examen dermatologique trouvait une ulcération unique arrondie bien limitée de 2 cm avec un fond bourgeonnant, une surface purulente au niveau de vertex.

Le diagnostic d'une brûlure de deuxième degré profond induite par les produit de décoloration capillaire a été retenu chez les deux patientes. Le traitement reposait sur les soins locaux, l'antibiothérapie et le nitrate d'argent en application topique. L'évolution était similaire chez les deux patiente et fut marquée par une cicatrisation lente et l'installation d'une alopecie cicatricielle.

Discussion:

La brûlure par décoloration capillaire est secondaire à une réaction chimique entre le mélange des produits décolorants (peroxyde d'hydrogène et de persulfates, préparés en milieu basique) et les composants de la peau. Cependant la procédure étant toujours couplée à l'utilisation d'une source de



chaleur, une brûlure thermique peut être associée.

La présentation clinique à type d'ulcération unique, bien limitée, douloureuse et suintante siégeant au niveau du vertex est similaire aux autres observations publiées dans la littérature, et peut être expliquée par la riche vascularisation de cette région anatomique.

Les séquelles sont multiples; une alopecie cicatricielle définitive est systématique. Il existe un préjudice esthétique souvent mal toléré, qui peut avoir un retentissement social et psychique.

A travers ces deux observations, nous soulignons l'intérêt des mesures préventives pour éviter ces incidents. Elles consistent dans l'information sur les risques des produits oxydants et l'apprentissage de leur usage rigoureux par les étudiants en écoles de coiffure. Également, La publication de tous les cas existants dans le cadre d'un registre afin de sensibiliser les autorités sanitaires et faire diminuer la concentration des produits chimiques en cause est souhaitable, et différer l'usage des sources de chaleur dans la même séance.

Conclusion :

une brûlure chimique est un effet secondaire rare des décolorations capillaires totales ou par mèches, responsables de séquelles, esthétiques et fonctionnelles .

Mots-clés: Alopecie cicatricielle , Brûlure chimique, Décoloration capillaire

Une dermite de contact pustuleuse allergique au Minoxidil 2%

K. Sof¹; S. Aouali¹; S. Sefraoui¹ ; N. Zizi¹⁻²; S. Dikhay¹⁻²

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

(2) Groupe de travail sur le tégument - Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique – Faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda – Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Introduction :

L'eczéma de contact est un motif très fréquent de consultation, plusieurs allergènes peuvent être retrouvés. Nous rapportons le cas d'un eczéma de contact au Minoxidil 2%.

Observation :

C'est un patient de 20 ans, sans ATCD pathologiques notables, suivi pour une pelade décalvante du cuir chevelu touchant également les sourcils, la barbe et les membres inférieurs. Le patient a été mis sous bolus de corticoïdes 500mg de Solumédrol dans 500 CC de sérum salé associé à un traitement local à base de Minoxidil 2% au niveau du cuir chevelu.

Le patient a présenté 72h après l'initiation du traitement à base de Minoxidil, un œdème déformant du visage et des lésions au niveau du cuir chevelu à noter que le patient n'avait jamais utilisé ce traitement auparavant.

L'examen dermatologique trouve plusieurs lésions vésiculeuses et pustuleuses très prurigineuses reposant sur un fond érythémateux associées à un œdème important du cuir chevelu, du visage en particulier au niveau des paupières gênant l'ouverture des yeux.

La préparation du minoxidil était faite de minoxidil à 2% associé au propylène glycol.

Les patch-tests n'ont pas été réalisés car ils ne sont pas disponibles dans notre formation.

Discussion :



Le minoxidil topique est approuvé par la FDA pour le traitement de l'AAG, également utilisé hors AMM pour traiter plusieurs troubles capillaires tels que la pelade, l'effluvium télogène, l'alopecie frontale fibrosante et le monilethrix ¹.

Son mécanisme d'action est loin d'être élucidé : c'est un vasodilatateur qui ouvre les «canaux potassium» et, de ce fait, pourrait stimuler la chute des cheveux en phase télogène et favoriser l'apparition de nouveaux cheveux en phase anagène ².

L'effet secondaire le plus courant est l'eczéma de contact avec des symptômes modérés tels que le prurit et la desquamation, qui peut survenir en raison du propylène glycol ou le minoxidil lui-même. Son incidence est faible pour le minoxidil à 2% par rapport au 5% ¹.

Il existe peu de cas rapportant les dermatites allergiques de contact pustuleuses au minoxidil, elles sont plus fréquentes aux métaux ⁴.

Un patch test doit être effectué pour déterminer les agents responsables ³.

Conclusion :

Les dermatites allergiques au minoxidil sont fréquentes avec des symptômes souvent modérés, les formes sévères sont rares. Notre cas illustre une forme sévère incitant les dermatologues à rester vigilant quant à cette molécule largement prescrite.

Références :

1. Poonkiat Suchonwanit, et al. Minoxidil and its use in hair disorders: a review. Drug Des Devel Ther. 2019 Aug 9;13:2777-2786. doi: 10.2147/DDDT.S214907. eCollection 2019.
2. Tennstedt D, et al. Effets indésirables des soins capillaires chez les utilisateurs. Ann Dermatol Venereol (2018), <https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.05.002>.
3. Friedman ES, Friedman PM, Cohen DE, Washenik K. Allergic contact dermatitis to topical minoxidil solution: etiology and treatment. JAm Acad Dermatol. 2002;46(2):309–312.
4. Fisher A A. Contact dermatitis, 4th edition. Baltimore:Williams & Wilkins, 1995: 102.

Dermatoses bulleuses :

Que des végétations !

S. El Kadiri S(1), Z. Douhi , S. Elloudi , H. Bay Bay , F-Z Mernissi
Service de dermatologie CHU Hassan II Fès

Introduction

Le pemphigus végétant est une variante rare du pemphigus vulgaire. Nous en rapportons une nouvelle observation avec une atteinte cutanée exclusive et extensive.

Observation

Une patiente de 44 ans suivie pour diabétique de type II depuis 3 mois consultait pour des lésions sous mammaire, inguino-crurales prurigineuses évoluant depuis 6 mois. Les lésions étaient bulleuses laissaient place à des placards verruqueux violacés au niveau génital traités comme condylomes par cryothérapie sans amélioration. A l'examen clinique, on retrouvait des plaques indurées surélevées d'un brun foncé bien limitées à surface verruqueuse réalisant un aspect kératose séborrhéique-like de la région sous mammaire, du dos, de la jambe, de la région péri-anale et génitale. Le signe de Nikolsky était négatif. Les autres muqueuses étaient épargnées. La dermoscopie objectivait des projections



papillomateuses séparées par des septas blanchâtres. Une biopsie cutanée objectivait la présence d'une papillomatose, d'une acantholyse et des micro-abcès contenant des éosinophiles. Une immunofluorescence directe objectivait la présence de dépôt intercellulaire d'IgG en mailles de filet. Le taux des anticorps anti-substances intercellulaires était à 320UI/ml. Le diagnostic de pemphigus végétant a donc été retenu. Elle fut traitée par corticothérapie orale à la dose de 0.5mg/kg/jour associé au Rituximab 1g à 15 jours d'intervalle avec bonne évolution clinique.

Discussion

Le pemphigus végétant est une dermatose rare qui débute par des bulles flasques laissant place à des proliférations papillomateuses électives des plis et du scalp. Bien que l'étiologie post médicamenteuse soit incriminée dans la littérature, les critères chronologiques ne plaident pas en faveur chez notre patiente. Notre patiente avait des végétations qui atteignaient les plis mais également les faces d'extensions des cuisses ce qui plaident en faveur d'une forme extensive. La Dermoscopie avait objectivé un aspect papillomateux séparé de septas blanchâtres. Au seins des projections papillomateuses, nous n'avons pas identifié de structures vasculaires. La biopsie cutanée associée à une immunofluorescence directe a permis d'écarter les autres diagnostics différentiels comme les halogénodermie, la blastomyose pyoderma-like, le granulome inguinal et les condylomes.

Conclusion

La survenue d'une éruption végétante et papillomateuse quoique atteignant les faces d'extensions des membres doit faire évoquer le diagnostic de pemphigus végétant.

Lésions annulaires du visage, pensez au lupus tuberculeux

S. Belmourida, Z. Mehsas, H. Palamino, M. Meziane, N. Ismaili, L. benzekri, K. Senouci
Service de Dermatologie et de Vénérologie, Université Mohammed V Rabat, CHU Ibn

Sina, Rabat

Introduction :

La localisation cutanée de la tuberculose est très rare et beaucoup moins fréquente que les autres localisations dont la principale est pulmonaire. Elle représente 2% des localisations extra-pulmonaires de tuberculose [1]. Le lupus vulgaire, ou lupus tuberculeux, constitue une forme clinique particulière il est souvent représenté par une lésion unique, les formes multiples associées à une tuberculose pulmonaire sont rares.

Nous rapportons un nouveau cas de lésions cutanées multiples du visage d'un lupus tuberculeux.

Observation :

Un patient de 47 ans présentait des lésions cutanées du visage, évoluant depuis plusieurs



années dans un contexte d'amaigrissement, d'asthénie et d'apyrexie. A l'examen, il s'agissait des lésions maculo-papuleuses à limite très nettes à bordures annulaires avec notion de photo-sensibilité, les lésions étaient strictement localisées au visage, le cuir chevelu, les ongles et les muqueuses étaient tous sans anomalie ainsi que le reste de l'examen clinique. La première biopsie cutanée objectivait un infiltrat inflammatoire non spécifique, un deuxième examen anatomopathologique de la lésion du front montrait une inflammation granulomateuse épithélio-gigantocellulaire avec nécrose caséuse et la mise en culture mettait en évidence *Mycobacterium tuberculosis*.

Le bilan radiologique objectivait des lésions évoquant une tuberculose pulmonaire d'allure ancienne. La recherche de bacille de Koch était négative sur les prélèvements cutanés et dans les crachats. L'intradermoréaction à la tuberculine était positive. Un scanner thoracique objectivait une caserne tuberculeuse. Les lésions cutanées et pulmonaires ont évolué favorablement sous traitement antituberculeux.

Discussion :

Le lupus tuberculeux se présente sous des aspects cliniques très variés, parfois trompeurs. Son siège de prédilection est le visage, en particulier le nez et les joues (fig. 1, 2). Plus rarement, il peut survenir sur le tronc et les extrémités des membres. Il est souvent unique, rarement multiple [2, 3]. Il peut être confondu avec la leishmaniose, la lèpre, la syphilis tertiaire, les mycoses profondes, le lymphocytome, la sarcoïdose etc ; d'autant plus que dans certaines de ces pathologies, on peut observer des grains lupoides peu différents des lupomes. D'autre part, le diagnostic peut être encore plus difficile en présence d'un granulomateux sans nécrose caséuse à l'histologie, pouvant s'observer dans de nombreuses dermatoses non tuberculeuses (sarcoïdose, lèpre, leishmaniose, granulome à corps étranger, mycobactérioses atypiques...). [4].

Au cours du lupus tuberculeux, le bacille accède à la peau par voie sanguine ou par contiguïté. [1].

Le traitement curatif du lupus tuberculeux est identique à celui de la maladie tuberculeuse quelle que soit sa localisation. Il fait appel d'emblée à la polychimiothérapie pour éviter toute forme de résistance. Les antibacillaires sont classés en majeurs (la rifampicine (RFP), l'isoniazide (INH), la streptomycine (SM), tous trois bactéricides, et l'éthambutol (ETB), bactériostatique) et mineurs (la pyrazinamide (PZA) bactéricide, l'éthionamide, la cyclosérine, la capréomycine, la viomycine tous bactériostatiques).

Le schéma utilisé pour notre malade était (6 mois), comporte RFP plus INH plus PZA, durant 2 mois, puis RFP plus INH pendant 4 mois [4].

Conclusion:

Notre patient illustre les difficultés et le retard du diagnostic de cette forme de tuberculose cutanée. La multiplicité des lésions et leur siège, la présence d'une nécrose caséuse à l'histologie, l'association à une tuberculose pulmonaire évolutive ne sont, en effet, pas habituels au cours du lupus tuberculeux.

Dysphonie révélant une pemphigoïde cicatricielle

S.Oujdi ; Pr H.Baybay ; Pr S.Elloudi ; Dr Z.Douhi ; Pr Fz.Mernissi
Service de dermatologie CHU HASSAN 2 de FES

Introduction :



-La pemphigoïde cicatricielle est une maladie Rare, elle touche surtout le sujet âgé et se caractérise par l'atteinte élective des muqueuses ; L'atteinte cutanée est inconstante avec des érosions chroniques prédominantes à la tête et au cou.

Observation :

Patient de 69ans qui présentait une dysphonie depuis 20jours. L'examen clinique notait la présence d'érosion au niveau du plai ; avec signe de la pince positif ; présence de quelques érosions au niveau de la face postérieures des avant-bras et le pli de l'aîne. Le patient a bénéficié d'une nasofibroscopie objectivant une muqueuse inflammatoire nasale ; une discrète inflammation pharyngée; de multiples érosions et ulcérations suppurées des aryténoïdes ainsi que de l'épiglotte, l'histologie et l'immunofluorescence directe avec clivage NaCl montrait un aspect en faveur d'une pemphigoïde cicatricielle
Le patient a été mis sous Corticothérapie a la dose de : 0,5mg/kg/jour et Rituximab:a raison de 2 perfusions de 1g a 15 jours d'intervalle avec bonne évolution

Discussion

-En terme de pemphigoïde cicatricielle Les patients à faible risque présente une atteinte exclusive de la muqueuse buccale et les patients à haut risque présentent une atteinte des yeux; anogénitale; du larynx; du nasopharynx et/ou de l'œsophage

Chez les patients présentant une maladie à haut risque, un traitement intensif doit être instauré dès que possible en raison du risque de formation de cicatrice, en tenant compte de l'état de santé général du patient, de son âge et des comorbidités. Ce schéma thérapeutique peut inclure des corticostéroïdes à forte dose (initialement prednisolone 1–2 mg / kg / j) en association avec une immunosuppression adjuvante consistant en azathioprine , mycophénolate mofétil ou cyclophosphamide . Une option de traitement pour les cas évolutifs ou récalcitrants implique l'élimination des autoanticorps par immunoabsorption et rituximab

- une étude rétrospective a été menée pour évaluer l'efficacité et la tolérance du RTX dans une série de neuf patients atteints d'une pemphigoïde muqueuse incomplètement contrôlée par les traitements conventionnels et/ou corticodépendante.(2), le schéma auto-immun (2 perfusions de 1 g à 15 jours d'intervalles) a été adopté chez des Patients qui ont pris au préalable corticothérapie systémique ;dapsone; mycophénolate mofétil ; 66 % des patients avaient en réponse complète et 11 % en réponse partielle

Cette étude confirme l'intérêt du RTX, notamment dans les PM en impasse thérapeutique, autorisant un arrêt ou une réduction forte des immunosuppresseurs dans la majorité des cas.

Conclusion :

La pemphigoïde cicatricielle avec localisation laryngée reste une maladie rare dont le traitement par rituximab aboutit à une nette amélioration comme est le cas pour notre malade.

Végétations cutanéomuqueuses chez un jeune homme : quel est votre diagnostic ?

INTRODUCTION :

La pemphigoïde cicatricielle (PC) est une dermatose bulleuse sous-épidermique rare, caractérisée par la



fréquence de l'atteinte muqueuse, en particulier oculaire, et l'évolution cicatricielle synéchiante des lésions, pouvant ainsi menacer le pronostic fonctionnel (visuel) ou vital (sténose laryngée). Une atteinte cutanée est rarement présente. Nous rapportons un cas atypiques de cette pathologie déjà rare, du fait de l'âge jeune du patient ainsi que la présence d'une atteinte cutanée de type végétante.

OBSERVATION :

Il s'agit d'un patient âgé de 29 ans, ayant comme antécédents un tabagisme et un cannabisme chronique, la notion de contage tuberculeux et de rapports sexuels non protégés. Admis pour prise en charge d'une atteinte cutané-muqueuse évoluant depuis 08 mois. L'examen des muqueuses retrouve une conjonctivite synéchiante avec symblépharon bilatéral, de multiples érosions intra-narinaire et intra-buccal avec présence de pseudo-membranes et d'un aspect végétant au niveau de la langue. Présence également de multiples érosions génitales et anales. Sur le plan cutané présence de multiples lésions végétantes érythémateuses prédominant au niveau de la région occipitale, la nuque et le décolleté avec présence de quelques lésions similaires éparses et isolées au niveau du tronc, abdomen et le coude droit, avec une cicatrisation en grain de milium, le Nikolsky était négatif. Devant ce tableau clinique nous avons évoqué en premier une Pemphigoïde cicatricielle végétante, en deuxième un pemphigus végétant et en dernier une syphilis secondaire. Nous avons réalisés une biopsie au niveau de la muqueuse buccale avec immunofluorescence direct ainsi qu'une biopsie cutanée, revenues en faveur d'une Pemphigoïde cicatricielle. La sérologie syphilitique avec dilution était négative. Le patient a été mis sous bolus de corticothérapie puis relais par voie orale à 1mg/kg/j associé à la Disulone 150mg/j. Ensuite vu la gravité de l'atteinte muqueuse et notamment oculaire et également a visée d'épargne cortisonique le Rituximab a été démarré la dose de 1 g à renouveler après 15 jours en concomitance aux anti-bacillaires (2RHZE,4RH) vu un Quantiféron positif. L'évolution du patient était très favorable avec un blanchiment sur le plan cutané et muqueux, avec persistance de synéchies oculaires à gauche

DISCUSSION :

La pemphigoïde cicatricielle (PC) est une dermatose bulleuse auto-immune sous épidermique rare qui survient chez le sujet âgé entre 60 et 70 ans avec une prédominance féminine (2). Notre patient constitue donc un cas



atypique sur le plan épidémiologique vu le sexe masculin et l'âge jeune du patient. Le cannabisme chronique n'a jamais été rapporté comme facteur favorisant ou déclenchant cette dermatose. L'atteinte cutanée est inconstante, retrouvée dans 15 à 35 % des cas, pour notre cas la topographie de lésions cutanées ainsi que le mode de cicatrisation en grains de milium concordent avec la littérature (2), les formes avec atteinte végétante sont très rares. Une prise en charge multidisciplinaire (dermatologique, ophtalmologique ± ORL ± stomatologique) est souhaitable tout au long du suivi des patients atteints de PC. Un examen ophtalmologique initial et régulier permettra de guider le dermatologue dans sa prise en charge thérapeutique. Le traitement de fond repose sur la dapsone en association à un immunosuppresseur dans les formes sévères ou évoluées de la maladie. Le Rituximab utilisé chez notre patient a montré des résultats prometteurs et un délai d'action rapide de quelques semaines (1,3). La PC peut être source de séquelles définitives du fait de ses atteintes propres (ophtalmologique, buccale, œsophagienne, anale notamment), mais également du fait d'effets secondaires du traitement généralement lourd(3).

CONCLUSION :

Devant une atteinte muqueuse diffuse surtout oculaire, il faut toujours garder en tête le diagnostic de pemphigoïde cicatricielle et ce quel que soit l'âge et le sexe du patient, et même en présence d'une atteinte cutanée aussi atypique soit-elle. Il ne faut pas hésiter à faire une biopsie de la muqueuse au moindre doute et garder en tête l'urgence thérapeutique vue la mise en jeu du pronostic fonctionnel et vital de cette dermatose bulleuse.

REFERENCES :

1. Mucous membrane pemphigoid. Guidelines for the diagnosis and treatment C. Bedane, C. Prost, S. Ingen-Housz-Oro, P. Joly, P. Bernarde Annales de dermatologie et de vénéréologie (2011) 138, 259—263
2. Pemphigoïde cicatricielle, pemphigoïde des muqueuses V Doffoel-Hantz¹, PY Robert², C Bédane¹¹. Service de Dermatologie et Centre de Référence des Maladies Bulleuses Auto-immunes². Service d'ophtalmologie CHU Dupuytren
3. Mucous Membrane Pemphigoid Hong-Hui Xu, MD, PhD^{a,b}, Victoria P. Werth, MD^{b,c,*}, Ernesta Parisi, DMDD^{d,e}, Thomas P. Sollecito, Dent Clin N Am 57 (2013) 611–630



Pemphigoïde bulleuse sur cicatrices chirurgicales: quels liens physiopathologiques ?

B.Karrakchou 1* , M.Meziane 1 , L.Benzekri 1 , N.Ismaili 1 , K.Senouci 1

1 Service de Dermatologie et de Vénérologie, CHU Ibn Sina, Université Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction

La pemphigoïde bulleuse (PB) est une dermatose bulleuse auto-immune acquise qui survient exceptionnellement sur des traumatismes antérieurs, et dont la physiopathologie reste à ce jour mal connue. Nous rapportons le cas d'une PB survenant sur des cicatrices chirurgicales, et nous discutons les hypothèses physiopathogéniques.

Observation

Il s'agit d'un patient de 53ans, aux antécédents d'hémodialyse chronique depuis 30ans, et de remplacement prothétique bilatéral de hanche (remontant à 12 ans à droite, et 3 ans à gauche) sur ostéodystrophie rénale. Il se présentait pour une dermatose bulleuse qui évoluait depuis 5 mois. Celle-ci débutait par un prurit chronique puis par des plaques urticariennes surmontées de bulles tendues cantonnées aux cicatrices de chirurgie orthopédique et de fistule artério veineuse. La biopsie cutanée, l'immunofluorescence directe sur peau clivée au NaCl, et l'immunofluorescence indirecte ont révélé un aspect compatible avec le diagnostic de PB. Une corticothérapie orale (prednisone 1mg/kg/j) a été démarrée avec une bonne évolution clinique.

Discussion

La PB peut être déclenchée par un traumatisme antérieur. La koebnerisation est possible mais improbable vu le temps écoulé entre les chirurgies et le développement de PB (30ans pour la FAV). La survenue de PB après chirurgie soulève aussi la question de la place des médicaments administrés en peropératoire dans l'induction de PB. Mais l'intervalle de temps entre chirurgie et PB est encore une fois en défaveur de cette hypothèse.

Récemment, le concept de région cutanée « immunodéprimée » a été introduit permettant d'expliquer la survenue de PB sur traumatismes. Il s'agit d'une déstabilisation régionale du système neuro-immuno-cutané, où la première maladie (chirurgie, pathologie neurologique) provoque une exposition des antigènes de la pemphigoïde bulleuse et une altération immunologique, qui prédisposent au développement de maladies secondaires (PB). Ceci survient après un laps de temps extrêmement variable, et reste confiné au même territoire cutané.

Conclusion

Les mécanismes exacts reliant la PB aux traumatismes antérieurs ne sont pas entièrement élucidés. Le mécanisme proposé impliquant les régions cutanées « immunodéprimées » est plausible.

Références

1. Ruocco's immunocompromised cutaneous district. Piccolo V, Baroni A, Russo T, Schwartz RA. Int J Dermatol. 2016;55:135–141
2. Development of bullous pemphigoid during the haemodialysis of a young man: case report

and literature survey. Osipowicz K, Kalinska-Bienias A, Kowalewski C, Wozniak K. Int Wound J. 2017 Feb;14(1):288-292.

3. Analysis of patients with drug-induced pemphigoid using the Japanese Adverse Drug Event Report database. Tanaka H, Ishii T. J Dermatol. 2019 Mar;46(3):240-244.

Pemphigoïde bulleuse et comorbidités

Imane Couissi* 1, Hanane Baybay1, Jihad Kassel1, Sara Elloudi1, Zakia Douhi1, Fatima Zahra Mernissi1
1Service de Dermatologie du CHU Hassan II de Fes, Maroc.

Introduction :

La pemphigoïde bulleuse (PB) est une dermatose récurrente chronique, la plus fréquente des dermatoses bulleuses auto-immunes sous-épidermiques, survenant le plus souvent après 70 ans. Plusieurs facteurs de risque et des comorbidités y sont associés.

L'objectif de notre étude est de relever les comorbidités associées à la PB dans notre contexte.

Matériel et Méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective et rétrospective incluant tous les patients atteints de PB suivis dans notre service du mois Janvier 2009 au mois juin 2020. Le diagnostic de PB était retenu sur des critères cliniques, histologiques et immunohistochimiques. Les patients présentant une comorbidité associée ont été recensés.

Résultats :

93 patients présentant une PB ont été inclus. L'âge moyen était de 66,8.

Des antécédents pathologiques ont été retrouvés chez 61,2% des patients, représentés majoritairement par le diabète et l'HTA. L'association aux maladies auto-immunes type lupus, vitiligo, psoriasis, thyroïdite, anémie de Biermer et lichen pigmentogène étaient retrouvée chez 6 patients. L'association aux maladies neurologiques a été retrouvée chez 6 patients dont 5 maladies de parkinson et un AVC. Les néoplasies associées ont été trouvées chez 2 patients.

La prise médicamenteuse était retrouvée chez un patient suite à la prise du Madopar.

Discussion :

La prévalence des maladies neurologiques et des AVC chez les patients atteints de PB était significativement plus élevée que celle retrouvée chez les patients atteints d'autres dermatoses bulleuses auto-immunes. Dans notre étude, cette association était de 6,45 %.

L'association entre PB et néoplasie est toujours un sujet de controverse, les cancers digestifs étant le type le plus rencontré. Cependant, il n'existait aucune preuve précise de cette association. Ce qui rejoint les données de notre série de 2,15 %.

De nombreuses maladies auto-immunes ont été décrites en association avec la PB type polyarthrite rhumatoïde, lupus érythémateux systémique, anémie de Biermer, dysthyroïdies auto-



immunes, vitiligo, maladie de Crohn, sclérose en plaques, cirrhose biliaire primitive. Dans notre série le pourcentage de maladie auto-immune était de l'ordre de 6,45 %, cette association n'est pas statistiquement significative vu que la fréquence des maladies auto-immunes chez les seniors sans PB est estimée à 5-8 % dans la population mondiale. La PB peut-être déclenché par la prise médicamenteuse. Les médicaments les plus incriminés étant les antihypertenseurs, les diurétiques, les neuroleptiques et les antibiotiques. Dans notre série, la prise médicamenteuse n'était retrouvée que dans 2,15 %.

Conclusion :

Les mécanismes étiopathogéniques des comorbidités associées à la PB sont encore mal élucidés, nécessitant des études approfondies, afin d'améliorer la prise en charge de cette pathologie.

Association Pemphigoïde Gestationis et Thrombopénie auto

immune, Fortuite ou Prédisposition ? Une nouvelle observation

H.Jabri (1) ; F.Hali (1); K.Baline (1); F.Marnissi (2); S.Chiheb (1)

(1) : Service de Dermatologie Vénérologie

(2) : Service d'anatomie pathologique

Introduction:

La Pemphigoïde Gestationis (PG) est une dermatose bulleuse auto-immune rare qui peut survenir à tous les stades de la grossesse ainsi que dans le post-partum immédiat. Plusieurs cas de PG associés à des troubles auto-immuns ont été rapportés dans la littérature. Dans ce travail, nous rapportons le cas d'une patiente diagnostiquée de PG du post-partum associée à une thrombopénie auto-immune.

Observation médicale:

Patiente âgée de 18 ans, primipare, ayant présenté à J4 du post-partum un prurit sévère péri ombilicale suivi de l'apparition de lésions urticariennes et de lésions bulleuses tendues à contenu séro-hémorragique de taille variable, localisées au niveau de l'abdomen et des membres supérieurs. La biopsie cutanée avec immunofluorescence directe a objectivé la présence d'un décollement jonctionnel avec dépôt d'IgG et C3, les IgA et IgM étaient négatives, la numération formule sanguine a révélé une thrombopénie isolée à 45.000 éléments/ml avec confirmation de l'origine périphérique au myélogramme. Notre patient a reçu une corticothérapie orale à raison de 0,5 mg/kg/jour avec une bonne amélioration clinique et une normalisation de la numération plaquettaire.

Discussion:

La PG est une dermatose bulleuse sous-épidermique auto-immune de la grossesse qui résulte de la reconnaissance des protéines placentaires comme étant étrangères et de la production ultérieure d'anticorps anti-placentaires qui réagissent de manière croisée avec les mêmes protéines cutanées.

Il a été démontré que son principal antigène est le collagène XVII (également connu sous le nom de BP180) présent à la fois dans la peau et dans le placenta. Sa présence déclenche une réponse



inflammatoire conduisant au phénotype; on peut également s'attendre à une association avec d'autres maladies de pathogenèse auto-immune.

Dans notre travail, nous avons rapporté le cas d'une patiente chez qui on avait diagnostiqué une PG du post-partum associée à une thrombopénie auto-immune.

Cette association pourrait s'expliquer par la présence d'auto-anticorps circulants conduisant à une défaillance immunitaire mais aussi par l'incidence accrue des antigènes leucocytaires humains HLA-B8, HLA-DR3 et HLA-DR4 codés sur le bras court du chromosome 6 chez les patientes atteintes de PG, ce qui les rend plus prédisposées que la population générale. Cependant, le nombre de séries qui témoignent de cette association demeure très faible afin d'établir une cause de prédisposition entre ces deux maladies auto-immunes.

Conclusion :

En conclusion, la PG peut être une maladie prédisposante à certains troubles auto-immuns, comme la thrombopénie auto-immune. Cela indiquerait la nécessité d'une surveillance continue chez les patientes atteintes.

Pemphigoïde bulleuse localisée au site d'hémodialyse

Fatima Zahra Hashas, Zakia Douhi, Sara Elloudi, Hanane baybay, Fatima Zahra mernissi
Dermatologie, CHU Hassan II, Fes, Maroc

Introduction :

La pemphigoïde bulleuse est la plus fréquente des dermatoses bulleuses auto-immunes. Sa présentation sous forme localisée est rare et peut être induite par différents facteurs. Nous rapportant l'observation d'un cas de pemphigoïde bulleuse localisée au niveau de site d'hémodialyse.

Observation :

Une femme de 67 ans atteinte d'une IRC terminal de cause indéterminée et soumise à une hémodialyse pendant 4 ans (3 séances hebdomadaires) avec mise en place récente depuis 6 mois d'un cathéter tunillisé de dialyse après épuisement de fistule artério-veineuse est hospitalisée pour prise en charge d'une dermatose bulleuse prurigineuses évoluant depuis un mois. L'examen clinique retrouvait de multiples bulles tendues séro-hématique et des érosions post-bulleuses reposant sur une peau érythémateuse localisées au niveau de la partie supérieure de tronc, épaule et membre supérieur droit surtout au contact de site de cathéter de dialyse et au niveau de l'avant bras gauche en regard de site de la fistule artério-veineuse, il n'y avait aucune atteinte des muqueuses, le Nikolsky était négatif et la SC était estimée à 5%. L'examen histopathologique montrait un décollement dermo-épidermique avec à l'immunofluorescence directe (IFD) des dépôts linéaires d'IgG et de C3 le long de la jonction dermo-épidermique. Devant l'aspect clinico-histologique, le diagnostic de pemphigoïde bulleuse localisée était retenu. Un traitement local par clobetasol crème permettait une évolution favorable.

Discussion :



La pemphigoïde bulleuse (BP) est une maladie auto-immune causée par la production d'anticorps polyclonaux IgG ciblant les polypeptides de la membrane basale.

La présentation localisée de la PA est peu fréquente mais a été largement documentée en relation avec différents facteurs inducteurs telles : la prise médicamenteuse, le traumatisme, les brûlure, traitement par UVB, puvathérapie ou radiations ionisantes, la chirurgie.

De même pour la PB localisée au site d'une fistule artério-veineuse réalisée pour hémodialyse, et sur le site d'un cathéter central est très rare mais rapporté dans la littérature .

Concernant l'étiopathogénie de cette association ,plusieurs auteurs suggèrent que la lésion cutanée associée au placement de la fistule ou à la mise en place de cathéter sont responsable de l'altération de la membrane basale et de la stimulation du système immunitaire, conduisant au développement de la pemphigoïde bulleuse .

Conclusion :

La survenue d'une pemphigoïde bulleuse localisée au site d'hémodialyse est une association décrite mais rare, chez notre patiente les lésions sont restées localisées avec une réponse favorable à la corticothérapie locale .

Mots-clés: cathéter , forme localisée , hémodialyse, Pemphigoïde bulleuse .

Dermatoses pédiatriques :

Zona génital de l'enfant

L. Zenjari, FZ. Elfatoiki, F. Hali, H. Skalli Dahbi, S. Chiheb
Service de dermatologie et de vénéréologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction

Le zona est une infection liée à la réactivation du virus varicelle-zona (VZV). Sa survenue chez l'enfant est peu fréquente, et la localisation génitale est exceptionnelle.

Nous rapportons le cas d'un zona génital chez une enfant sous chimiothérapie, sans notion de varicelle antérieure.

Observation

Une enfant âgée de 7 ans, suivie pour leucémie aigüe lymphoblastique depuis 1 an, sous vincristine, doxorubicine et prednisolone, consultait pour des lésions vésiculeuses douloureuses au niveau génital, avec sensation de cuisson, évoluant depuis 48h, sans notion de fièvre ni d'altération de l'état général. Il n'y avait pas de notion de varicelle auparavant. L'examen dermatologique retrouvait des lésions vésiculo-bulleuses sur un fond érythémateux au niveau de la grande lèvre gauche. L'examen général retrouvait une adénopathie inguinale homolatérale d'environ 1cm de grand axe. La sérologie herpétique était négative.

Le diagnostic de zona à localisation génital a été posé, devant le caractère unilatéral très évocateur.

La patiente a été mise sous aciclovir à raison de 10mg/kg/8h par voie intraveineuse, antalgique et soins locaux.

L'évolution était bonne, avec disparition de la douleur après 48h et cicatrisation des lésions après 8 jours.

Discussion



L'originalité de notre observation réside en la localisation génitale exceptionnelle du zona, et sa survenue chez une enfant sans antécédents de varicelle.

En effet, le zona de l'enfant est peu fréquent, et survient généralement des mois ou années après une varicelle. Les localisations les plus fréquentes sont le visage, les membres et le tronc.

Nous soulignons cette situation particulière de zona à localisation génitale, sans varicelle précessive.

Pyoderma gangrenosum révélant une artérite de Takayasu chez l'enfant

Sialiti S, Maouni S, Abdelmouttalib A, Meziane M, Ismaili N, Benzekri L, Senouci K

Service de Dermatologie et vénérologie, CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc

Introduction :

Le pyoderma gangrenosum est une dermatose neutrophilique survenant à tout âge, pouvant s'associer à une hémopathie maligne ou maladie inflammatoire. Nous rapportons le cas d'un pyoderma gangrenosum chez un enfant de 10ans ayant révélé une maladie de Takayasu.

Observation :

Un patient de 10 ans était suivi depuis 2012 pour pyoderma gangrenosum dans sa forme ulcéreuse confirmé sur biopsie cutanée, mis sous 1mg/kg/j de corticothérapie pendant 12mois avec cicatrisation totale puis arrêt du traitement. En Mai 2020, il se présentait pour ulcère de la cuisse droite évoluant depuis 1mois, douloureux et augmentant de taille. L'examen physique objectivait une ulcération à bordure irrégulière et minée de clapiers pustuleux, à fond fibrineux, mesurant 15cm x12cm. L'examen somatique trouvait une hypertension artérielle avec asymétrie tensionnelle aux 4 membres, un thrill carotidien droit, une abolition des pouls périphériques à gauche et fémoraux en bilatéral. Le bilan sanguin montrait un syndrome inflammatoire avec une CRP à 33mg/l et une VS à 50. L'angioscanner thoracique révélait un épaississement pariétal de la crosse et de l'aorte descendante se rehaussant au temps tardif, se projetant au tronc supra-aortique et responsable d'une sténose complète de l'artère sus-clavière gauche, le tout cadrant avec une artérite de Takayasu. Les anticorps anti-nucléaires et le facteur rhumatoïde étaient négatifs. Une association de méthotrexate 15mg/semaine et Prednisone à 1mg/kg/j permettait l'obtention d'une cicatrisation subtotale et stabilisation de l'artérite de Takayasu.

Discussion :

L'association maladie de Takayasu et Pyoderma gangrenosum est décrite chez 19 cas dans la littérature dont seulement 8 cas pédiatriques, sans prédominance féminine. Cette association est fréquente au Japon mais plus rare en Afrique du Nord et en Europe. Dans la maladie de Takayasu, les anticorps dirigés contre l'élastine et les cellules endothéliales provoquent une altération des vaisseaux cutanés entraînant ainsi des ulcérations à type de Pyoderma Gangrenosum, qui ont pour particularités d'être plus étendues. Des critères consensuels Européens publiés en 2010, incluant des anomalies



clinico-biologique et angiographique permettent de retenir le diagnostic, ce qui était le cas chez notre patient. Le traitement repose sur l'administration d'immunosuppresseurs, en cas d'échec le recours aux anti-TNF alpha ou anti-IL6R est de mise. Dans l'artérite de Takayasu à début pédiatrique, peu de données concordent pour définir un taux de mortalité à 5 ans, qui fluctuerait entre 0 et 40%. Celui-ci est d'autant plus élevé que le début est précoce (<5 ans) et que la maladie est active. Les complications classiques liées à l'hypertension artérielle sont fréquentes.

Conclusion :

Le pyoderma gangrenosum est rare chez l'enfant et sa survenue incite à rechercher et traiter une autre pathologie associée notamment l'artérite de Takayasu dont le pronostic peut être grave.

dr.sialiti@gmail.com

Un érythème figuré du nourrisson

Lyda El faqyr 1 , Said Amal 1 , Ouafa Hocar 1
1 Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Mohammed VI, Marrakech, Maroc
Faculté de Médecine et de Pharmacie, Laboratoires de Biosciences, Université Caddi
Ayad, Marrakech, Maroc

Introduction :

Les érythèmes figurés peuvent avoir une disposition annulaire, circinée, polycyclique ou serpiginieuse. De tels éruptions ne sont très courantes chez les nourrissons. Diverses causes sont identifiées, allant de conditions bénignes comme « l'érythème annulaire de la petite enfance » au « lupus érythémateux néonatal (LEN) » avec une atteinte systémique grave.

Observation :

Un nourrisson âgé de 1 mois et demi, n'ayant pas d'antécédents pathologiques s'est présenté aux urgences pédiatriques pour des lésions cutanées apparues depuis 1 semaine. L'examen clinique a retrouvé un nourrisson vigilant, en bon état général. L'examen dermatologique a montré de multiples lésions annulaires, avec une bordure érythémato-squameuses, et un centre non érythémateux, présentant des squames fines, réparties sur le tronc, le dos, les cuisses et les jambes. Les mêmes lésions siégeaient au niveau du cuir chevelu et épargnaient le visage. Nous avons évoqué : un lupus néonatal, une dermatophytie étendue, et un psoriasis annulaire. Le bilan biologique n'avait pas montré de cytopénie ni de syndrome inflammatoire, les anticorps anti-nucléaires et anti-SSA sont revenus négatifs. L'étude mycologique des squames n'a pas été faite vu le contexte de la pandémie covid 19, l'examen de la mère n'a pas retrouvé d'onychomycoses, nous n'avons pas pu examiner les autres membres de la famille. Nous avons mis le nourrisson sous Ciclopiroxolamine crème 2 applications par jour avec une disparition des lésions dès la 2ème semaine. Nous avons conclu à une mycose superficielle étendue.

Discussion :

Les érythèmes annulaires de la petite enfance peuvent être distingués par le mode d'apparition, l'évolution, la distribution et la morphologie des lésions cutanées, les signes



associés et les antécédents familiaux. Le diagnostic clinique est confirmé par des tests de laboratoire. Selon certains auteurs, un test d'anticorps anti-Ro devrait être effectué dans tous les cas de lésions cutanées annulaires de la petite enfance pour éviter de rater un diagnostic de LEN. L'infection par les dermatophytes dans la petite enfance n'est pas courante. Tous les dermatophytes anthropophiles, géophiles ou zoophiles peuvent affecter les nourrissons, les plus rapportés sont *M. canis*, *T. tonsurans*, *T. rubrum*, *T. mentagrophytes*, *M. gypseum* et *T. violaceum*. Le traitement de l'infection à dermatophytes à cet âge fait appel surtout aux antifongiques topiques comme les azolés et la terbinafine. Des médicaments antifongiques systémiques comme l'itraconazole peuvent être utilisés pour la teigne.

Conclusion :

L'érythème annulaire de la petite enfance pose un défi diagnostique pour les dermatologues. Il faut toujours s'acharner à éliminer un lupus néonatal.

Cellulite périnéale néonatale (à propos d'un cas)

H.TADILI, C.EL MANJRA, M.BOURROUS, F.M.R MAOULAINAINE, S.AMAL, O.HOCAR
Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Mohammed VI, Faculté de Médecine et de pharmacie, Laboratoire de Biosciences, Université Cadi Ayyad , Marrakech , Maroc

Introduction :

La cellulite périnéale est définie par une infection grave des parties molles périnéales pouvant rapidement engager le pronostic vital. Seuls quelques cas ont été décrits dans la littérature chez le nouveau né.

Nous rapportons ici le premier cas de cellulite périnéale chez un nouveau-né décrit au Maroc.

Observation :

Nouveau-né, de sexe féminin, admis aux urgences pédiatriques à J15 de vie pour fièvre chiffrée à 39° évoluant 3 jours avant son admission, sans autres signes associés.

L'examen à l'admission retrouvait un nouveau-né rose, stable, réactif, fébrile à 39°, sans autres signes de sepsis. L'examen cutanéomuqueux avait noté la présence d'un placard inflammatoire induré du siège, rouge, chaud, douloureux, étendu à l'abdomen et respectant l'ombilic. Aucune porte d'entrée cutanée n'avait été retrouvée.

Le bilan biologique initial avait trouvé un syndrome inflammatoire, avec à l'ECBU leucocyturie 201000 à culture polymicrobienne. Une échographie des parties molles avait été réalisée, elle avait montré une importante infiltration des parties molles sans collection décelable. Le diagnostic d'une cellulite périnéale à point de départ urinaire avait alors été retenu.

La prise en charge initiale avait consisté en l'administration d'une bi-antibiothérapie intraveineuse (Ceftriaxone + Gentamycine). L'évolution avait été marquée par une nette amélioration clinico-biologique sous traitement. Elle avait été reconvoquée à J30 de vie, son examen était normal, le placard inflammatoire avait disparu, et la CRP était négative.



Discussion :

La cellulite périnéale à point de départ urinaire chez le nouveau-né est exceptionnelle. Habituellement, la localisation la plus fréquente est cervico-faciale et orbitaire. Seuls quelques cas de cellulites périnéales ont été décrits dans la littérature. Dans les cas, rapportés, la cellulite périnéale était généralement liée à une infection à Streptocoque du groupe B suite à une circoncision ou une notion de traumatisme chez le nourrisson. Le traitement repose essentiellement sur une antibiothérapie intraveineuse à large spectre qui doit être rapidement instaurée afin d'éviter l'évolution vers un sepsis, qui est d'ailleurs, fréquemment rapportée dans la littérature. Un drainage chirurgical peut être également réalisé si collection.

Une prise en charge simple, sous condition d'un diagnostic rapide et averti, afin de contrecarrer cette infection qui peut conduire rapidement au décès du nouveau-né.

Ulcère cutanéomuqueux EBV+ chez un enfant, un lymphome B immunoblastique rare

S. Belmourida*, H. Palamino, M. Meziane, N. Ismaili, L. Benzekri, K.,

B. Hassam, Senouci

Department de Dermatologie-vénérologie, Université Mohammed V,

CHU Ibn Sina, Rabat

Introduction:

L'ulcère cutanéomuqueux EBV-positif (l'UCM, EBV+) est une entité provisoire nouvellement reconnue, incluse récemment dans la classification 2016 des hémopathies de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Nous rapportons un cas clinique qui met en avant cette nouvelle entité chez un enfant de 13 ans.

Observation :

Une jeune fille de 13 ans, sans antécédents, en bon état général avec à l'examen clinique des ulcérations cutanéomuqueuses centro-faciales d'allure chroniques, mutilantes, sans adénopathies associées. Pas d'autres signes ou anomalies somatiques associés.

L'exploration biologique et radiologique n'avait pas montré d'anomalie spécifique. Après deux biopsies cutanées de type inflammatoire non spécifique à l'étude anatomo-pathologique, une biopsie de la muqueuse endonasale avait objectivé un infiltrat dermique polymorphe avec des cellules de type B d'aspect sternbergoïde EBV+, exprimant à l'immuno-histochimie les antigènes CD15, CD30, CD20, MUM1 avec des cellules T réactionnelles Pax 5 positives.

Le bilan d'extension n'avait pas montré de localisations secondaires. La lactate déshydrogénase (LDH) était à 180 U/l. La sérologie du virus EBV était positive à IgG. La Polymerase Chain reaction (PCR) dans le sang ainsi que la biopsie ostéo-médullaire étaient toutes les deux négatives. Le dosage pondéral des immunoglobulines n'avait pas objectivé de déficit immunitaire et l'étude des sous-populations lymphocytaires T était n'avait pas identifié d'anomalie. A la base de toutes ces données, le diagnostic



d'UCM, EBV+ de la classification 2016 des hémopathies de l'OMS a été retenu et untraitement par polychimiothérapie (Rituximab, Vincristine, cyclophosphamide et Doxorubicine) a été instauré. L'évolution était favorable sans récurrence sur 12 mois.

Discussion:

L'UCM, EBV+ se présente cliniquement par un ulcère chronique de l'oropharynx, de la peau, du tractus gastro-intestinal et rarement de la muqueuse génitale. Histologiquement, l'UCM, EBV+ est fait d'un infiltrat polymorphe avec de grandes cellules de type B d'aspect sternbergoïde exprimant le transcrit EBV, les antigènes CD15, CD30 et CD20, et des lymphocytes T réactionnels PAX5 positifs.

Le diagnostic se chevauche essentiellement avec le lymphome B diffus à grandes cellules EBV+, la granulomatose lymphomatoïde et le lymphome plasmoblastique de la cavité buccale des patients VIH positifs. Le diagnostic de certitude est parfois difficile, mais généralement le caractère clinique indolent sans atteinte systémique, avec la possibilité de régression spontanée, la présence à l'immunohistochimie de cellules lymphomateuses CD15+ et EBER+ sans angiocentrisme ainsi que l'absence de clonalité B font poser le diagnostic.

Le traitement n'est pas encore bien défini, les quelques rares cas rapportés dans la littérature étaient traités soit par la chimiothérapie standard, CHOP (cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine, prednisone), ou par rituximab et bendamustine. D'autres ont bien répondu à la radiothérapie seule.

Conclusion:

L'UCM, EBV+ est une entité provisoire de la classification 2016 des hémopathies de diagnostic difficile. Il est important de définir les critères diagnostics, les facteurs qui conditionnent son évolution ainsi que l'approche thérapeutique, pour un diagnostic adéquat et une prise en charge meilleure.

Un cas de syndrome de Goltz

A. Bahi ; S. Amal ; O. Hocar
Service de dermatologie et vénéréologie
CHU Mohammed VI- Marrakech- Maroc

Introduction :

Le syndrome de Goltz (MIM 305600) ou hypoplasie dermique en aires est une affection dermatologique associée souvent à diverses malformations congénitales. Elle est caractérisée par des lésions cutanées réparties en plages. Histologiquement, le derme fait presque totalement défaut, alors que l'épiderme est normal. Au point de vue de la transmission héréditaire, on note une prépondérance de sujets de sexe féminin. La transmission, héréditaire, se fait le plus souvent selon le mode dominant lié à l'X, bien que des cas de dominance autosomique aient été écrits.

Matériel et méthodes :

Notre travail a porté sur l'étude du cas d'une fille âgée de 4 ans 1/2 qui s'est présentée à la consultation pour un syndrome poly malformatif.



Observation : Elle s'agit d'une fille âgée de 4 ans et demi, la deuxième d'une fratrie de 3 enfants, deux filles et un garçon, la fille est issue d'un mariage consanguin. L'anamnèse n'a pas trouvé de cas similaire dans la famille. La patiente a rapporté le début des symptômes depuis l'âge de 4 ans.

Résultats :

L'examen clinique a objectivé un retard staturo pondéral (poids – 3 DS, et taille -1 DS), une microcéphalie, un strabisme avec un nystagmus horizontal, des oreilles larges, décollées et bas implantées, un léger hypertélorisme, une dystrophie des ongles au niveau des 4 membres. L'examen dermatologique a noté la présence de lésions diffuses sous forme d'hypoplasie dermique en aires avec de multiples hernies dermiques dans le derme. L'examen ophtalmologique a montré une ectopie du cristallin bilatérale avec un colobome choroïdérien bilatéral. La TDM cérébrale et l'échographie cardiaque ont été sans particularités. Une hypoplasie de la 2^{ème} phalange au niveau des 2 pouces avec une hypoplasie de la clavicule gauche dans les radiographies squelettiques. Une consultation de génétique a été faite en faveur de syndrome de Goltz.

Discussion :

L'expression clinique du syndrome de Goltz est très polymorphe. Il peut, de manière variable et aléatoire, associer des signes habituellement décrits (cutanés, phanériens, osseux, bucco-dentaires) à des signes non systématisés. Dans le Monde, plus de 200 cas ont été rapportés et de nouveaux cas continuent de l'être. L'incidence et la prévalence exactes sont inconnues à ce jour. Toutes les races sont affectées avec une prédominance féminine, présente dès la naissance avec une létalité et morbidité qui diffèrent selon le degré d'expression de la maladie.

Conclusion :

Ce syndrome est assez rare avec un suivi pluridisciplinaire régulier notamment dermatologique, ORL, dentaire et orthopédique. Seuls les traitements symptomatiques sont envisageables avec traitement chirurgical des complications.

Hémangiome infantile résistant à 3 mg/kg/j: expérience avec 4mg/kg/j

I.BENSLIMANE KAMAL 1 , F. HALI 1 , K.CHBANI 2 , S.CHIHEB 1

1 Service de dermatologie et vénéréologie, CHU de Casablanca, Maroc

2 Service de radiologie pédiatrique, CHE Abderrahim Harouchi, Casablanca, Maroc

Introduction

L'hémangiome infantile (HI) est une tumeur vasculaire fréquente chez le nourrisson. Le traitement par bêtabloquants à type de propranolol (Pr) a nettement amélioré le pronostic de l'HI. La dose habituelle varie entre 0,75 mg/kg/jr et 3mg/kg/jr quel que soit le siège et le type de l'HI. Nous rapportons l'expérience d'un cas d'un HI sous cutané résistant à 3 mg/kg/j de Pr que nous avons traité par la dose de 4 mg/kg/j associée à des injections intralésionnelles de dipropionate de bétaméthasone (DB).

Observation

Une patiente de 4 ans suivie depuis l'âge de 4 mois pour un hémangiome sous cutané de la région parotidienne droite a été mise initialement sous Pr à la dose de



3mg/kg/jr et 2 injections intralésionnelles de DB, qui fut arrêté après 20 mois de traitement soit à l'âge de 2 ans. L'évolution était marquée par l'augmentation de l'HI confirmée par une échographie doppler et une angio-IRM qui objectivaient une masse à flux mixte à prédominance veineuse. La décision était de reprendre le Pr à la dose de 4 mg/kg/j associé à des injections locales de DB. Après 17 mois sous 4mg/kg/jr de Pr et 2 injections de DB, l'amélioration était manifeste avec une régression quasi complète de l'HI. Nous n'avons noté aucun effet secondaire à cette dose.

Discussion

Les HI sont plus fréquents chez les filles et les localisations prédominantes des HI sont la tête et le cou. Depuis l'introduction du Pr dans le traitement des HI en 2008, leur pronostic est nettement amélioré. Plusieurs consensus soulignent l'importance de commencer le traitement le plus tôt possible et la dose varie entre 0,75 et 3mg/kg/j. Le traitement est arrêté de préférence après 17 mois. Les cas d'HI résistants à une dose de 3mg/kg/j sont extrêmement rares avec une prévalence de 0,45 selon une étude multicentrique française. Plusieurs hypothèses sont émises pour expliquer cela : une phase de prolifération explosive et prolongée, un HI totalement résistant au Pr, un problème d'observance du traitement et autres. La dose de Pr 3mg/kg/j est évaluée dans quelques séries de cas. Nous constatons à travers ces séries et à travers notre observation qu'une dose de 4 mg/kg/j semble être une option efficace à proposer en cas de résistance à la dose habituelle maximale de 3 mg/kg/j.

Dermatoses oculo-faciales de l'enfant: penser à la rosacée

M. El mansouri, Fz. El.Fatoiki, H.Skali, F.Hali, S.Chiheb
Service de dermatologie et de vénérologie du CHU Ibn Rochd Casablanca

Introduction :

La rosacée est un état inflammatoire cutané chronique des aires convexes de la face. Cette affection est considérée rare chez l'enfant avec une prévalence faible. Les signes ophtalmologiques précèdent souvent les signes cutanés chez l'enfant, toutefois ils peuvent rester isolés. Nous rapportons les observations de 3 enfants porteurs de rosacée pédiatrique cutanée et/ou oculaire.

Cas Cliniques :

- 1^{er} cas: Nourrisson de 10 mois, de sexe féminin, présentant une atteinte oculaire isolée représentée par des chalazions bilatéraux des paupières supérieures et inférieures.
- 2^{ème} cas: garçon de 18 mois présentant une éruption papulopustuleuse évoluant par poussées /rémissions. L'examen clinique a permis de retenir le diagnostic de rosacée, en objectivant une éruption papulopustuleuse des joues, sur un fond télangiectasique sans comédons décelables.
- 3^{ème} cas: fillette de 6 ans, présentait des chalazions bilatéraux des paupières supérieures. L'examen dermatologique avait révélé un fond télangiectasique au niveau des deux joues. L'analyse histologique avait révélé des petits granulomes à cellules géantes multinucléées. Le



diagnostic de rosacée oculo-cutanée granulomateuse a été retenu. Tous les patients ont été traités par des macrolides par voie orale, avec une chirurgie palpébrale chez la 3ème malade.

Discussion :

L'originalité de nos observations réside dans la rareté de la rosacée pédiatrique, la variabilité de ses manifestations cliniques ainsi que la place que peut prendre le dermatologue dans sa prise en charge. La rosacée de l'enfant est fréquemment sous diagnostiquée. Elle se manifeste sous cinq formes : érythémato-télangiectasique, papulopustuleuse, hypertrophique, la rosacée oculaire et la rosacée granulomateuse. Ses lésions dermatologiques semblent, pour la plupart, similaires à celles que l'on retrouve chez l'adulte. Par ailleurs l'atteinte oculaire précède souvent l'atteinte cutanée. Lorsqu'elle est méconnue expose l'enfant à des complications graves. Des antécédents familiaux de rosacée, des signes cutanés inflammatoires de la face associés ou non à une conjonctivite phlycténulaire, des chalazions à répétition, doivent nous faire évoquer une rosacée oculo-cutanée et par conséquent, adresser le patient pour un examen ophtalmologique.

Atteinte unguéale dans la pelade chez l'enfant

M. El mansouri, Fz. El.Fatoiki, H.Skali, F.Hali, S.Chiheb
Service de Dermatologie et Vénérologie CHU Ibn Rochd Casablanca

Introduction:

L'atteinte unguéale au cours de la pelade n'est pas rare et peut revêtir plusieurs aspects cliniques et dermoscopiques. Nous proposons d'étudier les différentes anomalies unguéales cliniques et dermoscopiques au cours de la pelade chez l'enfant.

Matériel et méthodes:

Nous avons colligé 20 cas de pelade chez des enfants suivis en consultation de dermatologie pédiatrique ayant bénéficié d'une dermoscopie. Le diagnostic était retenu sur les données de l'anamnèse, de l'examen clinique et d'un prélèvement mycologique négatif. Pour chaque patient, nous avons précisé les données démographiques, la forme clinique de la pelade, la présence ou non de l'atteinte unguéale et ses différents signes cliniques et dermoscopiques.

Résultats:

18 cas avaient une atteinte unguéale. L'âge moyen des patients était de 10,2 ans avec prédominance féminine. Des antécédents familiaux de pelade étaient retrouvés chez 3 malades. Seize de nos malades présentaient une atteinte unguéale méconnue. Cinq cas avaient une atteinte unguéale concomitante à la pelade. L'atteinte unguéale était associée à une forme clinique modérée de pelade chez 12 cas et entrainait dans le cadre d'une pelade sévère chez 6 cas. L'atteinte des ongles était prédominante aux mains chez 16 cas. Cliniquement, l'atteinte unguéale était répartie comme suit [(onychorrhexis (n=6); aspect de dé à coudre (n=6); leuconychie (n=2); la trachyonychie (n=2); l'onycholyse (n=2); mélanonychie (n=2); koilonychie (n=1); onychomadèse (n=1); ligne de beau (n=1)]. L'analyse au dermoscope



a montré de fins dés à coudre (N=7); des stries longitudinales (n=6); un amincissement de la tablette (n=5); une onycholyse distale (n=4); une dilatation des capillaires distaux du lit unguéal (n=4); un épaissement de la cuticule (n=4); une kératose péri unguéale (n=3); une mélanonychie (n=2).

Discussion:

L'intérêt de notre travail est d'évaluer la fréquence de l'atteinte unguéale chez des enfants suivis pour une pelade du cuir chevelu et de déterminer les différents aspects aussi bien cliniques que dermoscopiques rencontrés au cours de cette affection. Cette localisation de la pelade est souvent sous estimée et non rapportée par le malade et sa famille. Cette atteinte unguéale peut précéder, accompagner ou suivre l'apparition de l'atteinte du cuir chevelu. L'atteinte unguéale chez nos patients était très variée, souvent diagnostiquée à l'examen dermoscopique. En dehors des signes fréquemment décrits dans la littérature, l'onycholyse distale, l'amincissement de la tablette unguéale, l'épaississement de la cuticule, ainsi que la dilatation des capillaires distaux du lit faisaient partie des principaux signes dépistés à l'aide du dermoscope. En raison de son intérêt pronostique, l'examen clinique couplé à la dermoscopie constitue une étape importante dans la prise en charge de tout patient peladique. D'autres études seraient nécessaires pour corrélérer l'atteinte unguéale à la sévérité de l'atteinte du cuir chevelu.

Un érythème figuré du nourrisson

Iyda El faqyr 1, Said Amal 1, Ouafa Hocar 1

1 Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Mohammed VI, Marrakech, Maroc
Faculté de Médecine et de Pharmacie, Laboratoires de Biosciences, Université Caddi
Ayad, Marrakech, Maroc

Introduction :

Les érythèmes figurés peuvent avoir une disposition annulaire, circinée, polycyclique ou serpiginieuse. De tels éruptions ne sont très courantes chez les nourrissons. Diverses causes sont identifiées, allant de conditions bénignes comme « l'érythème annulaire de la petite enfance » au « lupus érythémateux néonatal (LEN) » avec une atteinte systémique grave.

Observation :

Un nourrisson âgé de 1 mois et demi, n'ayant pas d'antécédents pathologiques s'est présenté aux urgences pédiatriques pour des lésions cutanées apparues depuis 1 semaine. L'examen clinique a retrouvé un nourrisson vigilant, en bon état général. L'examen dermatologique a montré de multiples lésions annulaires, avec une bordure érythémato-squameuse, et un centre non érythémateux, présentant des squames fines, réparties sur le tronc, le dos, les cuisses et les jambes. Les mêmes lésions siégeaient au niveau du cuir chevelu et épargnaient le visage. Nous avons évoqué : un lupus néonatal, une dermatophytie étendue, et un psoriasis annulaire. Le bilan biologique n'avait pas montré de cytopénie ni de syndrome inflammatoire, les anticorps anti-nucléaires et anti-SSA sont



revenus négatifs. L'étude mycologique des squames n'a pas été faite vu le contexte de la pandémie covid 19, l'examen de la mère n'a pas retrouvé d'onychomycoses, nous n'avons pas pu examiner les autres membres de la famille. Nous avons mis le nourrisson sous Ciclopiroxolamine crème 2 applications par jour avec une disparition des lésions dès la 2ème semaine. Nous avons conclu à une mycose superficielle étendue.

Discussion :

Les érythèmes annulaires de la petite enfance peuvent être distingués par le mode d'apparition, l'évolution, la distribution et la morphologie des lésions cutanées, les signes associés et les antécédents familiaux. Le diagnostic clinique est confirmé par des tests de laboratoire. Selon certains auteurs, un test d'anticorps anti-Ro devrait être effectué dans tous les cas de lésions cutanées annulaires de la petite enfance pour éviter de rater un diagnostic de LEN. L'infection par les dermatophytes dans la petite enfance n'est pas courante. Tous les dermatophytes anthropophiles, géophiles ou zoophiles peuvent affecter les nourrissons, les plus rapportés sont *M. canis*, *T. tonsurans*, *T. rubrum*, *T. mentagrophytes*, *M. gypseum* et *T. violaceum*. Le traitement de l'infection à dermatophytes à cet âge fait appel surtout aux antifongiques topiques comme les azolés et la terbinafine. Des médicaments antifongiques systémiques comme l'itraconazole peuvent être utilisés pour la teigne.

Conclusion :

L'érythème annulaire de la petite enfance pose un défi diagnostique pour les dermatologues. Il faut toujours s'acharner à éliminer un lupus néonatal.

Carcinome épidermoïde cutané induisant une amputation de l'avant pied : à propos d'une observation

F.Amaaoune 1 ; R.El mchiouit 2 ; R.Chakiri 1

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

2 : Département de traumatologie-orthopédie, Centre Hospitalier Régional Hassan 2, Agadir

Introduction :

Les carcinomes épidermoïdes cutanés (CEC) ou spinocellulaires regroupent des tumeurs épithéliales malignes cutanées primitives qui expriment une différenciation malpighienne et sont distinctes des carcinomes basocellulaires.

Le diagnostic précoce avec un traitement chirurgical adéquat permet d'éviter l'apparition des métastases ainsi que l'évolution vers des tumeurs historiques mettant en jeu le pronostic fonctionnel surtout si localisation au niveau des extrémités.

Nous rapportons une observation de carcinome épidermoïde historique induisant l'amputation de l'avant pied chez une femme de 58 ans.

Observation :

Femme âgée de 58 ans, diabétique type 2 sous antidiabétiques oraux, qui s'est présentée pour une tumeur cutanée de pied gauche évoluant depuis 20 ans avec il y a 8 mois augmentation rapide de la taille de la tumeur et induisant l'amputation de l'avant pied. L'examen général trouvait une patiente stable sur le plan hémodynamique et respiratoire et



apyrétique.

L'examen dermatologique notait un pied gauche amputé des 2/3 antérieur avec persistance du talon surmonté d'une tumeur ulcéro-bourgeonnante, saignante, nauséabonde, avec des bords irréguliers, polycycliques, pigmentée par endroit, entourée d'une plaque noirâtre, légèrement douloureuse.

Devant cet aspect clinique un carcinome épidermoïde a été suspecté.

L'examen ganglionnaire notait la présence de plusieurs adénopathies inguinales gauches de tailles variables, la plus grande mesure 1cm de grand axe, fixes, mobiles, et indolores.

Une biopsie de la tumeur cutanée pour une étude anatomopathologique a été faite confirmant le diagnostic de carcinome épidermoïde.

Un bilan d'extension fait d'une TDM thoraco-abdomino-pelvienne parlait de nodules thyroïdiens et des adénopathies inguinales bilatérales plus marquées à gauches.

La prise en charge thérapeutique était une amputation transtibiale et un curage ganglionnaire gauche au service de chirurgie traumatologique après consentement de la patiente.

Discussion :

Le carcinome épidermoïde cutané (CEC) est une affection rare du pied, il a été décrit pour la première fois en 1828 par Marjolin.

Son incidence a été décrit comme étant d'environ 0.6 à 3 %. Il représente environ 15% des tumeurs malignes de la peau avec une localisation dans 13% au niveau des jambes.

L'Age moyen de découverte est de 60 ans, les hommes sont atteints plus que les femmes, avec un sex ratio de 3.

La durée d'évolution liée au délai du diagnostic conditionne la prise en charge thérapeutique et le pronostic fonctionnel

Dans la littérature, ils sont souvent décrits comme étant des lésions faisant suite à une plaie ou une ostéite chronique. Néanmoins, quelques cas ont été décrits chez les sujets diabétiques suite à un mal perforant plantaire.

Différentes formes morphologiques peuvent se voir dans le carcinome épidermoïde : Formes ulcéro-végétantes, ulcéreuses, végétantes, infiltrantes, verruqueuses...

Notre patiente a présenté une forme ulcéro-végétante-infiltrante amputant son avant pied gauche.

Le CEC est en général faiblement agressif et modérément métastatique ce qui donne une meilleure guérison de carcinome si les traitements sont précocement initiés, et même avec un diagnostic tardif il y a toujours une chance de guérison mais avec des traitements radicaux associées à des séquelles fonctionnelles notamment une amputation d'un membre, qui était décrite dans la littérature chez la majorité des patients diagnostiqués tardivement ou atteints de formes agressifs de CEC comme c'est le cas chez notre patiente.

Conclusion :

Malgré un diagnostic tardif et un traitement chirurgical avec une amputation partielle ou totale du pied, de bons résultats oncologiques ont été observés, empêchant une propagation systémique de la maladie. Ainsi, Une sensibilisation des patients et des médecins pour un diagnostic à un stade précoce s'impose pour éviter un traitement agressif.



Profil épidémiologique-clinique du psoriasis chez l'enfant : expérience du CHU de Casablanca

M.Mouradi, FZ.Elfatoiki, H.Sqalli, F.Hali, S.Chihab

Introduction :

Le psoriasis est une dermatose érythémato-squameuse multifactorielle, d'évolution chronique, représentant 4 à 5% des affections dermatologiques pédiatriques.

Bien qu'il ne soit pas très fréquent, il semblerait que plus d'un tiers des psoriasis de l'adulte auraient débutés dans l'enfance. Le diagnostic est clinique et ne nécessite généralement aucun examen complémentaire sauf pour les formes graves. Le traitement a été peu évalué par des études contrôlées chez l'enfant.

Matériel et méthodes :

Notre objectif est d'étudier le profil épidémiologique, les différentes formes cliniques, les particularités thérapeutiques et évolutives du psoriasis de l'enfant à travers une étude rétrospective des enfants psoriasiques vus en consultation de dermatologie pédiatrique à l'hôpital IBN ROCHD du C.H.U de Casablanca entre janvier 2009 et janvier 2020.

Résultats :

Nous avons colligé 80 enfants atteints de psoriasis. L'âge moyen de début était de 8.5 ans et près de 62.5% étaient en âge de scolarisation. Le sex-ratio H/F était de 0,92. Un facteur déclenchant a été identifié chez 16% des cas (infection streptococcique chez 10 cas, stress psychique chez 4 cas). 8% des enfants avaient un antécédent familial de psoriasis. Le délai moyen avant la consultation était de 10 mois. Le diagnostic positif était clinique pour la majorité de nos malades, seulement 8% ont bénéficié d'une biopsie cutanée.

La lésion élémentaire était érythémato-squameuse dans 96% des cas, siégeant préférentiellement au niveau des coudes, des genoux et du cuir chevelu. Un seul patient avait une atteinte unguéale isolée et 10 patients avaient une KPP. 40 patients avaient un psoriasis en plaque, 30 avaient un psoriasis en gouttes, 5 avaient un psoriasis pustuleux, 2 avaient une forme nummulaire, deux autres avaient une forme érythrodermique et une seule patiente avait une forme arthropatique sévère. LE PASI était inférieur à 10% chez 60 patients, variait entre 10 et 30% chez 18 malades, et il était supérieur à 30% chez deux patients.

La quasi-totalité des patients étaient traités par voie locale, principalement par des dermocorticoïdes (93%). Le méthotrexate était indiqué chez 4 patients, 5 patients ont reçu des rétinoïdes, et une biothérapie à base d'INFLIXIMAB a été initiée chez un patient présentant un psoriasis arthropatique sévère puis relayé par de l'ETANERCEPT associé au MTX avec bonne évolution.

Discussion et conclusion :

Toutes les formes cliniques de psoriasis peuvent être observées chez l'enfant. Cependant, la fréquence des différentes formes est modifiée selon l'âge de l'enfant. Le psoriasis en gouttes par exemple se présente comme une éruption d'apparition rapide et diffuse, prédominant sur le tronc, et faite de petites plaques de psoriasis (< 1 cm). Dans plus de la moitié des cas, il disparaît sans traitement en quelques mois. Il succède fréquemment à une infection à streptocoque, qu'il faudra chercher et traiter. Le diagnostic du psoriasis chez l'enfant est le plus souvent aisé et aucune exploration complémentaire n'est justifiée que dans certaines formes atypiques ou graves. Le pronostic heureusement bénin dans l'immense majorité des cas justifie des thérapeutiques non agressives. Une grande partie de la consultation est destinée à expliquer la maladie à l'enfant, avec

des mots adaptés, et surtout à ses parents pour la réussite de la prise en charge. Il ne faut pas



méconnaître non plus l'effet de cette dermatose affichante sur le psychisme de l'enfant et de sa famille et insister sur la non-contagiosité de l'affection.

DERMITE DES LANGES : ETUDE DES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES

(CAP) DES PARENTS.

A.Khouna 1, H.Daflaoui 1, S.Dikhaye 1,2, N.Zizi 1,2.

1 Service de Dermatologie , Vénérologie et Allergologie .

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

CHU Mohammed VI ,Oujda ,Maroc

Introduction :

La dermite des langes est une affection cutanée fréquente chez l'enfant de 0 à 3 ans. Les parents jouent un rôle important en matière des habitudes d'hygiène. Leurs attitudes et pratiques quotidiennes peuvent améliorer ou aggraver la dermite des langes. Le but de ce travail est d'étudier les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des parents face à la dermite des langes dans le service de dermatologie du CHU Mohammed VI d'Oujda .

Matériels et méthodes :

C'est une étude descriptive portant sur les cas de dermite des langes sur une période de 13 mois, de Mai 2019 à Juin 2020. Un questionnaire détaillé était rempli au cours de la consultation au service de dermatologie avec un examen clinique complet et une prise en charge adaptée. Résultats : Nous avons colligé 98 cas, avec un sex-ratio de 2,7 en faveur du sexe féminin. L'âge moyen était de 7,3 mois avec des extrêmes allant de 20 jours à 27 mois. L'enfant était accompagné par sa mère dans 83% des cas. Le niveau scolaire des mères était bas dans 64% des cas. La dermite des langes était reconnue comme une pathologie chez 24% des parents. Seize pourcent des mères croyaient que la dermite des langes était contagieuse. Elle était directement liée au port de couches chez 73% des parents. Le recours à la consultation était retrouvé chez 22% des cas. La première consultation était faite en pharmacie par 63% des parents. Le changement des couches était fait après besoin dans 34% des cas, 3 fois par jour chez 54% des cas et 2 fois par jour chez 12% des cas. Un lavage au savon après chaque change de couche était fait par 23% des cas alors que 77% des cas utilisaient des lingettes. Les cosmétiques utilisés étaient : les crèmes dans 83% des cas, les poudres dans 56% des cas, les produits naturels dans 36% des cas, prédominé par l'huile d'olive dans 78%. L'eczéma de contact était retrouvé dans 43% des cas, la dermite



irritative dans 36%, l'infection mycosique dans 33%, le psoriasis des langes dans 12%, la dermite séborrhéique dans 10% et l'anite streptococcique dans 8% des cas.

Discussion :

On notait une nette prédominance féminine dans notre étude contrairement aux études de la littérature. Les enfants des mères ayant un niveau scolaire bas étaient les plus représentés dans notre échantillon (64%). Environ les 2 tiers des parents de notre étude consultaient en premier en pharmacie ce qui pourrait être expliqué par la difficulté d'accès aux soins dans notre pays ainsi que par la non considération de la dermite des langes comme une pathologie chez les 2 tiers des parents. Les changes de couches 3 fois par jour étaient les plus représentés dans notre étude (54%), par rapport à une étude bamakoise où les changes 2 fois par jour étaient prédominants (86,1%).

Conclusion :

La peau des bébés réclame une attention ainsi que des soins adaptés, d'une extrême douceur, soulignant l'importance d'une bonne information des mamans sur les pratiques d'hygiène et sur l'intérêt d'une consultation médicale devant une dermite des langes vu les causes variées responsables de cette pathologie.

Exostoses et ostéochondromes sous unguéales : challenge diagnostic chez l'enfant

A.Oulehri, H.Baybay, S.Boularbahe, S.Elloudi, Z.Douhi, FZ.Mernissi
Service de dermatologie et vénérologie, centre hospitalier Hassan II FES, Maroc

Introduction :

L'exostose sous-unguéale (ES) et l'ostéochondrome sous-unguéal (Os) sont deux tumeurs bénignes peu communes de la phalange distale. Elles peuvent se rencontrer à tout âge, mais elle prédomine chez l'enfant et l'adulte jeune. Leur diagnostic est souvent méconnu surtout aux stades précoces, ce qui aggrave la dystrophie unguéales et les séquelles post-chirurgicales surtout chez l'enfant.

Observations :

Cas 1 : fillette de 8 ans, notion de traumatisme du pied droit remontant à 3 mois, puis apparition d'une masse au niveau du gros orteil du même pied augmentant progressivement de taille douloureuse au chaussage. L'examen trouve une onycholyse latéro-distale de l'hallux droit avec un soulèvement de la tablette unguéale par un nodule ovoïde d'environ 1.5 cm de diamètre jaune rosâtre, fixe et de consistance dure. La dermoscopie a montré une zone centrale blanc jaunâtre, une collerette périphérique squameuse et des télangiectasies.

Cas 2 : garçon de 12 ans sans antécédents, s'est présenté pour la prise en charge d'un nodule sous-unguéal du deuxième orteil du pied droit, douloureux et évoluant lentement pendant un an et demi. L'examen clinique a révélé un pied grec avec un nodule sous unguéal de consistance dure, de 1 cm, de couleur peau normale avec une surface hyperkératosiques et une onycholyse de la plaque



unguéale sus jacente .La dermoscopie a montré un aspect rose-blanc avec des télangiectasies en périphérie.

Cas 3 : petite fille de 9 ans, présentait un nodule douloureux du gros orteil apparu il y a un an, de consistance dure siégeant au bord distal de l'ongle qu'il soulève.

Pour nos trois patientes, la radiographie standard a montré une opacité latéro- distale de la dernière phalange, homogène, bien circonscrite sans continuité ni remaniement de l'os sous-jacent.

Notre avons réalisé une exérèse complète de la lésion avec un curetage soigneux du plan osseux pour minimiser les risques de récurrence. L'étude anatomopathologique était en faveur d'exostose sous unguéale pour les deux premiers cas et d'ostéochondrome pour le troisième.

L'évolution était favorable avec une disparition de la douleur, une bonne cicatrisation, et une repousse complète de l'ongle. La radiographie standard de contrôle était normale chez les trois enfants .Le recul actuel est respectivement de 2 ans, 1 an et 6 mois.

Discussion

Tous les auteurs s'accordent à dire qu'il existe un vrai retard diagnostique et de prise en charge de ces lésions, surtout chez l'enfant majorant le ratio de dystrophie unguéale. Il faut savoir évoquer ce diagnostic qui est clinique et radiologique, la description dermoscopique récemment décrite ajoute un nouvel argument diagnostique. Vu qu'il s'agit d'une métaplasie cartilagineuse qui adhère secondairement à l'os engendrant un niveau de clivage, une exérèse chirurgicale par le dermatologue donne de bons résultats avec disparition de la douleur et une repousse tout à fait normale.

Transformation maligne de maladie de Verneuil: Une complication rare et redoutable

S.Rabba/FZ.El Fetoiki/F.Hali/H.Dahbi Skalli/S.Chiheb

Introduction :

La maladie de Verneuil (MV) ou hydradénite suppurée est une affection chronique suppurative fistulisante et d'évolution cicatricielle des follicules pilo-sébacés. La dégénérescence maligne au cours de la Maladie de Verneuil est une complication rare à long terme (1,5-3%). Nous en décrivons ici un nouveau cas.

Observation :

Patient de 57 ans, tabagique et cannabique chroniques, ayant un passé de maladie de Verneuil (stade III de Hurley) évoluant depuis 30 ans avec mauvaise coopération et traitement irrégulier par Cyclines et Metformine, retenue devant des nodules polyfistulisés inflammatoires et abcès récidivants de localisation fessière et péri-anale avec une histologie compatible, ayant consulté pour l'apparition un bourgeonnement douloureux de la fesse droite qui aurait débuté 9 mois auparavant. À l'examen dermatologique il s'agissait d'une lésion ulcéro-bourgeonnante arrondie infiltrée rosée et fétide avec aspect en "choux-fleur", de 10 cm de grand axe. Il existait une hyperpigmentation de toute la région lombo-sacrée ainsi que plusieurs nodules fistuleux communicants et cicatrices hypertrophiques, témoignant du stade avancé de la maladie. Il n'y avait pas d'adénopathies palpables. Le patient a bénéficié d'une exérèse chirurgicale large avec à l'histologie un aspect de multiples carcinomes épidermoïdes bien différenciés infiltrants et kératinisants, au nombre de 4, mesurant entre 1,5 et 11 cm de grand axe avec présence d'engainement périnerveux et une limite profonde (périostée) à ras (moins de 1mm). Le bilan



d'extension était négatif. Le recul actuel est d'un mois. Une greffe de peau est prévue pour couvrir la perte de substance.

Discussion :

La transformation maligne de la maladie de Verneuil en carcinome épidermoïde est décrite mais rare. Elle possède deux particularités : Elle concerne uniquement les localisations périnéale et fessière, et elle touche quasi-exclusivement les hommes. L'âge moyen au moment du diagnostic de carcinome varie de 51 à 57 ans selon les séries. Le délai d'évolution de la maladie de Verneuil avant dégénérescence est de 20 ans en moyenne. La dégénérescence n'est pas directement liée à la maladie de Verneuil, mais plutôt à l'inflammation et aux ulcérations chroniques qu'elle engendre ce qui rend l'irritation inéluctable et l'hygiène difficile. La transformation néoplasique semble être en rapport avec la présence de radicaux libres qui sont relargués par les cellules qui induisent cette inflammation chronique : les polynucléaires neutrophiles, éosinophiles, et macrophages. Un important contraste est noté entre l'évolution insidieuse de la maladie de Verneuil et le développement foudroyant du carcinome épidermoïde. Le traitement chirurgical repose sur une exérèse large mais son pronostic est redoutable avec, dans la littérature, 50 % de décès deux ans après la chirurgie. L'évolution métastatique survient de façon précoce. En cas d'atteinte profonde l'amputation abdominopérinéale est parfois inéluctable.

Conclusion :

Il est impératif de ne pas perdre de vue les patients atteints de maladie de Verneuil, par le biais d'une surveillance rigoureuse et de proposer, dans certains cas, une exérèse préventive de toute la région concernée.

Pseudo-érysipèle du pied révélant un PFAPA syndrome chez un nourrisson

L.Zenjari, F.Z. Elfatoiki, F. Hali, H. Dahbi Skalli, S. Chiheb

Introduction

Le PFAPA syndrome ou syndrome de Marshall est une fièvre auto-inflammatoire, caractérisée par des fièvres récurrentes, une pharyngite, une adénomégalie cervicale et une aphtose buccale.

Nous rapportons un cas de pseudo-érysipèle du pied révélant un PFAPA syndrome chez un nourrisson de 18 mois.

Observation

Il s'agit d'un nourrisson âgé de 18 mois, de sexe féminin, qui présentait une fièvre récurrente à raison de 2 accès par mois, depuis l'âge de 3 mois, non étiquée.

Elle présentait depuis 48h avant sa consultation, un placard inflammatoire du pied droit, associé à une fièvre.

L'examen retrouvait un placard chaud douloureux prenant le dos et la plante du pied droit, avec une fièvre chiffrée à 39°C, et une pharyngite érythémateuse.

Un dermohypodermite non nécrosant d'origine bactérienne a été suspectée, et la patiente a été mise sous association amoxicilline acide clavulanique et métronidazole par voie intraveineuse, avec soins locaux pendant 10 jours.



Devant la régression incomplète du placard, et une récurrence de la fièvre, un bilan de fièvre auto-inflammatoire a été réalisé.

La numération formule sanguine était sans anomalies, la VS était accélérée à 55mm, et le dosage pondéral des Ig G, Ig A, Ig M était normal.

Le dosage de l'acidurie mévalonique était normal, ainsi que la recherche de mutation dans le gène MEFV.

Le diagnostic retenu était un PFAPA syndrome, devant l'âge de début de moins de 5 ans, les épisodes fébriles récurrents, l'absence de signes en dehors des épisodes et la croissance normale de l'enfant. Une corticothérapie à 1 mg/kg en prise unique lors de l'épisode a permis la régression du placard et l'espacement des épisodes.

Discussion

L'originalité de notre observation réside en la rareté du PFAPA, ainsi que la particularité de l'atteinte cutanée.

En effet, les manifestations cutanées du PFAPA syndrome sont plutôt représentées par l'aphtose buccale et les exanthèmes maculopapuleux.

Des cas de pseudo-erysipèles ont été plutôt décrits dans des cas de fièvre méditerranéenne familiale, mais ce diagnostic avait été exclu par une recherche de mutation du gène MEFV négative.

Nous rapportons donc une manifestation cutanée atypique révélant un PFAPA.

Pensez à l'hypertriglycéridémie devant une ichtyose congénitale

El ammari S , Baybay H, Elloudi S, Douhi Z, Mernissi FZ
Service de dermatologie. CHU Hassan II, Fès

Introduction :

Le syndrome de Dorfman-Chanarin (SDC) est une affection héréditaire très rare, associant une ichtyose congénitale non bulleuse à une surcharge en triglycérides.

Observation :

Nous rapportons le cas d'un nourrisson de 6 mois, issu d'un mariage consanguin, présentant depuis la naissance une ichtyose, avec notion de bébé collodion. L'examen général a trouvé un retard staturo-pondéral, avec à l'examen dermatologique : la présence de larges squames sombres, peu épaisses sur l'ensemble du corps épargnant les grands plis et le visage, reposant sur une peau érythémateuse au niveau de la partie supérieure du tronc et des membres supérieures, associée à une kératodermie palmoplantaire, des oreilles mal ourlées et un ectropion. La biologie a révélé une hypertriglycéridémie sévère (3 g/l) reconstruée à 2 reprises, CPK mb élevé à 5 fois la normale, Créatine phosphokinase (CPK) ainsi que le bilan hépatique et la fonction rénale étaient normaux. L'échographie abdominale n'a pas révélé d'hépatosplénomégalie ni de stéatose hépatique. le patient a été mis sous émoullients topiques.

Discussion :

Le SDC est une maladie métabolique à transmission autosomique récessive, due à des mutations du gène ABHD5 (3p21). Il en résulte l'inhibition d'une enzyme, la triglycéride lipase, entraînant une surcharge en lipides au niveau de différents tissus. Cette anomalie métabolique engendre des manifestations systémiques variables, telles qu'une ichtyose, un retard de croissance, une splénomégalie, une stéatohépatite, une cardiomyopathie, une insuffisance rénale, une surdité



neurosensorielle, des troubles oculaires divers et une atteinte neurologique. Le déficit musculaire demeure infraclinique dans la plupart des cas, malgré l'élévation des enzymes musculaires dans plus de 50 % des cas. Le diagnostic repose sur la mise en évidence des corps de Jordan au niveau des leucocytes et du muscle. Ce syndrome est sans gravité en l'absence d'atteinte neurologique. Le traitement du SDC est symptomatique. L'acitrétine a montré son efficacité sur l'ichtyose, sous réserve d'une surveillance étroite du bilan lipidique.

Conclusion :

Le syndrome de Dorfman Chanarin est une entité rare, souvent bénigne. Le préjudice esthétique est important lié à l'ichtyose cutanée étendue.

Mots clé : Icthyose , Hypertriglycémie , Syndrome de Dorfman-Chanarin

Erysipèle Bulleux : Dermatose Inhabituelle Chez le Nourrisson

M. Rimaoui ; F.Hali ; S.Chiheb

Service de dermatologie ; CHU Ibn Rochd ; Université Hassan II ; Casablanca ; Maroc

L'érysipèle est une dermo-hypodermite non nécrosante affectant souvent les membres inférieurs. Elle survient chez l'adulte entre 40 et 80ans, favorisée par le diabète, l'immunodépression et le lymphœdème.

Rarement décrite chez le nourrisson et le nouveau-né. Notre observation illustre un érysipèle bulleux du membre supérieur chez un nourrisson de 18 mois.

Observation :

Nourrisson de 18 mois, sans antécédents pathologiques notables, présente un gros membre supérieur droit rouge douloureux évoluant depuis 24h.

L'examen retrouve un patient apyrétique, placard érythémateux chaud douloureux atteignant le coude associé à une tuméfaction du membre supérieur surmontée de bulle tendue à la face dorsale de la main, sans purpura, ni crépitation, ni trouble de la sensibilité.

Le reste de l'examen retrouve une adénopathie axillaire douloureuse centimétrique. L'examen ostéo_articulaire est sans anomalies.

Le bilan retrouve: hyperleucocytose de 18 000/mm³ à prédominance polynucléaires neutrophiles de 15000 avec CRP de 180mg/l, et une échographie des parties molles objectivant une infiltration des parties molles diffuse sans individualisation de collection visible. La radiographie ne montre pas d'atteinte osseuse.

Le traitement repose sur une antibiothérapie par voie intraveineuse : Amoxicilline acide clavulanique, les soins locaux, avec bonne évolution.

Discussion

L'érysipèle est une dermo-hypodermite infectieuse relativement fréquente chez l'adulte mais qui est exceptionnelle chez le nourrisson. Il est favorisé par une brèche dans la barrière cutanée, tels que les



microtraumatismes, piqûre d'insecte, un intertrigo ou des conditions systémiques (bactériémie..). Dans notre observation aucune porte d'entrée n'a été élucidée, une piqûre d'insecte inaperçue demeure possible. Le diagnostic de l'érysipèle est clinique. Il est réconforté par la biologie. L'érysipèle du nourrisson est une entité rare et tout retard diagnostique peut être responsable de séquelles fonctionnelles handicapantes.

Profil épidémio-clinique du psoriasis chez l'enfant : expérience du CHU de Casablanca

M.Mouradi, FZ.Elfatoiki, R.Ajouani, H.Sqalli, F.Hali, S.Chihab

Introduction :

Le psoriasis est une dermatose érythémato-squameuse multifactorielle, d'évolution chronique, représentant 4 à 5% des affections dermatologiques pédiatriques.

Bien qu'il ne soit pas très fréquent, il semblerait que plus d'un tiers des psoriasis de l'adulte auraient débutés dans l'enfance. Le diagnostic est clinique et ne nécessite généralement aucun examen complémentaire sauf pour les formes graves. Le traitement a été peu évalué par des études contrôlées chez l'enfant.

Matériel et méthodes :

Notre objectif est d'étudier le profil épidémiologique, les différentes formes cliniques, les particularités thérapeutiques et évolutives du psoriasis de l'enfant à travers une étude rétrospective des enfants psoriasiques vus en consultation de dermatologie pédiatrique à l'hôpital IBN ROCHD du C.H.U de Casablanca entre janvier 2009 et janvier 2020.

Résultats :

Nous avons colligé 80 enfants atteints de psoriasis. L'âge moyen de début était de 8.5 ans et près de 62.5% étaient en âge de scolarisation. Le sex-ratio H/F était de 0,92. Un facteur déclenchant a été identifié chez 16% des cas (infection streptococcique chez 10 cas, stress psychique chez 4 cas). 8% des enfants avaient un antécédent familial de psoriasis. Le délai moyen avant la consultation était de 10 mois. Le diagnostic positif était clinique pour la majorité de nos malades, seulement 8% ont bénéficié d'une biopsie cutanée.

La lésion élémentaire était érythémato-squameuse dans 96% des cas, siégeant préférentiellement au niveau des coudes, des genoux et du cuir chevelu. Un seul patient avait une atteinte unguéale isolée et 10 patients avaient une KPP. 40 patients avaient un psoriasis en plaque, 30 avaient un psoriasis en gouttes, 5 avaient un psoriasis pustuleux, 2 avaient une forme nummulaire, deux autres avaient une forme érythrodermique et une seule patiente avait une forme arthropatique sévère.

LE PASI était inférieur à 10% chez 60 patients, variait entre 10 et 30% chez 18 malades, et il était supérieur à 30% chez deux patients.

La quasi-totalité des patients étaient traités par voie locale, principalement par des dermocorticoïdes (93%). Le méthotrexate était indiqué chez 4 patients, 5 patients ont reçu des rétinoïdes, et une



biothérapie à base d'INFLIXIMAB a été initié chez une patient présentant un psoriasis arthropatique sévère puis relayé par de l'ETANERCEPT associé au MTX avec bonne évolution.

Discussion et conclusion :

Toutes les formes cliniques de psoriasis peuvent être observées chez l'enfant. Cependant, la fréquence des différentes formes est modifiée selon l'âge de l'enfant. Le *psoriasis en gouttes par exemple* se présente comme une éruption d'apparition rapide et diffuse, prédominant sur le tronc, et faite de petites plaques de psoriasis (< 1 cm). Dans plus de la moitié des cas, il disparaît sans traitement en quelques mois. Il succède fréquemment à une infection à streptocoque, qu'il faudra chercher et traiter. Le diagnostic du psoriasis chez l'enfant est le plus souvent aisé et aucune exploration complémentaire n'est justifiée que dans certaines formes atypiques ou graves. Le pronostic heureusement bénin dans l'immense majorité des cas justifie des thérapeutiques non agressives. Une grande partie de la consultation est destinée à expliquer la maladie à l'enfant, avec des mots adaptés, et surtout à ses parents pour la réussite de la prise en charge. Il ne faut pas méconnaître non plus l'effet de cette dermatose affichante sur le psychisme de l'enfant et de sa famille et insister sur la non-contagiosité de l'affection.

Dermatomyosite juvénile amyopathique : à propos d'un cas

F.chahboun, M.alj, F.agharbi, S.chiheb

Service de dermatologie, hôpital universitaire international cheikh Khalifa Casablanca

Introduction :

La dermatomyosite juvénile est une vascularite multi-systémique. Elle représente 85% des myopathies inflammatoires de l'enfant mais reste rare. Les DMJ sont classés en sous-types : classique, amyopathique, de chevauchement, paranéoplasique (exceptionnelle chez l'enfant)

Nous rapportons le cas d'une dermatomyosite juvénile amyopathique.

Observation :

J.MA âgé de 5 ans était suivi depuis 3 ans pour des lésions érythémato-squameuses des faces d'extension métacarpo-phalangiennes traitées comme psoriasis, avec notion d'aggravation des lésions et apparition de nouvelles lésions cutanées depuis environ une année. L'examen clinique trouvait un érythroedème lilacé des paupières, un érythème malaire, des papules de gottron en regard des articulations interphalangiennes proximales et métacarpo-phalangiennes avec signe de la manucure, l'examen dermoscopique objectivait des méga capillaires en péri-unguéal. La force musculaire était conservée. Le diagnostic de dermatomyosite a été évoqué, le dosage des enzymes musculaires était sans particularités, le bilan immunologique avait objectivé des AC anti TIF1 gamma positifs avec des AC anti scl-75 faiblement positifs. L'électromyogramme était normal, la biopsie musculaire n'a pas été réalisée vu l'âge.

Le patient a été mis sous traitement local par tacrolimus et photo protection associé aux APS (la chloroquine).



Discussion :

L'atteinte cutanée au cours de la dermatomyosite juvénile est très riche, et d'une grande aide diagnostique. Les lésions sont fréquemment photosensibles, prurigineuses ou avec une sensation de brûlure. Les auto-anticorps spécifiques sont présents chez 20 à 50% des patients, ils permettent de conforter le diagnostic dans les formes atypiques, de guider la thérapeutique selon le pronostic associé et permettent une meilleure classification des patients.

Une photo protection sera systématiquement recommandée. Les lésions peuvent être traitées localement par des dermocorticoïdes ou des inhibiteurs de la calcineurine associés éventuellement à un traitement par antipaludéens de synthèse. Les traitements de seconde ligne de l'atteinte cutanée sont le méthotrexate, le mycophénolate mofétil, l'azathioprine. Les formes cutanées réfractaires peuvent être traitées par immunoglobulines intraveineuses.

Conclusion :

La DMJ amyopathique reste une pathologie rare dont la prise en charge thérapeutique sera guidée par l'atteinte clinique.

Le déficit en zinc chez le nourrisson : un diagnostic à ne pas méconnaître

M. SIDKI, H. DOUMA, O. HOCAR, S. AMAL

Service de Dermatologie, CHU Mohammed VI, Marrakech

Laboratoire biosciences et santé

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech Université Cadi Ayyad

Introduction :

Le zinc est un oligoélément qui joue un rôle prépondérant au sein de l'organisme notamment chez la population pédiatrique. Son déficit est exprimé par un ensemble de manifestations principalement dermatologiques. Les étiologies peuvent être héréditaires ou acquises. Nous rapportons dans ce travail un cas de déficit en zinc chez le nourrisson.

Observation :

Il s'agit d'un nourrisson âgé de 9 mois, sous allaitement mixte, ayant comme antécédent une carence en zinc chez le frère, qui s'était présenté pour une éruption cutanée évoluant depuis 2 semaines, dans un contexte d'anorexie et d'irritabilité, sans autres signes associés, notamment pas de signes digestifs. L'examen clinique avait retrouvé des lésions érythémato-squameuses au niveau de la face, du cou, et des extrémités, avec une dermite de siège, sans anomalies des phanères et des muqueuses. Il n'y avait pas d'anomalies du développement psychomoteur. Le diagnostic de déficit en zinc a été évoqué et confirmé par le dosage du zinc sérique qui était bas à 2,4 $\mu\text{mol/L}$. Un traitement par sulfate de zinc a été instauré et l'évolution clinique était favorable avec cicatrisation rapidement progressive des lésions.

Discussion :

Le déficit en zinc est une anomalie qui se manifeste sur le plan cutané par une éruption acrale et péri-orificielle, intéressant surtout la région anogénitale, faite de plaques érythémateuses aux bords bien



définis, avec des squames et des érosions. Des croûtes, des vésicules, et des bulles sont parfois observées. Le tableau clinique peut également associer une alopecie généralisée, des anomalies unguéales, une diarrhée, et en cas de carence sévère et chronique un retentissement sur le développement psychomoteur. L'étiologie principale est l'acrodermatite entéropathique, maladie héréditaire à transmission autosomique récessive. Elle est causée par la mutation du gène SLC39A4 (8q24.3) codant pour une protéine transporteuse du zinc au niveau intestinal (Zip4), entraînant ainsi une anomalie de transport et d'absorption du zinc. D'autres étiologies peuvent également être en cause de ce déficit en rapport avec une carence d'apport en cas d'allaitement maternel exclusif, de prématurité ou d'apport alimentaire mal équilibré, ou avec une perte excessive notamment d'origine digestive. Le diagnostic positif repose sur le dosage du taux sérique de zinc qui est en général effondré. Le traitement est basé sur la supplémentation en zinc, et maintenu à vie dans les formes héréditaires. L'évolution est habituellement rapidement favorable sous traitement et constitue en cas de difficulté de réalisation du dosage, un argument en faveur du diagnostic.

Conclusion :

Le déficit en zinc est une anomalie à expression cutanée qui peut prêter à confusion avec d'autres diagnostics. Sa connaissance permet d'établir un diagnostic et une prise en charge précoces afin d'améliorer le pronostic et d'éviter les complications.

Alopecie néonatale compliquant un accouchement assisté par ventouse

Fatima Zahra Hashas, Hanane Baybay, Imane kacimi Alaoui, Zakia Douhi, Sara Elloudi, Fatima Zahra mernissi Dermatologie, CHU Hassan II , Fes, Maroc

Introduction: L'alopecie est une perte de cheveux pouvant être causée par différents facteurs, elle peut constituer une complication néonatale iatrogène rare des extractions instrumentales qui doit être reconnue.

Observations:

Nous rapportons le cas d'un garçon de 2 ans qui présentait une bande alopecique du cuir chevelu évoluant depuis la période néonatale, à l'interrogatoire la maman rapportait une grossesse au déroulement normal, un accouchement à terme par voie basse assisté par ventouse. L'examen clinique révélait une bande alopecique annulaire temporo pariétale d'environ 7 cm de largeur, avec une peau en regard lisse, légèrement atrophique sans orifices pilaires visualisés, le reste des cheveux était normal, le signe de traction était négatif. La trichoscopie montrait l'absence des orifices pilaires. Le diagnostic d'une alopecie localisée cicatricielle a été retenu. Un traitement chirurgical par la technique d'expansion cutanée a été proposé à l'âge préscolaire.

Discussion: La ventouse obstétricale est un instrument d'extraction assez utilisé afin de faciliter l'extraction fœtale au cours de l'accouchement par voie basse. Néanmoins, cette technique peut présenter des complications néonatales telles que les excoriations du cuir chevelu, des abrasions, lacérations ou décollements cutanés, les bosses séro- sanguines, les céphalématomes des fractures du crâne ou même des hémorragies



intracrâniennes.

L'alopecie qui peut être cicatricielle ou non est une complication néonatale peu fréquente et peu connue des accouchements assistés par ventouse et peut être expliquée par la pression excessive exercée sur le cuir chevelu, déterminant un compromis circulatoire et d'oxygénation de la peau en regard .

Le principal diagnostic différentiel chez notre patient était l'alopecie en auréole « halo scalp ring » qui désigne une forme rare d'alopecie du cuir chevelu non cicatricielle, congénitale ou néonatale et se présente sous forme d'une perte zonale particulière des cheveux du cuir chevelu à disposition circulaire fermée (annulaire proprement dite) ou ouverte (en gallon ou en fer à cheval) avec des cheveux plus clairs et moins denses en regard de la bande alopecique, un examen et une anamnèse rigoureuse permettent de redresser le diagnostic.

cette complication peut avoir préjudice esthétique et un retentissement sur le développement psychosocial de

l'enfant dont le traitement repose sur la chirurgie réparatrice ou correctrice par des techniques d'expansion cutanée , des implantations capillaires ou une excision des zones d'alopecie lorsque la surface atteinte est petite; en cas de refus de la chirurgie ,les techniques de camouflage peuvent être utilisées.

Conclusion :

L'alopecie néonatale après accouchement assisté par ventouse est une complication iatrogène néonatale rare mais qui peut avoir un préjudice esthétique et un retentissement sur le développement psycho social de l'enfant.

Mots-clés: accouchement instrumental , Alopecie en auréole , Alopecie néonatale , ventouse obstétricale

Dermato-pathologie :

Pyodermagangrenosum pénien (PPG) : un simulateur méconnu

H.Palamino, M.Khalaayoune, S.Blemourida, M.Meziane, N.Ismaili, L.Benzekri, B.Hassam, K.Senouci

Service de dermatologie Rabat – CHU Ibn sina

Université Mohammed V de Rabat

Introduction

Le pyodermagangrenosum (PG) est une dermatose neutrophilique qui ne se manifeste le souvent pas des ulcérations ayant une prédilection pour les membres inférieurs. La localisation génitale reste rare et très peu évocatrice, Nous rapportons deux nouveaux cas de PGP.

Observations



Cas 1 : Un homme de 85 ans, ayant comme ATCD un diabète, et notion de chancre génital. Qui consultait pour une ulcération douloureuse de la verge évoluant depuis 3 mois.

L'examen clinique objectivait une ulcération unique du sillon balano-préputial de 5 cm de grand axe à fond fibrineux, avec base surélevée et indurée. La première biopsie cutanée était non spécifique. Le bilan biologique standard, le bilan inflammatoire étaient sans particularités, bilan IST était négatif, et les prélèvements bactériologiques, mycologiques et parasitologiques au niveau de l'ulcère restaient stériles à plusieurs reprises. Ainsi que l'Uro-scanner ne retrouvait aucune anomalie.

L'évolution a été marquée par l'apparition d'une lésion pustuleuse satellite sur la face latérale du gland. Et la biopsie de la pustule objectivait un infiltrat dermique riche en polynucléaires neutrophiles avec présence de lésions de vasculite neutrophilique sans signes de cytoxicité ni de nécrose. Les colorations spéciales n'objectivaient par ailleurs pas d'agent pathogène.

Le site de la biopsie a rapidement évolué en une ulcération purulente, d'extension centrifuge. Devant ce tableau le diagnostic de PPG a été retenu, un traitement par 0.5mg/kg/j de corticothérapie orale avec dégression progressive sur 6 mois a permis une cicatrisation lente mais complète. Aucune rechute n'a été observée depuis 2 ans.

Cas 2 : Un Homme de 61 ans ayant pour antécédent un DT2 compliqué de néphropathie diabétique au stade de dialyse et une cardiopathie ischémique stentée, hospitalisait pour une nécrose du gland évoluant depuis 1 mois. L'examen clinique trouvait une nécrose totale du gland avec une ulcération circonscrite du sillon balano-préputial recouverte de sécrétions purulentes et de fibrine.

Le bilan biologique retrouvait un syndrome inflammatoire important. La calcémie, la phosphoremie et le taux de PTH étaient normaux. Les sérologies des IST étaient négatives. Les prélèvements bactériologiques et mycologiques montraient la présence de levure et filaments mycéliens probablement en rapport avec une surinfection. L'angioscanner abdomino-pelvien n'objectivait pas de sténose artérielle notamment de l'artère honteuse interne.

La biopsie cutanée objectivait un infiltrat inflammatoire non spécifique riche en PNN, avec présence de lésions de vasculite neutrophilique sans signes de cytoxicité ni de nécrose. On n'objectivait par ailleurs pas de calcification artériolaire en faveur d'une calciphylaxie. Quelques filaments mycéliens étaient visualisés à la coloration PAS.

Le diagnostic de PPG fût considéré comme très probable et le malade mis corticothérapie orale à raison de 0.5mg/Kg/j. Une amélioration fût obtenue en quelques jours, néanmoins deux semaines plus tard le patient décéda des suites d'un OAP néphrogénique.

Discussion

Le pyodermagangrenosum pénien (PPG) est une forme rare, jusqu'à ce jour une trentaine de cas de PPG ont été rapportés. La présentation clinique la plus commune correspond à une ulcération purulente et extensive du gland ou du prépuce rarement associée à une atteinte du fourreau de la verge, du scrotum ou de l'anus. Des lésions nécrotiques sont possibles évoquant, lorsqu'elles sont étendues, des tableaux de gangrène de Fournier. Cette forme « pseudo-gangréneuse » illustrée par notre deuxième cas est de diagnostic difficile et d'évolution délabrante le plus souvent en raison des actes chirurgicaux de débridement encadrant la prise en charge.

Le phénomène de pathergie est un phénomène évocateur de PG, Chez notre premier patient l'apparition d'une ulcération au site de la biopsie et le retard de cicatrisation de l'ulcère au niveau de la biopsie ont permis de conforter le diagnostic de PPG.

Dans le PPG, l'histopathologie n'est ni spécifique, ni nécessaire au diagnostic. Les aspects varient selon le stade de la lésion et le site de biopsie. On peut retrouver variablement un infiltrat dermique riche



en PNN, des altérations vasculaires, de la nécrose ou encore un infiltrat granulomateux . Dans notre premier cas seule la biopsie d'une lésion récente a permis d'observer un aspect histologique évocateur. Dans le cas de notre deuxième patient l'utilité de la biopsie résidait avant tout dans l'élimination d'une calciphylaxie, d'une vascularite ou d'un processus malin.

La corticothérapie générale constitue le traitement de première intention, les dermocorticoides ou le tacrolimus peut être proposé dans les formes superficielles ou pustuleuses.

Dans certains cas la corticothérapie est d'emblée associée à la Dapsone, l'azathioprine , la cyclosporine ou encore la mésalazine devant la crainte d'une progression rapide des lésions notamment suite au phénomène de pathergie. La colchicine pourrait constituer ainsi une alternative intéressante

Conclusion

Le PPG est une entité rare peu connue, qui devrait être évoquée systématiquement devant toute dermatose pénienne chronique notamment lorsqu'il existe un phénomène de pathergie.

Une dermohypodermite chronique prurigo-like révélant une dermatose neutrophilique type pyoderma gangrenosum

I.BENSLIMANE KAMAL¹, F.Z FETOIKI, F.HALI¹, F. MARNISSI², S.CHIHEB¹

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

²Service de d'anatomie pathologique, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction :

Le pyoderma gangrenosum (PG) est une dermatose appartenant au groupe des dermatoses neutrophiliques pouvant révéler ou accompagner une pathologie générale. Cette dermatose peut prendre chez certains patients l'aspect clinique d'unedermo-hypodermite (DHD) non nécrosant chronique induisant un retard diagnostic et thérapeutique majeur. Nous rapportons le cas d'une patiente ayant DHD nodulaire chronique prurigineuse révélant un PG.

Observation :

Une patiente de 52 ans, hypertendue, diabétique et opérée pour une fracture du genou, avait présenté depuis 17 ans des lésions nodulaires prurigineuses, douloureuses et récidivantes des deux jambes. L'examen clinique révélait l'aspect d'une DHD nodulaire centré par une pustule par endroit, qui laissait place à une ulcération superficielle puis à des lésions prurigo-like. La biopsie cutanée de la lésion nodulaire centrée par la pustule avait révélé un derme occupé par un infiltrat à prédominance neutrophilique sans signe de vascularite et un hypoderme infiltré avec une faible densité. L'écouvillonnage de la pustule était stérile. La numération de la formule sanguine n'objectivait pas d'hyperleucocytose à prédominance PNN. Le reste du bilan biologique était normal. La notion de lésions similaires sur le site opératoire était relevée. Devant ces éléments clinico-histologiques, le



diagnostic de PG profond a été retenu. Le bilan à la recherche de pathologies fortement associées au PG était négatif. La patiente a été mise sous colchicine; n'ayant pas amélioré son cas ; puis sous thalidomide avec un recul de 3 semaines.

Discussion :

Le PG est une dermatose neutrophilique rare. Il est caractérisé dans sa forme typique par des ulcérations, dont les bords arrondis et inflammatoires forment un bourrelet périphérique ferme avec une croissance centrifuge. Les lésions peuvent se développer après un traumatisme; phénomène rapporté par notre patiente. Le plus souvent, le PG apparaît sur les membres inférieurs avec une préférence pour les zones pré-tibiales. Le PG révélé par une DHD nodulaire chronique, dit atypique, est extrêmement rare. Comme pour le PG typique la recherche des pathologies fortement associées est obligatoire. En de PG atypique les maladies les plus fréquemment associées sont la leucémie myéloïde, les syndromes myélodysplasiques, les anémies réfractaires. Le traitement dépend de la sévérité de l'atteinte. L'originalité de notre observation réside dans le rapport, à notre connaissance, du premier cas de PG profond prurigineux évoluant vers des lésions prurigo-like.

Profil épidémioclinique et étiologique des érythrodermies de l'adulte au CHU de Casablanca :série de 59 cas

I.BENSLIMANE KAMAL¹, F.HALI¹, K. BALINE, S.CHIHEB¹

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

Introduction

Le diagnostic positif d'une érythrodermie est facile, chez l'adulte les causes sont dominées par l'eczéma et le psoriasis. L'objectif de notre travail était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, étiologiques, histologiques et thérapeutiques des érythrodermies dans notre structure.

Matériels et méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective allant de Janvier 2013 à Décembre 2019. Nous avons inclus tous les patients hospitalisés pour érythrodermie au CHU Ibn Rochd de Casablanca et ayant 16 ans et plus. Les données ont été analysées à l'aide de SPSS2.0.

Résultats

Sur une période d'étude de 7 ans, nous avons colligé 59 cas. L'âge moyen des patients était de $52,07 \pm 16,14$ ans avec une nette prédominance masculine (77,6%). La durée moyenne entre le début de la symptomatologie et le diagnostic était de $26,28 \pm 61,89$ semaines, avec un début progressif de l'érythrodermie dans 51,7% des cas. Les étiologies retrouvées dans notre série étaient dominées par le psoriasis (62,1%)(avec un antécédent de psoriasis dans ce groupe de patients chez 8,3% d'entre eux et une histologie retrouvant des micro-abcès dans 41,7% des cas). L'eczéma représentait 5,2%, les hémopathies malignes 12,1%, pemphigus 3,4%, les toxidermies 8,6%. Le prurit était présent dans 91,4% des cas, la fièvre dans 32,8%, la kératodermie palmo-plantaire chez 69% des patients, les adénopathies dans 37,9%, une atteinte unguéale était retrouvée dans 56,9% des cas, une atteinte des muqueuses dans 15,5% des cas et du cuir chevelu dans 77,6% des cas. Le traitement à base de préparations magistrales était donné dans 87,9% des cas, les antihistaminiques chez 86,2% des patients et le méthotrexate chez 31% des patients.



Discussion

L'érythrodermie est une manifestation dermatologique rare et grave. L'âge moyen de nos patients et la prédominance du sexe masculin dans notre série concordent avec les données retrouvées dans la littérature. Par ailleurs les étiologies les plus fréquentes de l'érythrodermie de l'adulte selon une méta-analyse portant sur 868 cas sont l'eczéma (20 à 40%), le psoriasis (25%), les médicaments (16%), une hémopathie (10 %), de cause diverse 1% (plan lichen, pemphigus foliacé, pityriasis rubra pilaris) et idiopathique (26%). Dans notre série les étiologies étaient dominées par le psoriasis et les hémopathies malignes (74,2%), cependant l'eczéma avait un pourcentage relativement faible par rapport à la littérature.

Rétronychie

S. Belmourida, H. Palamino, M. Khallayoune, M. Meziane, N,

Ismaili, L. Benzekri, K. Senouci

Service de Dermatologie et de Vénérologie, Université Mohammed V Rabat,

CHU Avicenne Rabat

Introduction:

Le terme rétronychie (RN) désigne l'incarnation de la tablette unguéale dans le repli sus-unguéal proximal de l'ongle. Elle a été décrite pour la première fois par de Berker et al. en 1999, « rétro » signifiant vers l'arrière et « onychia » ongle [1]. Nous rapportons un nouveau cas.

Observation :

Une fille de 20 ans, sans antécédents particuliers, qui s'est présentée au service de dermatologie pour une hyperkératose unguéale chronique de l'hallux gauche évoluant depuis 11 mois associée à un arrêt de la croissance de l'ongle. Il n'y avait pas de fièvre ni de traumatisme initial. À l'examen clinique, on ne notait pas de périonyxis proximal ni d'écoulement purulent, on notait par ailleurs une xanthonychie, avec épaissement étagé et bombé de la tablette unguéale, il n'y avait pas d'exsudat inflammatoire sous-unguéal ni d'onycholyse associés. Le diagnostic retenu était une RN. L'avulsion de la tablette confirmait le diagnostic avec cinq générations d'ongles superposées.

Discussion :

La RN est rare. Seulement quelques cas sont rapportés dans la littérature, le diagnostic est habituellement clinique. Dans les cas débutants ou douteux, l'échographie en haute résolution peut aider au diagnostic en mettant en évidence une distance réduite entre l'origine de la tablette unguéale et la base de la phalange distale, en regard de l'articulation interphalangiennedistale [5,6]. La RN ne doit pas être confondue avec une infection bactérienne ou fongique [9], le rhumatisme psoriasique, les tumeurs et kystes sous-unguéaux [7,8].



Le soulèvement de la partie proximale des tablettes entraîne secondairement une bascule de la partie distale du premier ongle vers l'arrière. Celle-ci induit un raccourcissement forcé du lit, donnant un aspect bulbeux à l'extrémité digitale, des symptômes douloureux variables [2]. Pour le traitement, certaines formes mineures peuvent évoluer spontanément favorablement, elles doivent être traitées en première intention par l'application de corticoïdes sur le repli dorsal sous occlusion [4]. Elles se présentent sous forme de tablettes superposées en voie d'élimination distale, pour les formes majeures, l'avulsion chirurgicale est salvatrice. Elle confirme le diagnostic par la mise en évidence d'une adhérence excessive de la tablette dans le tiers distal du lit, probablement responsable de l'absence de migration de la tablette, qui impose le plus souvent une avulsion par voie proximale [2]. Elle permet la guérison dans la majorité des cas. La récurrence est possible et une dystrophie unguéale permanente peut s'observer [4].

Conclusion :

L'aspect clinique caractéristique permet la connaissance de cette affection avec une prise en charge rapide évitant des soins locaux inadaptés et une antibiothérapie inutile surtout en cas de périonyxis associé.

Quand l'étude histologique change le pronostic !

S.Oujdi ; Pr S.Elloudi ; Dr Z.Douhi ; Pr H.Baybay ; Pr Fz.Mernissi
Service de dermatologie CHU HASSAN 2 de FES

Introduction :

Les mélanomes forment le groupe des cancers cutanés le plus mortel mais restent moins fréquents que le carcinome basocellulaire et le carcinome épidermoïde.

Nous rapportons 2 cas de mélanome découverts à des stades métastatiques avec comme primitif une lésion réséquée dont l'étude histologique n'a pas été faite retardant ainsi le diagnostic.

Observations :

Cas 1 :

Patient de 55 ans ; opéré il y a 5 ans pour une lésion pigmentée au niveau du dos pour laquelle il n'a pas fait d'étude anatomopathologique ; consulte aux urgences pour un tableau d'hémiplégie. L'IRM cérébrale a objectivé des nodules parenchymateux d'allure métastatique, l'hyper signal en séquence T1 faisant évoquer une origine mélanocytaire ; la biopsie d'un nodule pigmenté au niveau du visage ; apparu depuis 2 mois ; était en faveur de mélanome cutané métastatique.

Cas 2 :

Patient de 65 ans ; opéré pour une lésion au niveau de la jonction anale dont l'examen anatomopathologique était fait, mais négligé par le malade, consulte en ophtalmologie pour une lésion pigmentée au niveau de la paupière évoluant depuis 2 mois, dont la biopsie était en faveur d'une métastase cutanée d'un mélanome primitif digestif.

Discussion :

La sensibilisation des médecins généralistes et de la population sur la nécessité d'un examen anatomopathologique de toute pièce réséquée est primordiale pour réduire l'incidence des mélanomes diagnostiqués au stade métastatique.

Une étude a été menée en France pour évaluer le rôle réel des médecins généralistes dans une étude démographique couvrant cinq régions de France et 8,2 millions d'habitants. Parmi 898 mélanomes, 376 (42%) ont été diagnostiqués pour la première fois dans un cadre de pratique



générale. 52,5% des mélanomes ont été détectés par les patients et 47,5% par les médecins généralistes, dont 8 % lors d'un examen cutané complet du corps. cette étude a conclu que les médecins généralistes jouent un rôle clé dans le diagnostic du mélanome en France, mais détectent encore fréquemment des tumeurs épaisses. Accroître la sensibilisation et la formation des médecins généralistes devraient contribuer à améliorer la reconnaissance et la détection précoce du mélanome.

Conclusion :

Bien qu'étant le moins fréquent des cancers cutanés, le mélanome représente la forme la plus agressive des cancers de la peau en termes de capacité à disséminer, et reste de loin le plus mortel avec un pouvoir métastatique spectaculaire mettant en jeu imprévisiblement le pronostic vital.

Mots clés :

Anatomopathologie ; mélanome ; métastase

Ulcère de jambe : expérience du service de dermatologie du CHU de Tanger (à propos de 12 cas)

Introduction :

L'ulcère de jambe est une perte de substance sans tendance à la guérison spontanée. Il constitue un problème de santé publique vu sa chronicité et son retentissement sur la qualité de vie et sur la productivité du patient mais également du fait du coût élevé des soins.

Son origine est le plus souvent vasculaire d'où la multidisciplinarité de la prise en charge. Le traitement repose sur un traitement local, un traitement étiologique, et un traitement chirurgical surtout pour l'ulcère veineux non post-thrombotique et artériel. Nous rapportons notre expérience à propos de 12 patients hospitalisés dans notre structure pour ulcère de jambe.

Patients et méthode :

Il s'agit d'une étude rétrospective sur dossiers de tous les cas de malades hospitalisés pour ulcère de jambe dans le service de dermatologie du CHU de Tanger durant une période de 12 mois. Pour chaque malade, nous avons relevé les données épidémiologiques, la durée d'évolution, les antécédents et les facteurs de risques, ainsi que l'étiologie de l'ulcère.

Résultats :

12 patients atteints d'ulcère de jambe ont été colligés dont 58,33% Hommes et 41,66% femmes. L'âge moyen était de 48,41 ans. Le diabète était retrouvé chez 16,66%, l'HTA chez 8,33%, le tabac chez 33,33%, 8,33% avait un ATCD d'accident vasculaire et 33,33% ont rapporté la notion d'orthostatisme prolongé. Concernant les étiologies, la cause veineuse s'est avérée la plus fréquente (66,66%) contre 16,66% pour chacune de la cause infectieuse et pyoderma gangrenosum. Sur le plan thérapeutique, le traitement symptomatique était préconisé dans tous les cas. Une antibiothérapie par voie générale était associée chaque fois que nécessaire selon une évaluation clinique et biologique. 10 patients ont bien évolué avec régression de l'ulcère dans une durée moyenne de 40 jours. 1 patient a marqué



une persistance de l'ulcère même avec traitement bien conduit. Une amputation du membre a été nécessaire chez 1 seul patient ayant une complication infectieuse.

Discussion :

Notre étude montre des caractères épidémiologiques particuliers des ulcères de jambe dans notre structure avec une prédominance de l'adulte jeune de sexe masculin : similaire aux séries maghrébines mais ne concordent pas avec les études européennes malgré une grande similarité des étiologies (prédominance de la cause veineuse).

En Europe, les femmes ont une plus grande longévité et ont plus de risque de faire des varices. De plus, le niveau de vie en Europe est considérablement élevé comparé à celui du maghreb et les populations ont plus d'accessibilité aux soins. Le stade d'ulcère ne se voit donc pas précocement, contrairement à notre cas. La prise en charge des ulcères de jambe est pluridisciplinaire. Notre volet de traitement reposait essentiellement, durant cette période, sur les soins locaux, qui dans la plupart des cas suffisaient pour un bon bourgeonnement et une bonne cicatrisation, mais qui ne sont jamais suffisants pour l'éviction des récives. Le traitement local de l'ulcère comprend trois phases : détersion, bourgeonnement et réépithélialisation. Les pansements hydrocolloïdes maintiennent un milieu humide adéquat favorable à tous les stades de la cicatrisation. C'était pour cette raison que ce type de pansement était le plus utilisé chez tous nos patients avec un résultat très satisfaisant.

Conclusion :

Dans notre contexte particulier caractérisé par l'atteinte d'une population jeune encore active, la surveillance et la prise en charge précoce de la maladie veineuse en particulier semble nécessaire afin d'améliorer l'observance des malades ainsi que leur qualité de vie et de diminuer l'absentéisme et le coût du traitement. De nouvelles perspectives thérapeutiques constituent l'avenir de la prise en charge des ulcères de jambe notamment la médecine de régénération tissulaire.

La dermatose « en terra secca » : à propos de trois observations

Meryem Khalidi , Hasna kerrouch, Mohammed El amraoui,
Rachid Frikh, Naoufal Hjira, Mohammed Boui
Service de dermatologie-vénérologie –HMIMV-Rabat.

Introduction :

La dermatose « en terre sèche » est une entité rare souvent considérée à tort comme une dermatose de négligence secondaire à un défaut d'hygiène corporelle. Il s'agit d'une hyperpigmentation brune acquise et asymptomatique, persistant malgré une hygiène normale à l'eau et au savon, mais s'effaçant après frottement à l'alcool isopropylique à 70 %. Nous rapportons trois nouvelles observations de cette affection.

Observations :

Trois patients, d'âges compris entre 12 ans et 25 ans, étaient vus en consultation pour une pigmentation cutanée maculeuse acquise, brune ou grise, émiettée et confluyente. Dans 2 cas, cette



anomalie constituait le principal motif de la consultation, le plus souvent pour une demande esthétique, plus rarement pour avis diagnostique ou une suspicion d'acanthosis nigricans. L'interrogatoire attestait constamment d'une hygiène corporelle normale. Il s'agissait d'une pigmentation maculeuse ou papuleuse acquise, brune ou grise, disposée de façon bilatérale et symétrique et touchant électivement le cou, le nombril et les régions rétromalléolaires des chevilles. L'examen clinique complété d'un test de frottement à l'alcool isopropylique à 70° permettait la confirmation du diagnostic en démasquant une peau saine sous-jacente.

Discussion :

La dermatose en « terre sèche » est fréquente en pratique clinique mais reste ignorée de la littérature francophone, peut être en raison du peu d'intérêt qu'elle suscite. Elle touche les deux sexes de façon égale, sans prédilection ethnique et à tout âge, mais son observation privilégiée au cours de l'adolescence est classique. Son diagnostic, s'il est aisé face à une pigmentation d'aspect brun sale du cou et du nombril en particulier, ne doit pas conduire à tort le praticien à culpabiliser le patient quant à une hypothétique carence d'hygiène corporelle. La connaissance de cette dermatose est utile en raison de son impact potentiel esthétique et social, alors que son traitement par le frottement appuyé des zones atteintes par de l'alcool médical ou de l'éther est aisé. Sa reconnaissance précoce permet également de ne pas s'engager dans des explorations complémentaires inutiles liées à son diagnostic différentiel avec diverses dermatoses pigmentées brun-gris acquises ou héréditaires

Les pathologies dermatologiques des sujets âgés : Expérience de CHU Mohamed VI Oujda

H.Ragragui 1 ; H.Aburabie 1 ; H.Saddouk 1 ; Zizi 1,2 ; S.Dikhaye 1,2

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

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

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

Introduction :

La population gériatrique est composée de personnes de plus de 65 ans. Les pathologies cutanées du sujet âgé sont variées et constituent une véritable préoccupation pour les médecins en termes de diagnostic, de prise en charge et de suivi. Leurs manifestations cliniques peuvent ne pas être classiques et diffèrent de celle du sujet jeune. Les données concernant les affections dermatologiques chez le sujet âgé sont cependant rares. Le but de notre travail est de souligner le profil épidémiologique des différentes affections dermatologiques des sujets âgés.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive, portant sur toutes personnes âgées de plus de 65 ans, qui ont été hospitalisées au service de dermatologie de CHU Mohamed VI d'Oujda durant une période de 4 ans allant de Janvier 2016 au Juin 2020.



Résultats :

La fréquence d'hospitalisation des personnes âgées au cours de la période d'étude était à 19% par rapport au nombre total des hospitalisations. Nous avons colligé 160 patients dont la tranche d'âge variait entre 65 et 98 ans, avec une moyenne à 88 ans. Les malades se répartissaient en 89 hommes et de 71 femmes soit un sex-ratio H/F de 1,25. Une prédominance masculine était notée dans toutes les tranches d'âge.

La pathologie tumorale constituait le motif le plus fréquent d'hospitalisation des sujets âgés avec une incidence à 34%. Les tumeurs malignes constituaient le chef de file, représentées principalement par le carcinome basocellulaire chez 15 cas, suivi par le carcinome épidermoïde chez 12 cas, le mélanome chez 7 cas, la maladie de Kaposi chez 4 cas, le mycosis fongicoïde chez 2 cas et en dernier, le syndrome de Sézary, le dermatofibrosarcome de Darier Ferrand et le carcinome trichoblastique avec 1 seul cas pour chacun. Des lésions précancéreuses étaient notées dans 3 cas, représentées par les kératoses actiniques et les lésions paranéoplasiques notamment le syndrome de Leser-Trélat, retrouvé chez 1 seul patient. Les tumeurs bénignes étaient présentes chez 2 cas, il s'agissait d'un trichoblastome et d'un kyste trichilemmal proliférant.

La pathologie infectieuse venait en 2^{ème} rang avec une incidence à 28%, représentée principalement par les dermohypodermites non nécrosantes chez 39 cas, suivi par l'érythème polymorphe dans 2 cas. La syphilis, la leishmaniose et les condylomes périanaux occupaient la dernière position avec 1 seul cas pour chacun.

La pathologie auto-immune occupait le 3^{ème} rang avec une incidence à 20%, dominée par les dermatoses bulleuses dans 27 cas, représentées principalement par la pemphigoïde bulleuse chez 9 cas et le pemphigus vulgaire chez 8 cas. Le lupus venait en 2^{ème} lieu avec 3 cas. La dermatomyosite avec 2 cas et en dernier, on trouve, la morphee bulleuse avec 1 seul cas. L'incidence de la pathologie inflammatoire au cours de notre étude était estimée à 7%, dominée par le prurit chronique et l'érythrodermie psoriasique avec 3 cas pour chaque dermatose, suivi par le prurigo avec 2 cas et en dernier, le lichen plan et l'amylose papuleuse avec 1 seul cas pour chacun.

La pathologie immuno-allergique occupait la 5^{ème} position, dont l'incidence était à 6%, représentée principalement par la toxidermie type DRESS syndrome et la pustulose exanthématique aiguë généralisée chez 7 cas.

Les autres dermatoses relevées lors de notre étude étaient représentées principalement par les vascularites, les ulcères de jambes avec une incidence de 3%. Les dermatoses neutrophiliques notamment le syndrome de SWEET et le trouble de différenciation épidermique dominé par l'ichtyose acquise venaient en dernier rang avec une incidence de 1% pour chacun.

Discussion :

Le vieillissement est un processus inévitable et continu avec un spectre variable de manifestations organiques, y compris la peau. Les problèmes de santé gériatrique sont devenus l'une des préoccupations majeures des autorités sanitaires en occident. Au Maroc, les personnes âgées représenteront 18.6% de la population totale en l'an 2037 contre 7.3% en 2007 et 6.5% en 1987, selon les projections effectuées par le centre d'études et de recherches démographiques.

Dans notre étude, les motifs de consultation du sujet âgé sont dominés par les pathologies dermatologiques chroniques plutôt que des problèmes esthétiques. La pathologie tumorale constitue



le motif le plus fréquent de consultation soulignant ainsi l'importance d'une surveillance rigoureuse des lésions précancéreuses et donc un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate par la suite.

Les résultats obtenus lors de notre étude concordent avec les résultats des études réalisées en Tunisie, au Canada, aux USA, au TAIWAN et au TOGO, montrant une prédominance des pathologies tumorales et infectieuses avec des incidences presque similaires.

Conclusion :

Les affections cutanées constituent une source importante de morbidité chez le sujet âgé perturbant de façon certaine leur qualité de vie et peuvent mettre en jeu le pronostic vital. Nous insistons sur l'intérêt de la sensibilisation des sujets âgés et des différents médecins de première ligne aux différentes affections dermatologiques afin d'assurer un diagnostic et un traitement précoces.

Références

1. K. Kombaté et al. Pathologie cutanée du sujet âgé en dermatologie à Lomé, Togo : étude de 325 cas. Pan African Medical Journal. 2014; 18:151 doi:10.11604/pamj.2014.18.151.3066.
2. B. Yalçın and al. The prevalence of skin diseases in the elderly: analysis of 4099 geriatric patients. International Journal of Dermatology 2006, 45, 672–676.
3. A. SOUISSI et al. Pathologie cutanée chez le sujet âgé. Étude multicentrique tunisienne. Ann Dermatol Venereol 2006;133:231-4
4. Y.H. Liao and al. Pattern of Skin Diseases in a Geriatric Patient Group in Taiwan: A 7-Year Survey from the Outpatient Clinic of a University Medical Center. Dermatology 2001;203:308–313.

L'éléphantiasis nostras verruqueux ; une entité à ne pas oublier

L.Mezni, F.Elhadadi , L.Benzekri*, K. Senouci*

* Dermatologie, université Mohammed V Souissi, CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc

Introduction

L'éléphantiasis nostras verruqueux (ENV), est une forme rare de lymphœdème chronique correspondant au stade ultime de son évolution. Il entraîne une hypertrophie cutanée progressive pouvant être à l'origine de complications invalidantes. Il touche essentiellement



le membre inférieur.

Observation

M. X67ans aux antécédents d'érysipèle récidivant compliqué de lymphœdème du membre inférieur gauche depuis 2013, d'hépatite B et de diabète type 2. Pas de notion de voyage, pas d'antécédents chirurgicaux. Il avait consultait pour une masse bourgeonnante du dos du pied gauche évoluant depuis 6 mois, notion de traumatisme port de chaussures mal adaptées. L'examen retrouve un membre augmenté de taille surmonté de lésions papillomateuses, une masse bourgeonnante de couleur chair avec lymphorrhée. Une biopsie cutanée était réalisée.

Discussion

L'éléphantiasis nostras verruqueux (ENV) est une forme rare de lymphœdème et peut être confondu avec d'autres maladies comme la dermatite de la stase veineuse, la filariose, le lipœdème, la chromoblastomycose, la lipodermatosclérose et le myxœdème pré tibial. Divers facteurs, y compris les tumeurs, les traumatismes, la radiothérapie, l'insuffisance cardiaque congestive, l'obésité, l'hypothyroïdie, la stase veineuse chronique et l'infection filarienne, peuvent causer un lymphœdème secondaire. Parmi les caractéristiques de l'ENV figurent un œdème ne prenant pas le godet et des nodules verruqueux superposés ressemblant à des pierres sur les parties du corps où la circulation sanguine est influencée par la gravité. L'accumulation de liquides riches en protéines et l'infection récurrente causent l'ENV, entraînant un cercle vicieux.

Conclusion

ENV peut être une manifestation de divers processus pathologiques, nous insistons sur l'importance du diagnostic et du traitement précoces afin de réduire la morbi-mortalité liée à cette entité.

Les ulcérations du sein : A propos de 4 cas

Hasna Kerrouch^o, Meryem Khalidi, Rachid Frikh, Naoufal Hjira, Mohamed Boui^o
^oService de Dermatologie de l'hôpital Militaire d'instruction Mohammed V- RABAT-MAROC
Contact: Hasna Kerrouch Email: hasnakerrouch@gmail.com

Introduction

Les seins comme toute partie du revêtement cutané peuvent être le siège de dermatoses inflammatoires, infectieuses et tumorales. A la lumière de ces 4 observations nous allons discuter les principaux diagnostics à évoquer devant une ulcération mammaire.

Observations

Le 1er cas : Patiente de 45 ans, sans antécédents pathologiques notables, présentait depuis 6 mois une ulcération du sein droit. L'examen clinique trouvait une ulcération érythémateuse à bordure surélevée irrégulière mesurant 1 cm de diamètre siégeant au niveau du quadrant inféro interne du sein droit, à fond sec. La pression de la lésion provoque l'écoulement seropurulent. L'intradermoréaction à la tuberculine était fortement positive.

L'examen histologique d'un fragment cutané retrouvait un aspect de granulome tuberculoïde sans nécrose caséuse.



Un traitement antituberculeux a été instauré avec bonne évolution clinique.

Le 2ème cas : Patiente de 38 ans, sans antécédents pathologiques notables, présentait des plaques érythémato-violacées érosives non infiltrées évoluant depuis 6 mois, respectant la région aréolaire et le mamelon, sans notion d'écoulement mamelonnaire ni de suintement.

L'examen histologie trouvait un infiltrat inflammatoire non spécifique sans atypies cyto-nucléaires.

Un interrogatoire répété avait révélé la notion de conflits familiaux. Une hospitalisation et une mise sous traitement local uniquement a été faite avec une évolution marquée par une régression complète des lésions. Le diagnostic de pathomimie a été alors retenu. Le 3ème cas : Patiente de 24 ans, ayant accouché il y a 1 an, présentait un engorgement mammaire droit non régressif. L'examen clinique trouvait des lésions ulcéro-bourgeonnantes, infiltrées, érythémato-violacées, suppuratives et indolores du sein droit évoluant depuis 2 mois, avec notion d'arthralgies inflammatoires et un érythème noueux. Sur le plan biologique un syndrome inflammatoire modéré a été objectivé. L'examen bactériologique, mycologique ainsi que la recherche de BK par PCR sur le prélèvement de pus et de tissu étaient négatifs.

Biopsie cutanée avec une biopsie mammaire avait montré un granulome épithélioïde et géantocellulaire sans nécrose caséuse. Le diagnostic de mastite granulomateuse idiopathique a été retenu et la patiente a été mise sous corticothérapie orale avec une bonne évolution clinique et biologique.

Le 4ème cas : Patiente de 82 ans, sans antécédents pathologiques notables, présentait un placard érythémateux du sein gauche survenu 3 jours après une biopsie faite au même endroit pour exploration histologique d'un nodule. L'examen clinique trouvait un placard érythémateux douloureux de 6 cm de diamètre surmonté par endroits de bulles mécaniques et d'exulcérations siégeant au niveau du quadrant inféro-externe du sein gauche avec la présence d'une adénopathie unilatérale sensible d'environ un centimètre de diamètre.

Sur le plan biologique un syndrome inflammatoire a été objectivé. Le diagnostic de dermohypodermite infectieuse à germe banal a été retenu et la patiente fut mise sous antibiothérapie générale et soins locaux pendant 15 jours avec bonne amélioration clinique et biologique.

Discussion

Les ulcérations du sein représentent une entité clinique à cheval entre la dermatologie et la gynécologie.

Entre des affections de la glande mammaire fistulisées à la peau, et des affections cutanées ulcérées menaçant la glande mammaire, tant le dermatologue que le gynécologue se trouvent en difficultés. Plusieurs étiologies peuvent être évoquées en fonction du contexte clinique épidémiologique et les résultats des examens biologiques et histologiques.

Conclusion

Les ulcérations du sein sont souvent sources de difficultés diagnostiques, elles constituent un véritable challenge aussi bien pour le dermatologue que le gynécologue.

Dermatose perforante acquise : à propos d'un cas
Meryem Khalidi , Hasna kerrouch, Mohammed El amraoui,

Rachid Frikh, Naoufal Hjira, Mohammed Boui
Service de dermatologie-vénérologie –HMIMV-Rabat.

Introduction:

La dermatose perforante acquise (DPA) est une entité rare caractérisée par une élimination transépithéliale des structures dermiques. Elle survient chez l'adulte au cours de nombreuses maladies comme le diabète, l'insuffisance rénale chronique, les lymphomes, les tumeurs solides ou certaines maladies infectieuses. Matériel et Méthodes: Nous rapportons le cas d'un patient présentant une DPA associée à un diabète et une insuffisance rénale chronique

Observation:

il s'agit d'un patient âgé de 62 ans qui nous a été adressé pour prise en charge d'une éruption cutanée extrêmement prurigineuse invalidant le quotidien du patient. Dans ses antécédents, on trouvait un diabète mal équilibré évoluant depuis 20 ans compliqué d'une insuffisance rénale terminale au stade d'hémodialyse, une HTA et une hépatite C guérie. L'examen objectivait des nodules à centre déprimé, kératosique leur conférant un aspect ombiliqué disséminés à tout le tégument et associés à des lésions de grattage intense. Résultats: Le bilan biologique a révélé un léger syndrome inflammatoire. La biopsie cutanée montrait un épiderme perforé avec élimination d'un matériel renfermant de la kératine et du collagène. Le patient a été mis sous corticothérapie orale à 0.5 mg/kg avec une amélioration quasicomplète des lésions. le recul est de 1 an. la corticothérapie est toujours maintenue à dose faible.

Discussion:

La DPA est une complication cutanée rare au cours du diabète et de l'insuffisance rénale chronique. Elle correspond à l'expulsion par l'épiderme de matériel dermique et sa physiopathologie dans le diabète a été élucidée : en effet, l'hyperglycémie altère les protéines de structure et aboutit à la production de produits de glycation terminale. Il en découle une glycation de la matrice extracellulaire, ce qui entraîne la production par les kératinocytes d'involucrine, molécule qui favorise leur expulsion ainsi que celle du collagène à travers l'épiderme. Divers traitements locaux sont proposés : crèmes émoullientes, corticostéroïdes (topiques ou intralésionnels), capsaïcine, trétinoïne. Laphothérapie UVB ou la PUVA, l'isotrétinoïne, la rifampicine, l'allopurinol ont également été proposés avec des résultats variables. L'affection évolue favorablement après transplantation rénale. Divers traitements locaux sont proposés : crèmes émoullientes, corticostéroïdes (topiques ou intralésionnels), capsaïcine, trétinoïne. Laphothérapie UVB ou la PUVA, l'isotrétinoïne, la rifampicine, l'allopurinol ont également été proposés avec des résultats variables. L'affection évolue favorablement après transplantation rénale.

Problèmes cutanés liés à l'utilisation du masque à l'ère du COVID 19

S.Bouabdella 1 ; S.Aouali 1 ; S.Dikhaye 1,2 ; N.Zizi 1,2 .

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

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



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

Introduction :

Durant la lutte contre l'épidémie du covid19, le personnel médical et paramédical au Maroc utilise des moyens de protection dont le port des masques faciaux. Mais ces derniers semblent provoquer diverses éruptions cutanées. Le but de cette étude est de déceler ces réactions cutanées indésirables chez le personnel de santé utilisant des masques durant cette période.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive réalisée en Aout 2020, portant sur le personnel médical et paramédical au Maroc. Nous avons utilisé un questionnaire rédigé en français et comportant 32 questions conçu par la plateforme Google forms et distribué à travers les réseaux sociaux sur différents groupes.

Résultats :

Notre échantillon était composé de 201 personnes avec 95.5% de médecins, 3.6% d'infirmiers et une aide-soignante. Le sexe ratio H /F était de 0.20. Toutes les personnes portaient un masque de protection durant la période de la pandémie ; 182 personnes le portaient à chaque sortie et 133 dans les endroits fermés et peuplés. Trente-trois pour cent de notre échantillon enlevait le masque une à deux fois par jour et 26% pendant 15min toutes les 4h. Soixante-trois pour cent du personnel de santé changent leur masque quotidiennement et 30% plusieurs fois par jour. Quarante-cinq pour cent du personnel médical et paramédical portaient un masque FFP2, 43% un masque chirurgical, 3,5% un masque synthétique et 2.5% un masque réutilisable en coton. Les deux tiers de notre échantillon portaient des masques se tenant par des élastiques et près de 47% des personnes utilisant un masque réutilisable ne le lavait pas.

Les effets indésirables cutanés les plus courants étaient les rougeurs (44,1%), les boutons (41,8%), la chaleur sur le visage (33,9%) suivis du prurit et de la séborrhée (29,4%).

Le tiers de notre échantillon avait déjà un problème dermatologique qui s'est aggravé chez 35%. Cent trente-trois personnes se lavent le visage plusieurs fois par jour et 94 personnes ne s'hydratent le visage qu'une seule fois par jour. Cinquante-trois pour cent des personnes appliquent un baume à lèvres et 25% de notre échantillon se maquille en portant le masque. Dix-huit pour cent des personnes ont essayé un nouveau produit cosmétique durant cette période (un exfoliant 29%, un masque 14% et un peeling 11%) ; ce dernier étant irritant chez 11.5%. Dix pour cent des personnes ont remarqué qu'un produit qu'ils avaient l'habitude d'utiliser est devenu irritant pour leur peau et ce produit contenait du rétinol dans 30% des cas et de l'acide salicylique dans 22% des cas.

Discussion :

Dans la province chinoise du Hubei, épicerie de l'épidémie de COVID-19, presque tous les médecins et infirmiers interrogés ont déclaré avoir eu des lésions cutanées du visage au cours des premiers mois de la pandémie [1].

Certains auteurs ont exploré les effets indésirables associés des travailleurs de la santé portant

un masque et ont rapporté que les réactions cutanées indésirables courantes étaient l'acné, les démangeaisons du visage [2] . Dans notre étude, nous avons constaté que les effets indésirables les plus courants étaient les rougeurs, les boutons, la chaleur et le prurit facial. Parce que le personnel médical doit avoir une protection personnelle adéquate, il attachera le

masque fermement et pressera le clip métallique fort pour assurer l'étanchéité du masque pouvant donc engendrer des rougeurs et une cicatrice du pont nasal. Les masques augmentent la température, l'humidité et la friction, rendant ainsi la peau plus sensible aux irritations [3]. Le prurit facial peut être dû au temps prolongé du port du masque et à l'environnement interne excessivement humide. Les démangeaisons peuvent également résulter d'une dermatite de contact irritante attribuée à une réaction allergique au matériau du masque [4]. Des lésions de pression, une dermatite de contact, des démangeaisons, une urticaire de pression et une exacerbation de maladies cutanées préexistantes, y compris la dermatite séborrhéique et l'acné, ont été décrites dans une autre étude [5].

Conclusion :

Les masques jouent un rôle essentiel dans la réduction de la propagation du coronavirus. L'étude des effets indésirables provoqués par l'utilisation des masques. La connaissance des effets indésirables provoqués par leur utilisation nous permettra de rechercher des solutions ou alternatives afin de les éviter.

Références :

- 1- Les réactions cutanées indésirables des agents de santé utilisant un équipement de protection individuelle pour COVID-19. *Médecine*, 99 (24), e20603. doi: 10.1097
- 2- Foo CC, Goon ATJ, Leow Y-H, et al. Adverse skin reactions to personal protective equipment against severe acute respiratory syndrome—a descriptive study in Singapore. *Contact Dermatitis* 2006;55:291–4
- 3- Management and prevention of common skin problems during epidemic prevention and control of COVID-19 ; Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao, 2020 Feb 29;40(2):168-170; doi: 10.12122
- 4- Zhang, B., Zhai, R. et Ma, L. (2020). Épidémie de COVID-19: La protection de la peau des agents de santé ne doit pas être ignorée. *Journal de l'Académie européenne de dermatologie et de vénéréologie*. doi: 10.1111 / jdv.16573
- 5- COVID-19 pandemic and the skin: what should dermatologists know? *Clin Dermatol*. 2020 Mar 24 doi: 10.1016/j.clindermatol.2020.03.012

L'acroangiodermatite ou le pseudo-kaposi: un diagnostic différentiel difficile avec la maladie de kaposi

H.Ragragui¹; N.Zizi^{1,2}; S.Dikhaye^{1,2}

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

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

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

Introduction :

Le Pseudo-kaposi est une maladie angioproliférative rare et bénigne des membres inférieurs liée à une insuffisance veineuse chronique ou à d'autres anomalies vasculaires. Il existe une similitude clinique et histologique avec la maladie de kaposi d'où l'intérêt de l'immunohistochimie. Il existe principalement

deux variantes cliniques de l'acroangiодermatite ; le syndrome de STEWART-BLUEFARB et le type Malien.

Observation :

Nous rapportons le cas d'un jeune patient de 40 ans, ayant comme antécédents ; une infection par le VIH depuis 2011 sous traitement antirétroviral, une tuberculose pulmonaire à 2 reprises en 2011 et en 2017, traité et déclaré guéri et opéré pour des varices du membre inférieur gauche il ya 2 ans.

A l'examen clinique, nous avons noté la présence des lésions maculaires violines confluentes en placards faisant 15 cm pour la plus volumineuse, non infiltrées, siégeant au niveau du pied et de la jambe gauche évoluant depuis 3ans avec présence d'un ulcère de la malléole interne du pied gauche. On notait également des ectasies veineuses du cou du pied gauche.

L'examen au dermoscope montrait la présence de stries linéaires blanchâtres, des lacunes rouges bleues, un voile blanchâtre et quelques croûtes hémorragiques.

Une biopsie cutanée avec immunohistochimie a été réalisée objectivant une prolifération dermique de petits vaisseaux, de contours réguliers, bordés d'une assise de cellules endothéliales non atypique avec une couche de péricytes. Des globules rouges extravasés ont été notés également.

L'immunohistochimie a mis en évidence l'expression de l'anticorps anti CD31 avec l'anticorps anti HHV8 négatifs, confirmant ainsi le diagnostic de l'acroangiодermatite.

Notre patient a été mis sous dermocorticoïde avec des bas de contention et adressé en consultation de chirurgie vasculaire pour suivi de l'insuffisance veineuse chronique.

Discussion :

L'acroangiодermatite ou le pseudo-kaposi est une pathologie rare et bénigne des membres inférieurs. Le principal diagnostic différentiel est la maladie de kaposi. Son étiologie n'est pas encore connue. Bien que l'insuffisance veineuse chronique soit une affection courante, seul un petit pourcentage de patients développe une acroangiодermatite. Elle se manifeste cliniquement par des macules confluentes en plaques indurées avec des nodules violacés siégeant au niveau de la face des extenseurs des membres inférieurs. Il existe plusieurs variantes cliniques.

L'aspect dermoscopique met en évidence la présence de stries linéaires blanchâtres, des lacunes rouges bleues, un voile blanchâtre, des croûtes hémorragiques, des zones homogènes roses et une vascularisation polymorphe.

L'examen histologique montre une néovascularisation régulière, une augmentation des péricytes dans le derme, un dépôt de pigment d'hémosidérine avec une extravasation des globules rouges.

Le traitement est basé principalement sur la correction de la pathologie vasculaire sous-jacente et les dermocorticoïdes. Plusieurs études ont été réalisées montrant l'efficacité de l'érythromycine à raison de 2g/jour ou la dapsone à la dose de 100 mg/j pendant 3mois.

Conclusion :

Le pseudo-kaposi est une affection bénigne et peu fréquente, lié à l'insuffisance veineuse chronique, difficile à distinguer cliniquement et histologiquement de la maladie de kaposi et dont le traitement consiste en la combinaison des moyens médicaux et chirurgicaux.

Références:



1. M.Archie and al. A Rare Case of Acroangiokeratosis Associated with a Congenital Arteriovenous Malformation (Stewart-Bluefarb Syndrome) in a Young Veteran: Case Report and Review of the Literature. *Annals of Vascular Surgery* (2015).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.avsg.2015.03.055>
2. Z. Alioua et al. Pseudomaladie de Kaposi secondaire à une malformation artérioveineuse superficielle : syndrome de Stewart-Bluefarb. *Annales de dermatologie et de vénéréologie* (2008) 135, 44—47. doi:10.1016/j.annder.2007.04.004
3. A. Samad and al. Acroangiokeratosis: Review of the Literature and Report of a Case Associated with Symmetrical Foot Ulcers. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 24, 558±560 (2002). doi:10.1053/ejvs.2002.1772
4. M.Dias and al. Acroangiokeratosis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 5 (1995) 47-50
5. A.Paganelli and al. Pseudo-kaposi sarcoma : report of a case investigated by dermoscopy, reflectance confocal microscopy and optical coherence tomography. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* (2018)

La pustulose exanthématique aiguë généralisée : une forme peu fréquente et grave de toxidermie

H.Ragragui¹; H.Daflaoui¹ ; N.Zizi^{1,2}; S.Dikhaye^{1,2}

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

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

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

Introduction :

La pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG) est une éruption cutanée rare mais sévère d'installation brutale. Dans 90% des cas, l'étiologie est le plus souvent médicamenteuse. Les médicaments les plus incriminés sont les antibiotiques. Le but de notre étude est de souligner le profil épidémiologique, clinique, évolutif et les principaux médicaments incriminés chez les patients hospitalisés pour une PEAG.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive réalisée au centre hospitalier universitaire Mohammed VI d'Oujda depuis Octobre 2014 à Juillet 2020. Nous avons revu la totalité des dossiers des patients hospitalisés pour PEAG.

Résultats :

Au total six patients ont été recueillis d'âge moyen de 54 ans avec des extrêmes de 21 ans et 80 ans. On avait noté une prédominance féminine avec un sexe ratio de 5F/1H. Le délai moyen d'apparition des lésions cutanées par rapport à la prise médicamenteuse est de 6 jours avec des extrêmes allant de 1 à 24 jours.

L'expression clinique commune chez nos patients était un exanthème maculopapuleux fébrile, très prurigineux et parsemé de multiples pustules non folliculaires siégeant principalement au niveau des plis. L'atteinte des muqueuses était présente chez 2 patients à type d'érythème. La biologie mettait



en évidence chez tous les patients une hyperleucocytose à prédominance polynucléaires neutrophiles avec une hyperéosinophilie chez un seul patient, une insuffisance rénale chez 2 patients et une cytolysse hépatique chez 1 seul patient. Une biopsie cutanée était réalisée chez tous nos patients, objectivant un épiderme hyperplasique avec des pustules sous-cornées plurifocales de petite taille, un infiltrat inflammatoire polymorphe à prédominance polynucléaires neutrophiles et lympho-plasmocytaires avec une nécrose kératinocytaire, confirmant le diagnostic de PEAG. Les principaux médicaments incriminés étaient l'hydroxychloroquine, l'amoxicilline simple, le flucloxacilline, le produit de contraste iodé et l'antiagrégant plaquettaire. L'évolution était favorable après arrêt du médicament responsable chez 5 patients et 1 seul décès est survenue suite à une décompensation d'une pathologie sous jacente.

Discussion :

La PEAG est une toxidermie rare, parfois grave, dont l'incidence est estimée de un à cinq patients par million d'habitants/année, avec une prédilection féminine. Elle associe une éruption maculo-pustuleuse caractéristique, une fièvre et une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles. Les médicaments ne sont pas les seuls à induire une PEAG, d'autres facteurs doivent être parallèlement recherchés notamment les piqûres d'insectes et les viroses. Cette recherche étiologique est indispensable pour éviter une réintroduction de l'agent en cause. Elle est caractérisée aussi par un délai de survenue après le début du traitement souvent plus court que celui des toxidermies à type d'exanthème maculopapuleux bénin. Les antibiotiques les plus incriminés sont la pristinamycine, les aminopénicillines, les quinolones, les sulfamides et les macrolides.

Les données relevées de notre étude concorde avec les données retrouvées dans la littérature concernant la prédominance féminine, l'aspect clinique et histologique avec les différentes perturbations biologiques et les principaux médicaments incriminés.

L'évolution vers la guérison est spontanée en une dizaine de jours après arrêt des médicaments responsables. Cependant, l'évolution peut être fatale, notamment chez les sujets âgés. La mortalité serait de 1 à 2 %.

Conclusion :

La PEAG est une toxidermie rare mais grave pouvant mettre en jeu le pronostic vital en l'absence de prise en charge précoce, ce qui souligne l'importance de réduire la prescription anarchique des médicaments.

Références :

1. I. Krichfa et al. Pustulose exanthématique aiguë généralisée à la dapsonne. Revue française d'allergologie 60 (2020) 165–167. <https://doi.org/10.1016/j.reval.2020.02.236>.
2. N. Brahimi et al. Pustulose exanthématique aiguë généralisée induite par le phloroglucinol. Annales de dermatologie et de vénéréologie (2017). <http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2017.01.009>.
3. R. Slim et al. Pustulose éxanthématique aiguë généralisée (AGEP) à propos de 7 cas. 11e Congrès francophone d'allergologie – CFA 2016 / Revue française d'allergologie 56 (2016) 304–314. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reval.2016.02.148>.
4. M. Djennane et al. Pustulose exanthématique aiguë généralisée liée à l'hydroxychloroquine : à propos d'une observation. La Revue de médecine interne 31 (2010) e7–e8. doi:10.1016/j.revmed.2009.03.350.



Nécrose cutanée secondaire à une extravasation du produit de contraste iodé : A propos d'un cas

M.Benkaraache 1,A.Khouana 1, S.Dikhaye 1,2 N.Zizi 1,2 .

1 Service de Dermatologie , Vénérologie et Allergologie .

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

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

CHU Mohammed VI ,Oujda ,Maroc

Introduction :

L'extravasation se définit par la fuite accidentelle de liquide ou de médicament d'une veine à travers un point d'injection vers la peau et les tissus avoisinants . Elle survient dans 0,04 à 0,9% des injections intraveineuses de produits de contraste.Le mécanisme de l'ischémie est due soit à une atteinte de la paroi vasculaire, soit à une thrombose intra vasculaire par agrégation plaquettaire. Les réactions d'intolérance après une injection intraveineuse de produits de contraste iodés immédiates ou retardées peuvent aller d'un simple érythème à la nécrose cutanée.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 72 ans, ayant comme antécédent un diabète sous insuline depuis 20 ans. Admise au service de cardiologie pour la prise en charge d'une décompensation de son insuffisance cardiaque globale. Un examen tomодensitométrique avec injection de produit de contraste a été demandé. Au niveau du site d'injection, quelques heures plus tard, la patiente rapportait un érythème et une douleur du dos de la main droite. L'évolution était marquée par l'installation d'une zone de nécrose du dos de la main droite, s'étendant rapidement .

L'examen clinique trouvait une patiente consciente stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, apyrétique. L'examen dermatologique trouvait un placard érythemato-violacé, œdémateux, chaud et douloureux à la palpation au niveau de la face dorsale de la main droite, centré par une lésion nécrotique anesthésique, en regard de l'index faisant 2 cm de diamètre.

Discussion :

L'extravasation de produit de contraste est une complication fréquente, avec un pourcentage compris entre 0,04% et 0,9% chez les patients adultes. Le plus souvent c'est une affection bénigne survenant aux âges extrêmes de la vie notamment chez les nourrissons et les vieillards. Tandis que la nécrose cutanée étendue due à l'extravasation du produit est un développement rare mais grave, qui peut engendrer le pronostic fonctionnel et vital si la prise en charge est retardée. La nécrose dépend également de la quantité du volume injecté et du site de l'injection.

L'âge et le site d'injection chez notre patiente constituaient un facteur de risque et de gravité. Les autres facteurs de risques rapportés dans la littérature sont surtout l'insuffisance veineuse, artérielle, lymphatique et la faible masse musculaire.

La présentation clinique varie d'un érythème mineur, un gonflement et une sensibilité cutanée jusqu'au stade de la nécrose cutanée. Dans la plupart des cas, les symptômes sont mineurs et régressent spontanément. Chez notre patiente, l'installation de la nécrose était précoce.



Lorsque l'extravasation survient pendant l'injection du produit de contraste, un arrêt immédiat de l'injection est recommandé. Le dispositif intraveineux doit rester en place. Les contours de la région lésée doivent être limités avec un stylo feutre. Il faut aspirer à l'aide du diapositive intraveineux le maximum de produit extravasé afin de le retirer. Ensuite, il faut appliquer sur la zone d'extravasation de la glace pendant 20 minutes, sans contact direct avec la peau. Chez notre patiente, les signes cliniques flagrants ne sont apparus que quelques heures après l'injection. Les mesures complémentaires et tardives consistent à surélever le membre concerné pendant les 3 heures qui suivent l'extravasation tout en appliquant de la glace pendant 20 minutes toutes les heures pendant 6 heures. L'extravasation doit être signalée dans le compte-rendu ainsi qu'au médecin référent.

Conclusion :

L'extravasation de produit de contraste iodé est une complication pouvant mettre en jeu le pronostic fonctionnel et vital du patient si la prise en charge n'est pas effectuée selon les normes établies.

Références :

1. Ayre-Smith G. Tissue necrosis following extravasation of contrast media. *Can Associated Radiol* 1982; 33:104.
2. L.Picard, S. Bracard, M. Braun, R. Anxionnat, C. Moret, A. Lebedinsky et al. *J Radiol* 2005;86:579-85.
3. Tonolini M, Campari A, Bianco R. Extravasation of radiographic contrast media: prevention, diagnosis, and treatment. *Curr Probl Diagn Radiol*. 2012;41:52-5.
4. Belzunegui T, Louis CJ, Torrededia L, Oteiza J. Extravasation of radiographic contrast material and compartment syndrome in the hand: a case report. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2011;19:9.

Le Lipoedème du cuir chevelu : une entité rare

F.chahboun, M.alj, I.Bennani, M.eljazouly, S.chiheb

Service de dermatologie, hôpital universitaire international cheikh Khalifa Casablanca

Introduction :

Le lipoedème du cuir chevelu est une entité rare et bénigne, d'étiologie inconnue, il s'agit d'un épaissement du cuir chevelu avec ou sans signes associés à savoir l'alopecie, la douleur et le prurit. Nous rapportons le cas d'un patient qui présente une infiltration douloureuse du cuir chevelu.

Observation :

Mr A. A âgé de 25 ans militaire de profession sans ATCDS pathologiques notables, il présentait depuis environs 10 mois un épaissement douloureux du cuir chevelu augmentant progressivement de taille, avec notion de port prolongé de casquette.

L'examen clinique notait un épaissement pariétal droit mou diffus avec aspect légèrement jaunâtre du cuir chevelu sans alopecie ni signes inflammatoires en regard.



La biopsie cutanée avec étude immunohistochimie montrait un épaissement fibreux du derme. Une imagerie par résonance magnétique objectivait l'épaississement pariétal droit sans anomalie périostée.

Le bilan biologique fait était sans particularités. Le patient a été mis sous corticothérapie orale à dose 30 mg/j pendant deux semaines avec légère diminution de la douleur et de l'infiltration.

Discussion :

La particularité de notre observation réside dans la rareté de l'entité décrite, en effet peu de cas ont été publiés dans la littérature.

L'âge de début est entre 25 et 76ans, avec prédominance féminine. Habituellement les patients se plaignent de douleurs, de paresthésies ou de prurit avec des anomalies cliniques palpables, étendues ou localisées à une partie du cuir chevelu sans topographie préférentielle. Les deux principaux diagnostics différentiels sont le syndrome de dysesthésie du cuir chevelu et surtout la pachydermie plicaturée ou *cutis verticis gyrata*. Aucune exploration ne semble nécessaire en dehors d'une éventuelle imagerie par résonance magnétique pour confirmation diagnostique.

L'abstention thérapeutique semble l'attitude la plus recommandée et la chirurgie reste une option dans les cas non évolutifs afin d'améliorer l'aspect esthétique.

DES ULCERATIONS CUTANEO-MUQUEUSES MULTIPLES REVELANT UNE HISTIOCYTOSE LANGERHANSIENNE MECONNUE DEPUIS PLUSIEURS ANNEES

F. ELGAITIBI¹, M. KHALAAYOUNE¹, K.ZNATI², M. MEZIANE¹, N. ISMAILI¹, L.BENZEKRI¹, K.SENOUCI¹

¹Service de dermatologie-vénérologie. CHU Ibn Sina. Rabat. Maroc

²Service d'anatomie pathologie. CHU Ibn Sina. Rabat ; Maroc

Introduction :

L'histiocytose langerhansienne est une affection rare, d'étiologie inconnue. Elle est caractérisée par l'infiltration d'un ou plusieurs organes par des cellules dendritiques type cellules de Langerhans.

Nous rapportons le cas d'une patiente présentant des ulcérations cutanées multiples des plis et des muqueuses ayant révélées une histiocytose langerhansienne systémique méconnue évoluant depuis plusieurs années.

Observation :

Patiente âgée de 43ans, suivie en endocrinologie depuis 8ans pour diabète insipide centrale sous desmopressine avec un bon contrôle clinique. Elle se présentait dans notre formation pour des lésions papulo-pustuleuses évoluant en quelques jours en des ulcérations douloureuses touchant les plis rétro-auriculaires, axillaires ainsi que la muqueuse orale et génitale.

L'examen dermatologique a objectivé des ulcérations muco-purulentes, à fond érythémateux, fibrineux, de contours irréguliers, douloureuses à la palpation au niveau des pavillons des oreilles, avec une fistule au niveau du pli rétro-auriculaire droit.

Le pli axillaire droit, la muqueuse génitale et buccale sont également atteintes.

La biopsie cutanée a révélé une infiltration par les cellules de Langerhans avec une immuno-histochimie compatible avec une histiocytose langerhansienne (Ac antiPS100, An anti CD1a et Ac anti langhérim positifs).

Le bilan sanguin a révélés un pan-pituitarisme.

La patiente a bénéficié d'un bilan d'extension, IRM orbito-cérébrale a objectivé un processus cérébral infiltrant le chiasma optique et la TDM TAP a révélée une atteinte médiastinale et parenchymateuse.

Les radiographies standards du squelette étaient sans anomalies.

Le diagnostic d'histiocytose langerhansienne multi-systémique a été retenu et la patiente a été référée au service de médecine interne pour une polychimiothérapie.

Discussion :

L'histiocytose langerhansienne est une affection rare, elle touche habituellement le petit enfant de moins de 3ans (3 – 5cas/million). Chez l'adulte, son incidence est de 1cas/ million d'habitant avec une légère prédominance féminine.

Les manifestations cliniques de l'histiocytose langerhansienne sont très polymorphes et variable. Le diabète insipide est le signe clinique le plus fréquent, témoignant de l'atteinte du système nerveux central.

Les manifestations cutanéomuqueuses sont non spécifiques se présentent sous la forme de papules squameuses ou squamo-croûteuses, parfois d'aspect séborrhéique ou eczématiforme ou de nodules brun/rouge parfois ulcérée. Elles touchent essentiellement le tronc, le visage et le cuir chevelu, les atteintes du conduit auditif externe et du sillon rétro-auriculaire sont évocatrices. Les localisations périanales ou vulvaires ne sont pas rares chez l'adulte.

L'histologie et l'immuno-histochimie permettent de confirmer le diagnostic: Infiltration par des cellules de Langerhans avec expression du CD1a ou de la langérine (CD207).

La prise en charge chez l'adulte est non consensuelle, une fois le diagnostic d'HL posé, un bilan d'extension doit être réalisé systématiquement : un bilan sanguin (NFS plaquettes, bilan hépatique, bilirubine, albumine, hémostase, ionogramme, créatinine, CRP, TSH, T4 libre), radiographies du squelette complet, radiographie thoracique et échographie abdominale. Les autres examens paracliniques sont en fonction des signes d'orientation.

Le traitement est en fonction des organes atteints, il se base essentiellement sur une polychimiothérapie.

La découverte du rôle de BRAF et de l'activation de la voie RAS-RAF-MEK-ERK ouvre des perspectives thérapeutiques nouvelles.

Conclusion :

L'histiocytose langerhansienne est une maladie rare pour laquelle d'importants progrès ont été réalisés ces dernières années, qu'il s'agisse de la prise en charge pédiatrique ou, plus récemment, de notre compréhension de la maladie. L'HL de l'adulte n'est pas exceptionnelle mais elle reste peu étudiée et



sa prise en charge se base encore essentiellement sur l'extrapolation de données pédiatriques, avec toutes les limites que cela implique.

Dermatose inflammatoire :

Le SYNDROME SAPHO : A PROPOS D'UN CAS.

H.ABURABIE 1, A.KHOUNA 1, H.SADDOUK, N.ZIZI 1,2, S.DIKHAYE 1,2

1-Service de dermatologie, CHU Mohammed VI d'Oujda, Oujda, Maroc.

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

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

INTRODUCTION :

Le syndrome synovite, acné, pustulose palmo-plantaire, hyperostose, ostéite (SAPHO) est une entité regroupant plusieurs pathologies possédant des caractéristiques communes. Il est essentiellement responsable de manifestations cutanées et ostéo- articulaires, en particulier d'ostéite aseptique. Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 16 ans, chez qui le diagnostic d'un syndrome SAPHO a été retenu et un traitement par adalimumab sera envisagé.

Observation :

A.A est un patient de 16 ans, consultant pour des lésions ulcérao-nécrotique du visage, évoluant depuis 7 mois avant son admission. Notre patient a comme antécédent : une Polyarthralgie récente remonte à deux mois avant son admission, et un épisode de gonflement de sa cheville gauche. L'examen général a trouvé un patient en bon état général avec à l'examen dermatologique : la présence de multiples lésions ulcéro-nécrotique pustuleuse et d'autres végétantes au niveau des deux tempes, de la face latérale des deux joues et au niveau du cou. Le reste de l'examen somatique était sans particularité notamment l'examen abdominal et ophtalmologique. Par ailleurs, l'IRM sacro-iliaque a mis en évidence une sacroiliite bilatérale. Le diagnostic d'un syndrome SAPHO a été retenu, et un traitement par adalimumab a été envisagé.

Discussion :

Le syndrome SAPHO est une affection rare, décrit par Pr.Kahn en 1987 et la Société Française de Rhumatologie. L'étiopathogénie du syndrome SAPHO étant encore mystérieuse, certaines études suggèrent que les manifestations du syndrome SAPHO font intervenir un mécanisme auto-immun. Il est probable que cette réaction auto-immune soit déclenchée: par une infection microbienne à laquelle l'organisme réagirait de façon inappropriée, ou par des bactéries « mimant » les cellules de l'organisme notamment la peau, les os et les articulations. Le diagnostic du syndrome SAPHO est souvent difficile, d'autant plus que les symptômes varient beaucoup d'une personne à l'autre, et qu'ils n'apparaissent pas tous en même temps. Les auteurs ont défini deux situations qui suffisent à diagnostiquer un syndrome SAPHO : Le cas d'une inflammation osseuse stérile, avec ou sans lésions cutanées, ou le cas d'une atteinte articulaire associée à des lésions cutanées.

Il n'existe pas de consensus thérapeutique. Le traitement repose sur les AINS, la sulfasalazine, le méthotrexate ou des corticoïdes à faible dose et sur une courte durée. Enfin, les bisphosphonates ont montré une action favorable non seulement sur les douleurs, mais aussi sur les lésions de pustulose. Certains auteurs ont proposé le recours à un traitement antibiotique prolongé, en tenant compte de la possible implication initiale de bactéries à développement lent dans l'apparition du syndrome SAPHO. Les biothérapies, notamment les anti TNF-alpha ont déjà donné de bons résultats et



peuvent être une alternative intéressante, elles permettent de bloquer le TNFalpha, molécule produite naturellement par l'organisme et directement impliquée dans l'inflammation chronique du syndrome SAPHO.

Conclusion :

La recherche génétique qui s'oriente d'une part vers une meilleure compréhension des mécanismes de la maladie, et d'autre part vers de nouvelles solutions thérapeutiques plus ciblées et plus efficaces, améliorera certainement la prise en charge de cette maladie, et permet d'éviter une antibiothérapie prolongée.

Lichen blaschko-linéaire chez une femme

S. Belmourida*, M. Meziane, N. Ismaili, L. Bnezekri, K. Senouci, B. Hassam
Service de dermatologie et de Vénérologie, CHU Ibn Sina Rabat

Introduction :

Le lichen blaschko-linéaire constitue une forme rare (0,5 %) du lichen plan caractérisée par une distribution linéaire des lésions lichéniennes le long des lignes de Blaschko, touchant principalement les enfants et rarement signalé chez l'adulte.

Nous rapportons un nouveau cas d'un lichen blaschko-linéaire développé chez une femme de 45 ans.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 45 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, ayant consulté pour des lésions maculo-papuleuses pigmentées prurigineuses évoluant depuis 1 mois, ces lésions se localisaient le long des lignes de blaschko au niveau de la face antérieure du membre supérieur gauche. L'examen du reste de tégument et des muqueuses était normal. Une biopsie cutanée était réalisée. L'étude histologique était en faveur d'un lichen pigmentogène. La patiente était mise sous émollient et dermocorticoïdes avec une amélioration des lésions mais persistance d'une pigmentation séquellaire.

Discussion :

Le lichen blaschko-linéaire se présente sous forme de papules violines prurigineuses en bandes linéaires, en général sur les jambes, mais parfois ailleurs. Elle se distribue selon les lignes de Blaschko. Sa disposition linéaire en dehors du phénomène de Koebner serait due au mosaïcisme génétique responsable de la présence d'un clone kératinocytaire capable de réagir sous l'effet de facteurs immunogènes, exogènes ou infectieux. L'étiologie est inconnue, cependant le LP linéaire a été associé à un carcinome métastatique, à une infection par le VIH et à une hépatite virale C. Le traitement repose sur la corticothérapie associée à l'émollient. La régression spontanée est possible avec persistance de séquelles pigmentaires.

Conclusion:

Le lichen blaschko-linéaire reste une entité très rare d'étiologie mal comprise nécessitant des études plus précises dans ce sens.



Lésions annulaires du visage, pensez au lupus tuberculeux

S. Belmourida, Z. Mehsas, H. Palamino, M. Meziane, N. Ismaili, L. benzekri, K. Senouci
Service de Dermatologie et de Vénérologie, Université Mohammed V Rabat, CHU Ibn

Sina, Rabat

Introduction :

La localisation cutanée de la tuberculose est très rare et beaucoup moins fréquente que les autres localisations dont la principale est pulmonaire. Elle représente 2% des localisations extra-pulmonaires de tuberculose [1]. Le lupus vulgaire, ou lupus tuberculeux, constitue une forme clinique particulière il est souvent représenté par une lésion unique, les formes multiples associées à une tuberculose pulmonaire sont rares.

Nous rapportons un nouveau cas de lésions cutanées multiples du visage d'un lupus tuberculeux.

Observation :

Un patient de 47 ans présentait des lésions cutanées du visage, évoluant depuis plusieurs années dans un contexte d'amaigrissement, d'asthénie et d'apyrexie. A l'examen, il s'agissait de lésions maculo-papuleuses à limite très nettes à bordures annulaires avec notion de photosensibilité, les lésions étaient strictement localisées au visage, le cuir chevelu, les ongles et les muqueuses étaient tous sans anomalie ainsi que le reste de l'examen clinique. La première biopsie cutanée objectivait un infiltrat inflammatoire non spécifique, un deuxième examen anatomopathologique de la lésion du front montrait une inflammation granulomateuse épithélio-gigantocellulaire avec nécrose caséuse et la mise en culture mettait en évidence *Mycobacterium tuberculosis*. Le bilan radiologique objectivait des lésions évoquant une tuberculose pulmonaire d'allure ancienne.

La recherche de bacille de Koch était négative sur les prélèvements cutanés et dans les crachats. L'intradermoréaction à la tuberculine était positive. Un scanner thoracique objectivait une caserne tuberculeuse. Les lésions cutanées et pulmonaires ont évolué favorablement sous traitement antituberculeux.

Discussion :

Le lupus tuberculeux se présente sous des aspects cliniques très variés, parfois trompeurs. Son siège de prédilection est le visage, en particulier le nez et les joues (fig. 1, 2). Plus rarement, il peut survenir sur le tronc et les extrémités des membres. Il est souvent unique, rarement multiple [2, 3]. Il peut être confondu avec la leishmaniose, la lèpre, la syphilis tertiaire, les mycoses profondes, le lymphocytome, la sarcoidose etc ; d'autant plus que dans certaines de ces pathologies, on peut observer des grains lupoides peu différents des lupomes. D'autre part, le diagnostic peut être encore plus difficile en présence d'un granulome tuberculoïde sans nécrose caséuse à l'histologie, pouvant s'observer dans assez

nombreuses dermatoses non tuberculeuses (sarcoidose, lèpre, leishmaniose, granulome à corps étranger, mycobactérioses atypiques...). [4].

Au cours du lupus tuberculeux, le bacille accède à la peau par voie sanguine ou par



contiguïté. [1].

Le traitement curatif du lupus tuberculeux est identique à celui de la maladie tuberculeuse quelle que soit sa localisation. Il fait appel d'emblée à la polychimiothérapie pour éviter toute forme de résistance. Les antibacillaires sont classés en majeurs (la rifampicine (RFP), l'isoniazide (INH), la streptomycine (SM), tous trois bactéricides, et l'éthambutol (ETB), bactériostatique) et mineurs (la pyrazinamide (PZA) bactéricide, l'éthionamide, la cyclosérine, la capréomycine, la viomycine tous bactériostatiques).

Le schéma utilisé pour notre malade était (6 mois), comporte RFP plus INH plus PZA, durant 2 mois, puis RFP plus INH pendant 4 mois [4].

Conclusion:

Notre patient illustre les difficultés et le retard du diagnostic de cette forme de tuberculose cutanée. La multiplicité des lésions et leur siège, la présence d'une nécrose caséuse à l'histologie, l'association à une tuberculose pulmonaire évolutive ne sont, en effet, pas habituels au cours du lupus tuberculeux.

Syndrome de Guillain barré compliquant une érythrodermie psoriasique : une coïncidence ou une manifestation neurologique du psoriasis ?

S. Belmourida, H. Palamino, B. Hassam, K. Senouci.

Service de Dermatologie et de Vénérologie, Université Mohammed V Rabat, CHU Ibn Sina Rabat

Introduction :

Le psoriasis était défini pendant longtemps comme étant une maladie dermatologique auto inflammatoire avec des manifestations articulaires, cependant, il peut maintenant être considéré comme une maladie systémique avec participation de plusieurs organes.

Le syndrome de Guillain Barré (SGB) est une polyradiculonévrite aiguë démyélinisante.

Nous rapportons un nouveau cas d'un (SGB) développé chez un malade psoriasique.

Observation :

71 ans, ayant comme antécédent un psoriasis en plaques évoluant depuis 7 ans, s'est présenté aux urgences pour une lourdeur et faiblesse des quatre membres d'installation aiguë. À l'examen neurologique, la marche et station debout étaient difficiles, les forces musculaires des membres inférieurs (MI) et membres supérieurs (MS) étaient respectivement à 3/5 et 4/5, les réflexes ostéo-tendineux étaient abolis aux MI et présents aux MS, avec une hypoesthésie vibratoire en chaussette. L'examen dermatologique, objective une érythrodermie sèche surmontée de squames épaisses, une kératose palmo-plantaire, un état squameux du cuir chevelu, et une xantho-pachyonychie de tous les ongles des mains et des pieds. Le bilan biologique n'a pas révélé d'infection et l'étude du liquide céphalo-rachidien (LCR) a objectivé une dissociation albumino-cytologique avec une culture du LCR stérile, l'étude de la conduction motrice a objectivé une polyneuropathie sensitivo-motrice démyélinisante. Le diagnostic du SGB a été retenu et un traitement par des immunoglobulines en



intraveineux a été instauré associé à des séances de kinésithérapie avec une récupération progressive du déficit au bout de 3 semaines.

Discussion :

Les manifestations systémiques du psoriasis sont multiples et variables dominées par les atteintes articulaires, neurologiques, hépatiques, pulmonaires et oculaires. Une prévalence élevée de différentes maladies neurologiques a été signalée dans des cas du psoriasis comme le SGB, ce dernier a également été rapporté avec une variété de médicaments et de thérapies biologiques utilisées dans le traitement du psoriasis.

Notre connaissance sur plusieurs aspects du psoriasis reste limitée. Le dysfonctionnement du système immunitaire reste une hypothèse qui pourrait non seulement résoudre l'association du SGB au psoriasis mais également d'augmenter notre compréhension sur la physiopathologie du psoriasis, bien que l'étiologie spontanée ne peut être exclue.

Des études seraient nécessaires pour établir le mécanisme immunopathogénique de cette association et d'étudier le rôle du système immunitaire dans le psoriasis.

Conclusion :

Garder à l'esprit la possibilité du SGB chez les malades psoriasiques avec des troubles neurologiques.

Vitiligo et psoriasis colocalisés

S. Belmourida, H. Palamino, M. Khallayoune, M. Meziane, L. Benzekri, N.

Ismaili, K. Senouci.

Département de dermatologie-vénérologie, Université Mohammed V,

Hôpital IBN Sina, Rabat, Maroc

Introduction:

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique caractérisée par une croissance et une différenciation épidermique anormale, se présentant sous forme de plaques rouges et squameuses. (1) Cette maladie courante affecte environ 2% de la population.

Le vitiligo est un trouble dépigmentant caractérisé par une destruction épidermique progressive des mélanocytes. Cette maladie auto-immune affecte environ 0,3% à 0,5% de la population et est induite par de multiples facteurs génétiques et environnementaux. (2)

Nous présentons un cas rare de présentation concomitante et colocalisée de vitiligo et de psoriasis.

Observation:

Un homme de 62 ans avec une histoire de psoriasis chronique en plaques évoluant depuis 10 ans avait été référé au service de dermatologie pour traitement, à l'examen, la surface cutanée était de 30% et son score PASI (Psoriasis Area and Severity Index) était à 10, il ne présentait pas d'atteinte du cuir chevelu ni autres lésions associées. Il ne recevait que



des traitements topiques de son médecin traitant (calcipotriol et valérate de bétaméthasone). Il n'y avait pas de signes articulaires ni de syndrome métabolique ou de

pathologie coronarienne. À l'examen, on objectivait également des lésions de vitiligo, présent depuis environ 5 ans. Le vitiligo était non seulement coexistant mais également colocalisé au même endroit que le psoriasis, en particulier dans les membres inférieurs. Le patient a bénéficié d'une biopsie, qui a montré des signes classiques de psoriasis, y compris l'acanthose, de l'hyperkératose avec de la parakératose, ainsi qu'un infiltrat inflammatoire cutané superficiel associé aux signes classiques du vitiligo.

Discussion:

Le psoriasis et le vitiligo sont des affections dermatologiques courantes avec des étiologies auto-immunes sous-jacentes. Quelques rares cas ont été rapportés dans la littérature dans ce sens. Plusieurs théories ont été proposées pour expliquer cette rare présentation (3). La majorité des rapports de cas (63%) décrivent un vitiligo initial suivi du développement d'un psoriasis, contrairement à notre patient qui a présenté un vitiligo après une longue histoire de psoriasis (3). Plusieurs théories ont été proposées pour expliquer cette association. Les rapports de maladies auto-immunes concomitantes décrivent souvent des maladies telles que l'arthrite et la thyroïdite, ce qui suggère que ces maladies peuvent se développer par des mécanismes auto-immuns similaires. Notre patient n'a montré aucune preuve d'atteinte auto-immune systémique sous-jacente. L'interleukine (IL) -17A, produite par des cellules T auxiliaires (Th) -17, peut être une base commune pour une origine auto-immune de ces maladies. Les cellules Th-17, ainsi que les cellules Th-1, Th-2 et les cellules T régulatrices (Treg), sont fabriquées à partir de cellules T auxiliaires CD4 + naïves. Un rôle de l'IL-17A dans le psoriasis a été établi récemment avec les résultats des essais de phase 3 pour l'utilisation du secukinumab, un anticorps monoclonal anti-IL-17A entièrement humain. En outre, une analyse immunohistochimique récente a révélé un nombre accru de cellules productrices d'IL-17A dans les lésions colocalisées de psoriasis-vitiligo (4). Les auteurs suggèrent que les voies inflammatoires courantes et la susceptibilité génétique peuvent expliquer cette association de psoriasis, de vitiligo et de facteurs de risque cardiovasculaire. Une susceptibilité génétique partagée peut s'expliquer par un locus dans le complexe majeur d'histocompatibilité: le psoriasis et le vitiligo partagent des polymorphismes nucléotidiques uniques du gène de l'antigène leucocytaire humain classique (5). Le phénomène de Koebner peut être une explication alternative de la concomitance et de la colocalisation du psoriasis et du vitiligo (6). Dans le psoriasis, le développement de lésions cutanées suite à une irritation locale peut être expliqué par une modification des niveaux de cytokines locales, (7) tandis que dans le vitiligo, cela peut être causé par le décollement des mélanocytes épidermiques induit par un traumatisme (8). Ce mécanisme peut aider à expliquer la colocalisation de la maladie concomitante. Le traitement du psoriasis peut induire une hypopigmentation post-inflammatoire et / ou un anneau de Woronoff qui peut ressembler au vitiligo; la biopsie a confirmé le diagnostic. Le vitiligo a également été associé à des lésions mélanocytaires anormales, à savoir le halo naevus.

Conclusion:

Les cliniciens doivent être conscients de la possible concomitance et la colocalisation du psoriasis et du vitiligo. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour élucider les voies communes menant à la concomitance et à la colocalisation de ces maladies.



Un lichen plan pigmentogène révélant un adénocarcinome de la prostate :

Dr Benahmed Jihane, Dr Alami Sofia, Pr Ismaili Nadia, Pr Meziane, Pr Benzekri, Pr Senouci
Service de dermatologie et de vénérologie, CHU IBN SINA , Rabat, Maroc

Introduction :

Le lichen plan pigmentogène est une variante rare de lichen plan caractérisé par la présence de lésions hyperpigmentées dans les zones photo-exposées ou dans les plis de flexion. Il est rarement associé à d'autres maladies. Nous rapportons le cas d'un lichen plan pigmentogène associé à une néoplasie.

Observation :

Un homme de 90 ans, suivi pour une cardiomyopathie dilatée depuis 5 ans, sous inhibiteur calcique, se présente en consultation pour une éruption très prurigineuse apparue depuis un an. L'examen retrouvait des lésions hyperpigmentées confluentes en plaques ainsi que des lésions érythémateuses infiltrées par endroit au niveau des zones photo-exposées. L'examen histologique révèle la présence d'un infiltrat lymphohistiocytaire du derme et une incontinence pigmentaire. L'immunofluorescence direct est négative. Le diagnostic de lichen plan pigmentogène est retenu. Un bilan biologique est réalisé, objectivant une PSA totale élevée à 105. Une biopsie prostatique a révélé la présence d'un adénocarcinome de la prostate avec un score de Gleason à 8. Le bilan d'extension retrouve des métastases osseuses. Le patient est mis sous corticothérapie à faible dose et traitement palliatif à base d'hormonothérapie pour sa néoplasie.

Discussion :

Le lichen plan pigmentogène est une dermatose rare d'étiologie inconnue, rarement associé à une néoplasie. Dans la littérature, seuls de rares cas de lichens plans associés à un thymome, cancer du col et carcinome du sinus piriforme sont rapportés. Ces éruptions lichénoïdes peuvent accompagner ou précéder la maladie, constituant ainsi un marqueur paranéoplasique important.

Conclusion :

L'association du lichen plan pigmentogène à une néoplasie est exceptionnelle. A notre connaissance, il s'agit du premier cas rapporté de lichen plan pigmentogène paranéoplasique.

Lichen plan et hépatite virale C : Existe-t-il une association ?



K.Kandri Rody, H.Taoufik, S. Amal, O. Hocar

Service de dermatologie et de vénérologie, CHU Mohammed VI, Marrakech, Maroc

Introduction :

Depuis la découverte du virus de l'hépatite C, plusieurs affections dermatologiques lui ont été associées. Cependant, si pour certaines affections la relation est bien établie comme pour la cryoglobulinémie, elle est controversée pour d'autres affections, en particulier pour le lichen plan. C'est donc l'objectif de notre étude qui vise à rechercher une association entre le lichen plan et l'infection par le virus de l'hépatite C, et de déterminer si éventuelle corrélation entre cette dernière et une forme clinique particulière de lichen plan.

Matériels et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective cas-témoins. Les patients âgés de plus de 18 ans suivis pour lichen plan au service de dermatologie du CHU Mohammed VI de Marrakech de juin 2016 à Janvier 2020 ont été colligés. La population témoin comprenait le même nombre de patients tous âgés de plus de 18 ans qui ont consulté, pendant la même période, pour des affections dermatologiques non rapportées associées à l'hépatite C et chez qui la sérologie hépatite C a été demandée dans le cadre du bilan pré-corticothérapie ou pré-méthotrexate. Nous avons comparé la prévalence des anticorps anti-VHC chez les patients ayant un lichen plan, à celle de la population témoin. Nous avons rapporté également les formes cliniques et l'intensité du lichen plan chez nos malades.

Résultats :

70 cas de lichen plan ont été colligés, 52 femmes (74,28%) et 18 hommes (25,71%) ont été diagnostiqués sur la base des caractéristiques cliniques et, si nécessaire, histologiques sur biopsie cutanée. L'âge moyen de nos patients était de 51 ans. 60% des patients étaient connus diabétiques. Le lichen était pigmentogène dans 38% des cas, idiopathique dans 20% des cas et scléreux dans 16% des cas avec une atteinte purement cutanée dans 55% des cas, cutanée associée à une atteinte muqueuse dans 24,8% des cas, purement muqueuse dans 14% des cas avec prédominance de l'atteinte génitale. La sérologie Hépatite C était positive chez 2 patientes (2,85%) âgées de 39 et 47 ans, toutes les deux présentaient un lichen pigmentogène cutané diffus avec atteinte érosive de la muqueuse buccale. L'hépatite C était active dans les 2 cas avec des transaminases élevées à ≥ 3 fois la normale dans un cas. Les 2 patientes ont été adressées en gastrologie pour prise en charge de l'hépatite C et le traitement par interféron a été mis en route. Par ailleurs, dans le groupe témoin composé également de 70 patients, d'un âge moyen de 46 ans et de prédominance féminine (60%), l'antécédent de diabète était retrouvé chez 21% des cas et la sérologie hépatite C était négative chez tous les patients.

Discussion:

Le lichen plan est une maladie cutanée ou muqueuse à médiation immunologique. Son association à l'infection par le virus de l'hépatite C reste toujours un sujet de controverse. Notre étude retrouve une prévalence de l'infection Hépatite C chez les malades ayant un lichen plan de 2,85% par rapport à 0% dans le groupe témoin. Selon la littérature, cette prévalence varie en fonction de l'origine géographique des patients allant d'une prévalence nulle en Scotland à des chiffres s'élevant jusqu'à 45% aux états unis et 62% au Japon. Cependant, les mécanismes physio-pathologiques de cette association sont encore mal expliqués. Le virus de l'hépatite C pourrait induire une réaction immunitaire conduisant à la fois au lichen plan et à l'hépatite chronique. Une prédisposition génétique (l'allèle HLA DR6) pourrait expliquer cette réaction. Notre étude suspecte



également la corrélation entre les formes cliniques et la sévérité du lichen plan et l'infection par l'hépatite C, ce qui rejoint l'hypothèse d'Ortonne et al. qui suggèrent que le lichen buccal érosif s'associerait à une hépatite sévère. D'autre part, notre étude soulève une autre interrogation : l'antécédent de diabète retrouvé chez 60% de nos patients s'agit-il d'une association fréquente ? Ou d'une simple coïncidence ??

Conclusion:

Suite aux résultats de cette étude et à la revue de la littérature, nous pouvons conclure qu'il existe une association entre le lichen plan et l'hépatite C mais celle-ci diffère selon les régions. Par conséquent, la recherche d'une infection à hépatite C s'impose chez les patients présentant un lichen plan a fortiori avec atteinte muqueuse.

Lichen nitidus: une entité méconnue

M.El mansouri, Fz Elfatoiki, H.Skali, F. Hali, S. Chiheb
Service de dermatologie et vénéréologie du CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction :

Le lichen nitidus (LN) est une éruption cutanée inflammatoire peu commune, de cause inconnue qui touche généralement les enfants. Nous en rapportons une série de cas.

Cas cliniques :

Fille de 2 ans et demi, présentant des lésions micropapuleuses nummulaires de 3 mm, de couleur chair au niveau du dos des mains, avec d'autres lésions du visage. Avec une notion de récurrences au niveau des avant bras, des coudes et du visage en début d'été.

Fille de 3 ans, suivie pour une dermatite atopique, présentait depuis 15 jours, en début de printemps, des micropapules asymptomatiques, de couleur chair au niveau du visage et des mains.

Garçon de 7 ans, sans ATCDs, qui présente depuis 1 mois, des lésions micropapuleuses prurigineuses, de couleur chair, généralisées au niveau du tronc et des membres.

Garçon de 5 ans avec des antécédents de dermatite atopique, présentant des micropapules asymptomatiques, groupées en regard de la face dorsale des mains et coudes.

Garçon de 2 ans, présentant des lésions micropapuleuses couleur chair éparpillées au niveau du dos des mains

La biopsie cutanée, réalisée chez 2 patients, était en faveur d'un lichen nitidus. Les patients asymptomatiques étaient mis sous dermocorticoïdes avec bonne évolution. Les patients avec atteinte généralisée et/ou lésions photoexposées, ont nécessité des antihistaminiques et des mesures de photoprotection.

Discussion

Le LN se caractérise par des papules brillantes, à sommet plat, de couleur chair et de la taille d'une tête d'épingle. Elles sont généralement disposées en groupes au niveau des extrémités supérieures, du tronc et des organes génitaux. Les lésions sont souvent asymptomatiques mais le prurit ou l'aspect inesthétique, constituent les principaux motifs de consultation. Le LN peut se présenter sous une forme généralisée, linéaire (Koebner), actinique (zones photoexposées)... Son diagnostic est clinique et ses principaux diagnostics différentiels sont le lichen plan, la kératose pileuse et l'eczéma folliculaire. Par ailleurs, il peut être associé à



une dermatite atopique, un lichen plan, une maladie de Crohn, une arthrite chronique juvénile ...d'où l'intérêt de reconnaître cette entité. En raison de sa rareté, de l'absence de symptomatologie significative et de sa disparition spontanée, aucune modalité thérapeutique n'a été rigoureusement évaluée pour le traitement du LN. Les

dermocorticoïdes, les inhibiteurs de la calcineurine, les antihistaminiques oraux sont les moyens les plus utilisés et sont réservés aux formes symptomatiques et/ou généralisées. La plupart de nos malades ont bien évolué sous dermocorticoïdes seuls.

Lupus systémique révélé par un œdème pénoscrotal chronique

M. El mansouri, Fz. ElFatoiki, H.Skali, F.Hali, S.Chiheb
Service de dermatologie et de vénérologie du CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction:

Le lupus érythémateux systémique juvénile (j-LES) est une maladie auto-immunemultisystémique qui débute avant l'âge de 18 ans. Il s'agit d'une affection dont la présentation et l'évolution clinique sont extrêmement variables. Nous en rapportons un cas, révélé par un œdème pénoscrotal, érythémateux et chronique

Observation:

Patient de 17ans, se présentant pour un œdème pénoscrotal indolore avec érythème étendu du périnée, évoluant depuis 3 mois. L'interrogatoire avait révélé l'apparition antérieure (6mois) d'ulcères nasaux et de petites plaques érythémato-squameuses et alopeciques du cuir chevelu avec photosensibilité. L'évolution a été marquée par l'apparition d'une éruption maculo-papuleuse aigue du visage avec polyarthralgies fièvre et asthénie profonde. L'examen clinique avait retrouvé un patient fébrile avec un érythème malaire en ailes de papillons finement squameux, un livedo réticulaire au niveau des cuisses, associé à des lésions discoïdes des bras. L'examen génital avait retrouvé un œdème pénoscrotal indolore avec une peau infiltrée érythématoviolacée, étendue au pubis et arrivant aux plis inguinaux. Sur le plan biologique, le patient avait une anémie normochrome normocytaire avec un test de Coombs positif, une vitesse de sédimentation élevée, des anticorps anti-nucléaires et anti-nucléosomes positifs. Les anticorps anti-ADN, anti RNP, les ANCA, les anticorps anti-phospholipides étaient négatifs. Les C3, C4 et CH50 étaient normaux avec une diminution du C1q et un C1-inh normal. L'écho-doppler du scrotum et du pubis avait objectivé un infiltrat scrotal inflammatoire sans atteinte testiculaire. Le diagnostic de lupus systémique a été retenu (SLICC). Le patient a reçu du méthylprednisolone en bolus avec un relais oral et de l'hydroxychloroquine. L'évolution a été favorable, avec régression progressive de l'œdème et amélioration spectaculaire de l'état général sans notion de rechutes (recul de 2ans).

Discussion:



Le lupus systémique érythémateux juvénile est rare. L'association de signes cutanés delupus aigu et chronique n'est pas habituelle chez un même malade, en particulier dans le lupusjuvénile. Notre observation est particulière par son mode de révélation. Il n'a été rapporté quequelques cas d'atteinte génitale dans le lupus. A notre connaissance, il n'a jamais été rapporté de casde j-SLE associé un œdème pénoscrotal érythémateux chronique, sans orchite ou autre signe devascularite. Après avoir éliminé l'ensemble des étiologies de grosses bourses chroniques chez notremalade, le j-SLE a été retenu comme autre étiologie suite à sa bonne réponse au traitementclassique du lupus.

Conclusion:

La présentation clinique du j-SLE et son évolution varient d'une personne à une autreavec une histoire naturelle imprévisible. Pas de conflits d'intérêts

Psoriasis unguéal récalcitrant: penser au phénomène de koebner

M. El mansouri, Fz. El.Fatoiki, H.Skali, F.Hali, S.Chiheb

Département de dermatologie et de vénérologie CHU Ibn Rochd Casablanca

Introduction:

Le phénomène de Koebner est observé dans un certain nombre de maladies inflammatoires de la peau en particulier le psoriasis. Nous rapportons le cas d'une malade présentantun psoriasis unguéal récalcitrant traité avec succès, en associant le traitement local à l'éviction desmicrotraumatismes unguéaux répétitifs.

Observation:

Patiente de 78 ans, femme au foyer (ménage compulsif), suivie pour une hypercholestérolémie et hyper TG familiale, ayant présenté un purpura thrombocytopeniqueidiopathique en 2013 et une hépatite C chronique traitée en 2016. Elle s'est présentée pour unedystrophie unguéale des mains et des pieds, évoluant par poussées/rémissions, résistante autraitement local (dermocorticoidesde diverses classes) avec un retentissement important sur laqualité de vie, évoluant depuis 3 ans. L'examen clinique avait révélé une onycholyse distale, de largespuits irrégulièrement espacées, un onychorhexis et de nombreux elkonyxis sur les ongles des doigtset des orteils. La dermoscopie a permis de visualiser le petits puits croûteux de forme variables, demultiples stries longitudinales. L'examen de la peau retrouvait un intertrigo-interfessier rouge luisantet saillant. Le diagnostic de psoriasis unguéale et cutané inversé a été posé. La patiente a été misesous dermocorticoïdes (classe forte) et une interdiction des frictions répétitives avec bonneévolution (Recul de 9mois).

Discussion:

Le phénomène de kobner correspond à l'apparition ou l'aggravation des lésions cutanées et/ ou unguéales suite aux traumatismes locaux. Notre observation illustre le rôle de ce phénomènedans la pérennisation des dermatoses inflammatoires chroniques, notamment unguéales, et cemalgré un traitement adapté. Tout dermatologue doit garder ce phénomène à l'esprit, le rechercher,et éviter ses causes pour une meilleure prise en charge. Notre observation est aussi particulière parles aspects cliniques et derrmoscopiques de l'elkonyxis qui sont très rarement décrits dans la littérature. Ce dernier traduit une lésion perforante au niveau de la lunule qui se déplace



progressivement en direction distale de l'ongle. Cet aspect a été décrit dans la syphilis secondaire, lepsoriasis, le syndrome de Reiter et après un traumatisme. Il peut également être secondaire à unethérapie à base de rétinoïdes.

Ochronose exogène au cours d'un lichen plan pigmentogène facial

S. El Kadiri , H. Bay Bay , S. Elloudi , Z. Douhi , F-Z Mernissi
Service de dermatologie CHU Hassan II Fès

Introduction

Le lichen plan pigmentogène est une variante rare du lichen plan cutané. L'ochronose exogène est une cause acquise de pigmentation bleu-gris à noir de la peau et des muqueuses. Nous rapportons un cas d'ochronose exogène survenant chez une patiente suivie pour lichen plan pigmentogène.

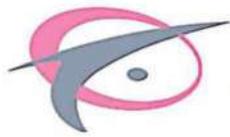
Observation

Une femme ménopausée de 45 ans d'origine marocaine présentait depuis 10 ans un recul progressif de la lisière frontale avec une pigmentation brun-gris des 2 joues. La patiente avait bénéficié d'une biopsie cutanée revenant en faveur d'un lichen plan pigmentogène et d'une alopecie fibrosante frontale et fut mise sous photoprotection chimique, doxycycline et trio dépigmentant de kligman (hydroquinone 5%, acide rétinoïque 0.2%, hydrocortisone 1%, vitamine C) pendant 1 an sans fenêtre thérapeutique. L'évolution fut émaillée par l'aggravation de la pigmentation des zones malaires.

L'examen clinique trouvait une patiente de phototype IV avec une pigmentation grise des régions temporo-malaires, un recul fronto-temporo-pariétal de 5cm et une dépilation des 2 sourcils. La dermoscopie montrait des zones homogènes grises à noires arrondies granulaires et confluentes en des structures arciformes localisées autour des ouvertures folliculaires. On notait également la présence de points brun-gris sans distribution particulière. Une biopsie cutanée guidée par notre dermoscope avait objectivé la présence de pigment ochronotique sous forme de corps ovoïdes et de banane dans le derme papillaire et moyen caractéristiques d'une ochronose. Nous avons proscrit l'usage de dépigmentants contenant l'hydroquinone et la patiente fut mise sous tranexamique per os à raison de 250mg en 2 prises associée à une photoprotection.

Discussion

L'ochronose exogène est une dermatose chronique caractérisée par la présence d'une pigmentation bleu-noire ou gris-bleue de la peau et des muqueuses dans des signes systémiques. Elle a été rapportée suite à l'application prolongée et intempestive de dépigmentants à base d'hydroquinone ou de crème contenant le résorcinol, du phénol, la quinine, l'acide picrique, le mercure et les antipaludéens de synthèse. La dermoscopie permet de mettre en évidence des structures globulaires irrégulières brun-gris, brun-gris annulaires et arciformes oblitérant parfois les orifices folliculaires. A contrario, au cours du lichen plan pigmentogène, la dermoscopie objective des points brun-gris de plus petite taille à distribution réticulaire ou arciforme sans oblitération des orifices pilaires. La particularité de notre cas réside dans la survenue d'une ochronose exogène sur lichen plan pigmentogène et non de lésions de mélasma. Mais aussi sur l'utilité de la dermoscopie puisqu'elle nous a permis de différencier entre le lichen et l'ochronose.



Conclusion

Nous décrivons un premier cas de lichen plan pigmentogène traité par hydroquinone ayant entraîné l'apparition d'une ochromose exogène.

Un cas historique de pyoderma gangrenosum

S. El Kadiri , Z. Douhi , Bay Bay , S. Elloudi , F-Z Mernissi
Service de dermatologie CHU Hassan II Fès

Introduction

Le pyoderma gangrenosum est une dermatose neutrophilique rare d'étiologie inconnue. Nous en rapportons un cas historique.

Observation

Un homme de 46 ans sans antécédents pathologiques notables présentait depuis 3 ans des ulcérations du tronc et des membres évoluant par poussées-rémissions. Initialement pustuleuses, les lésions évoluaient vers des bulles puis des ulcérations avec réalisation d'un débridement chirurgical. Elles laissaient place à des cicatrices cribriformes. L'examen clinique objectivait de multiples ulcères profonds, bien limités à surface purulente de 40*20 cms avec des cicatrices cribriformes qui intéressaient 55% de la surface corporelle. L'histologie a objectivé la présence d'ulcères avec un infiltrat neutrophilique massif du derme sans vasculite leucocytoclasique. Les cultures sur tissus cutanées étaient négatives. Le diagnostic retenu était un pyoderma gangrenosum. Les explorations biologiques comprenant le bilan hépatique, la fonction rénale, les anticorps anti-nucléaires, les anticorps anti-neutrophiles cytoplasmiques, les sérologies étaient négatives. Un body scan et les explorations endoscopiques digestives étaient normaux. Le patient a été traité par une corticothérapie à raison de 1mg/kg/jour associée à des traitements topiques des ulcérations avec amélioration. Mais le patient a présenté une récurrence au niveau du tronc et a été perdu de vue.

Discussion

Le pyoderma gangrenosum est une dermatose inflammatoire chronique de pathogénie inconnue. Dans la moitié des cas, il a été rapporté une association à des tumeurs malignes, des maladies inflammatoires chroniques intestinales et des hémopathies. 30% des cas surviennent après un phénomène de pathergie correspondant à une prolifération anormale au niveau des sites de traumatismes ; en l'occurrence l'aggravation chez notre malade après débridement chirurgical. Malgré le contexte, nous avons réalisé des examens complémentaires afin d'éliminer des maladies associées. Nous rapportons un cas historique de pyoderma gangrenosum extensif sans maladie associée. Toutefois vu la présentation clinique, un monitoring serait justifié dans pareil cas afin de dépister précocement une maladie sous-jacente.

Conclusion

Nous rapportons un cas historique de pyoderma gangrenosum extensif sans maladie associée. Toutefois vu la présentation clinique, un monitoring serait justifié dans pareil cas afin de dépister précocement une maladie sous-jacente.



Vitiligo et psoriasis colocalisés

S. Belmourida, H. Palamino, M. Khallayoune, M. Meziane, L. Benzekri, N.

Ismaili, K. Senouci.

Département de dermatologie-vénérologie, Université Mohammed V,

Hôpital IBN Sina, Rabat, Maroc

Introduction:

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique caractérisée par une croissance et une différenciation épidermique anormale, se présentant sous forme de plaques rouges et squameuses. (1) Cette maladie courante affecte environ 2% de la population.

Le vitiligo est un trouble dépigmentant caractérisé par une destruction épidermique progressive des mélanocytes. Cette maladie auto-immune affecte environ 0,3% à 0,5% de la population et est induite par de multiples facteurs génétiques et environnementaux. (2) Nous présentons un cas rare de présentation concomitante et colocalisée de vitiligo et de psoriasis.

Observation:

Un homme de 62 ans avec une histoire de psoriasis chronique en plaques évoluant depuis 10 ans avait été référé au service de dermatologie pour traitement, à l'examen, la surface cutanée était de 30% et son score PASI (Psoriasis Area and Severity Index) était à 10, il ne présentait pas d'atteinte du cuir chevelu ni autres lésions associées. Il ne recevait que des traitements topiques de son médecin traitant (calcipotriol et valérate de bétaméthasone). Il n'y avait pas de signes articulaires ni de syndrome métabolique ou de

pathologie coronarienne. À l'examen, on objectivait également des lésions de vitiligo, présent depuis environ 5 ans. Le vitiligo était non seulement coexistant mais également colocalisé au même endroit que le psoriasis, en particulier dans les membres inférieurs. Le patient a bénéficié d'une biopsie, qui a montré des signes classiques de psoriasis, y compris l'acanthose, de l'hyperkératose avec de la parakératose, ainsi qu'un infiltrat inflammatoire cutané superficiel associé aux signes classiques du vitiligo.

Discussion:

Le psoriasis et le vitiligo sont des affections dermatologiques courantes avec des étiologies auto-immunes sous-jacentes. Quelques rares cas ont été rapportés dans la littérature dans ce sens. Plusieurs théories ont été proposées pour expliquer cette rare présentation (3). La majorité des rapports de cas (63%) décrivent un vitiligo initial suivi du développement d'un psoriasis, contrairement à notre patient qui a présenté un vitiligo après une longue histoire de psoriasis (3). Plusieurs théories ont été proposées pour expliquer cette association. Les rapports de maladies auto-immunes concomitantes décrivent souvent des maladies telles que l'arthrite et la thyroïdite, ce qui suggère que ces maladies peuvent se développer par



des mécanismes auto-immuns similaires. Notre patient n'a montré aucune preuve d'atteinte auto-immune systémique sous-jacente. L'interleukine (IL) -17A, produite par des cellules T auxiliaires (Th) -17, peut être une base commune pour une origine auto-immune de ces maladies. Les cellules Th-17, ainsi que les cellules Th-1, Th-2 et les cellules T régulatrices (Treg), sont fabriquées à partir de cellules T auxiliaires CD4 + naïves. Un rôle de l'IL-17A dans le psoriasis a été établi récemment avec les résultats des essais de phase 3 pour l'utilisation du secukinumab, un anticorps monoclonal anti-IL-17A entièrement humain. En outre, une analyse immunohistochimique récente a révélé un nombre accru de cellules productrices d'IL-17A dans les lésions colocalisées de psoriasis-vitiligo (4). Les auteurs suggèrent que les voies inflammatoires courantes et la susceptibilité génétique peuvent expliquer cette association de psoriasis, de vitiligo et de facteurs de risque cardiovasculaire. Une susceptibilité génétique partagée peut s'expliquer par un locus dans le complexe majeur d'histocompatibilité: le psoriasis et le vitiligo partagent des polymorphismes nucléotidiques uniques du gène de l'antigène leucocytaire humain classique (5). Le phénomène de Koebner peut être une explication alternative de la concomitance et de la colocalisation du psoriasis et du vitiligo (6). Dans le psoriasis, le développement de lésions cutanées suite à une irritation locale peut être expliqué par une modification des niveaux de cytokines locales, (7) tandis que dans le vitiligo, cela peut être causé par le décollement des mélanocytes épidermiques induit par un traumatisme (8). Ce mécanisme peut aider à expliquer la colocalisation de la maladie concomitante. Le traitement du psoriasis peut induire une hypopigmentation post-inflammatoire et / ou un anneau de Woronoff qui peut ressembler au vitiligo; la biopsie a confirmé le diagnostic. Le vitiligo a également été associé à des lésions mélanocytaires anormales, à savoir le halo naevus.

Conclusion:

Les cliniciens doivent être conscients de la possible concomitance et la colocalisation du psoriasis et du vitiligo. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour élucider les voies communes menant à la concomitance et à la colocalisation de ces maladies.

Lymphoedème scrotal : manifestation rare de l'hydradénite suppurée

M. Rimaoui; F. Hali; k. Baline S. Chiheb

Service de dermatologie ; CHU Ibn Rochd ; Université Hassan II ; Casablanca ; Maroc

Introduction:

L'hydradénite suppurée est une maladie inflammatoire qui affecte les glandes sudoripares apocrines se traduisant par des nodules sous cutanés polyfistulisés et des abcès évoluant en poussée-rémission. Nous rapportons dans notre travail le cas d'un patient présentant un lymphoedème péno-scrotal compliquant une hydradénite suppurée.

Observations:



Patient âgé de 23ans, ayant comme antécédents des rapports sexuels non protégés, tabagisme chronique sans notion de contagement tuberculeux .Il avait présenté depuis 2ans des nodules sous cutanés évoluant vers la fistulisation et l'émission du pus au niveau pubien et la face postérieure de la cuisse gauche. Le tableau clinique évoluait en poussée-rémission et fut marqué par l'installation depuis 9 mois d'un lymphœdème péno-scrotal .L'examen notait des nodules sous cutanés fistulisés confluents au niveau pubien, inguinal, face postérieure de la cuisse droite et axillaire gauche sans adénopathies inguinales .Le lymphœdème péno-scrotal est infiltré et surmonté de lésions verruqueuses. Il n'y avait pas de lymphœdème des membres inférieurs. La NFS ne montrait pas de leucopénie ni de lymphopénie. La sérologie chlamydia était négative. Les sérologies TPHA VDRL HIV HVB HVC étaient négatives, IDR à la tuberculine était négative et l'ECBU était stérile. L'examen proctologique et la rectoscopie ne montraient aucune lésion. L'échographie scrotale montrait un épaissement des parties molles .L'échographie abdominopelvienne était normale et l'histologie était non spécifique avec absence de granulome.Devant : la présence de nodules douloureux fistulisés, la topographie caractéristique et la chronicité, on a retenu le diagnostic de l'hidradénite suppurée compliquée de lymphœdème scrotal. Un traitement médical a été instauré à base de ciprofloxacine sulfaméthoxazole triméthoprime et prednisone avec amélioration ; après un recul de 4 mois ; un traitement chirurgical pour la cure du lymphœdème a été également proposé après stabilisation de la maladie.

Discussion:

Le lymphœdème scrotal résulte d'une altération du drainage lymphatique .Il peut être dû à des causes néoplasiques, inflammatoires, granulomateuses ou par déséquilibres hydro électrolytiques. Au cours de l'hidradénite suppurée, il s'agit du blocage et de la destruction des voies locales du drainage lymphatique dû à l'inflammation et la suppuration chronique. Le traitement médical à lui seul ne semble pas être suffisant pour la cure du lymphœdème scrotal qui doit être pris en charge chirurgicalement après contrôle des poussées inflammatoires de la maladie.

Conclusion :

Le lymphœdème scrotal est une complication rare de l'hidradénite suppurée ce qui illustre l'originalité de notre observation. En effet, il constitue un handicap fonctionnel, social et émotionnel pour le patient .Ainsi, une approche collaborative entre les dermatologues et les chirurgiens est nécessaire.

Pelade et qualité de vie : Expérience du service de dermatologie CHU

MOHAMMED VI Oujda

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

1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie.

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

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

CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc.



Introduction :

La pelade ou alopecia areata est une maladie auto-immune touchant les follicules pileux, responsable d'une alopecie non cicatricielle avec une prévalence mondiale de 0,1 à 0,2 %. Plusieurs options thérapeutiques sont proposées avec des résultats incertains. C'est une maladie affichante engendrant un stress et une altération de la qualité de vie des patients responsable d'une mauvaise réponse thérapeutique. Le but de notre étude est d'évaluer la qualité de vie des patients suivis pour pelade au CHU Med VI d'Oujda. Matériels et méthodes : Nous avons revu la totalité des dossiers des patients hospitalisés ou qui ont consulté pour une pelade au service de dermatologie du CHU Mohammed VI d'Oujda entre juin 2015 et juin 2020. Les dossiers retenus étaient analysés selon une grille comprenant les données épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives. L'évaluation de la qualité de vie était réalisée par le DLQI (Dermatology life quality index) avant et après le traitement.

Résultats :

Trente et un patients ont été inclus, d'âge moyen de 26 ans (5 ans-54 ans), à prédominance féminine avec un sexe ratio F/H de 2,9. La moyenne de durée d'évolution était de 8 ans. Le stress était rapporté par 5 patients comme facteur déclenchant. La forme dominante était la pelade en plaque, retrouvée dans 48% des cas. L'évolution était marquée par une repousse dans 42% des cas, l'absence de repousse dans 32%, tandis que 26% des cas étaient perdus de vue au cours du traitement. Le DLQI était calculé à l'admission et après une moyenne de 6 mois de traitement. Vingt patients avaient répondu au questionnaire. A l'admission le score médian était de 10, soit 10 % des patients qui n'avaient aucun effet sur leur qualité de vie, 20% avec un effet faible, 20% avaient un effet modéré, 45% avaient un effet important et 1 patient avait un effet extrêmement important sur la qualité de vie. Après le traitement, le DLQI était recalculé : 25% ne rapportaient aucun effet sur la qualité de vie, 25 % avaient un effet faible, 25% avaient un effet modéré, 20% avaient un effet important et 1 patient gardait l'effet extrêmement important sur la qualité de vie.

Discussion :

L'évaluation de la qualité de vie aide dans la pratique clinique à juger l'impact de la maladie sur la qualité de vie quotidienne des patients. Notre population d'étude est cliniquement similaire à d'autres échantillons rapportés dans les études précédentes avec une prédominance féminine, un âge moyen de survenue aux alentours de la 2ème décennie et une prédominance de la pelade en plaque.

Notre score moyen de DLQI initial était de 10, dépassant les valeurs obtenues dans la littérature notamment 6.1 obtenue dans une étude effectuée à Madagascar et 6.3 obtenue dans une méta-analyse de 1330 patients, soulignant l'altération importante de la qualité de vie de nos patients. La pelade réduit considérablement la qualité de vie de différentes manières spécifiquement l'activité journalière, le domaine psychologique et la relation sociale. Dans ce contexte, les interventions visant à améliorer le bien-être psychosocial des patients atteints de pelade devraient accompagner les thérapies conventionnelles.

Conclusion :

Sur la base du score de DLQI, nous concluons que les patients atteints de pelade pourraient ressentir un impact psychosocial important. Bien qu'elle est ni mortelle ni accompagnée de



douleur physique, la pelade est un trouble stressant qui entretient lui-même la maladie et altère la qualité de vie des patients imposant à prendre en considération l'accompagnement psychiatrique dans la prise en charge de ces patients.

PYODERMA GANGRENOSUM AU CHU D'OUJDA : Profil épidémiologique, clinique et évolutif

H. Saddouk 1 ; H.Aburabie 1 ; H.Ragraoui 1 ; S.Dikhayé 1,2 ; N.Zizi 1,2.

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

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

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

Introduction :

Le pyoderma gangrenosum (PG) est une dermatose neutrophilique rare, dont l'incidence et la cause sont mal connues et le traitement mal codifié. L'objectif principal de notre étude était de répertorier tous les cas de PG diagnostiqués dans notre service, afin de décrire leurs caractéristiques épidémiocliniques et leur évolution.

Méthodes :

Nous avons procédé à une étude rétrospective et descriptive sur une période de 5 ans, entre juillet 2015 et juillet 2020, au sein du service de Dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI d'Oujda.

Résultats :

Nous avons colligé 8 cas de PG. Il s'agissait de 3 hommes, 4 femmes et un enfant de 4 ans. L'âge moyen était de 33 ans. Le délai moyen de consultation était de 4 mois et demi, avec des extrêmes de 1 mois et 1 an. Le PG était de forme ulcérée dans tous les cas, Le nombre des lésions était variable entre lésion unique retrouvée chez 50% des patients et multiples chez les autres. La localisation au niveau des membres inférieurs était prédominante chez nos patients. Une maladie associée était retrouvée chez 62% de nos malades notamment une maladie inflammatoire chronique des intestins avec un pourcentage de 25%. Le décès était survenu chez un patient avec lymphome hodgkinien. Deux patients ont été perdus de vue et les 5 autres ont très bien évolué sous corticothérapie par voie orale.

Discussion :

Le pyoderma gangrenosum est une cause rare d'ulcère, raison pour laquelle on ne dispose pas de données épidémiologiques précises dans la littérature. L'incidence générale est estimée entre 3 et 10 cas par an, par million d'habitants. Le pic d'incidence se situe entre 25 et 55 ans. Certaines études retrouvent une prépondérance féminine alors que d'autres estiment que les deux sexes sont touchés de façon identique. Le PG a été rapporté occasionnellement chez des personnes âgées. Le PG se développe de façon prédominante sur les membres inférieurs, comme c'est le cas de notre travail. Les critères diagnostiques ont été modifiés récemment avec comme intérêt d'éliminer les diagnostics différentiels. Le PG est pris à tort le plus souvent pour une pathologie infectieuse. Rejoignant ce qui est décrit dans la littérature une pathologie sous-jacente est retrouvée chez plus de la moitié de nos patients. Le traitement de première ligne reste la corticothérapie avec en cas de corticodépendance, l'association aux immunosuppresseurs. Les biothérapies sont prometteuses en deuxième ligne. Dans les pyoderma syndromiques, les inhibiteurs de l'interleukine-1 sont prometteurs.

Conclusion :

Le PG est une affection rare dont le diagnostic est essentiellement clinique. Il est important de savoir le reconnaître pour mettre en place un traitement adapté et toujours chercher une affection sous-jacente.

Eczéma des paupières à la norfloxacine en collyre avec patch-tests négatifs

L.Zenjari, FZ.Elfatoiki, F.Hali, H.Skalli Dahbi, S.Chiheb

Service de dermatologie et vénérologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

Introduction

L'eczéma de contact palpébral aux antibiotiques en collyre est de plus en plus rapporté, mais la famille des fluoroquinolones est exceptionnellement rapportée.

Nous rapportons le cas d'un enfant de 6 ans, présentant un eczéma palpébral à la



norfloxacin avec patch tests négatifs.

Observation

Il s'agit d'un patient de 6 ans, sans antécédents particuliers, qui a présenté une conjonctivite bactérienne bilatérale, pour laquelle il a reçu de la norfloxacin en collyre pendant 3 jours. Soixante douze heures après la dernière instillation, il a présenté des lésions d'eczéma oedémateux bilatéral au niveau des paupières supérieures et inférieures, avec un prurit féroce. Une exploration allergologique initiale a été réalisée, faite de tests épicutanés ou patch- tests, par la batterie standard européenne et la norfloxacin (30% vaseline) en semi ouvert à 48h et 96h, était négative. Un test d'application répétée ouvert (ROAT) à la norfloxacin a été effectué, qui était positif à J3 et à J4. Le diagnostic d'eczéma des paupières à la norfloxacin a été retenu. L'éviction de l'allergène ainsi que les dermocorticoïdes ont permis une rémission complète, sans récurrence.

Discussion

La particularité de cette observation réside en la rareté des eczemas de contact à la famille des fluoroquinolones, ainsi que la négativité des patch-tests.

En effet, certains antibiotiques en collyre ont été incriminés dans les dermatites de contact, notamment les aminosides. Mais à notre connaissance, il n'existe aucune publication concernant l'eczéma de contact palpébral à une fluorquinolone.

Notre observation souligne également l'importance du test d'application répétée ouvert (ROAT) dans l'eczéma des paupières, en cas de patch-tests négatifs. Sa réalisation au niveau de l'avant bras, où l'épaisseur de la peau est proche de la paupière, le rend plus sensible que les patch-tests au niveau du dos.

Conclusion

Il s'agit d'un cas rare d'eczéma des paupières à la norfloxacin, avec des patch-tests faussement négatifs. Le test d'application répétée ouvert (ROAT) aurait un rôle important dans ces situations.

Mastite granulomateuse sarcoïdique au cours d'une sarcoïdose cutanéopulmonaire: Une localisation à connaître

S.Rabba/K.Baline/F.Hali/F.Marnissi/S.Chiheb

Introduction :

La sarcoïdose est une maladie multisystémique. Le sein est rarement atteint. Nous en rapportons un cas.

Observation :

Mme F.K, 50 ans, suivie pour adénocarcinome endométrial (cure chirurgicale + chimiothérapie), consultait pour des lésions papuleuses étendues associées à une dyspnée d'effort. À l'examen clinique on notait des papulonodules érythémato-violacés à aspect lupoïde par endroit et angiomateux par d'autres. Les lésions siégeaient au niveau du visage, du dos et membres. L'histologie montrait une dermite granulomateuse type sarcoïdique. L'enzyme de conversion de l'Angiotensine (ECA) était augmentée. La TDM objectivait une atteinte pulmonaire interstitielle, ganglionnaire et sous-diaphragmatique. Le diagnostic retenu était celui d'une sarcoïdose. Le traitement préconisé reposait sur les dermocorticoïdes, les APS et l'association b-mimétique-gluco-corticoïde en inhalation. Six mois plus tard, un nodule mammaire indolore du quadrant supéro-externe du sein gauche ACR 4 a été découvert. La chirurgie ablative a donc été préconisée sur la base de la suspicion de tumeur mammaire maligne notamment secondaire devant l'antécédent d'adénocarcinome. L'histologie de la pièce d'exérèse montrait une mastite granulomateuse tuberculoïde non nécrosante sur mastopathie fibrokystique avec absence de malignité. Une corticothérapie per os à 0.5 mg/kg/j a été démarrée avec une bonne réponse thérapeutique. Le recul actuel est de 3 mois.

Discussion :

La localisation mammaire de la sarcoïdose est extrêmement rare. Selon les données de la littérature, elle ne dépasserait pas 1% des cas. Elle se présente sous forme d'une masse dure associée parfois à une rétraction du mamelon, une inflammation de la peau sus-



jacente, un écoulement mamelonnaire, une fistule, une douleur, une hypertrophie des ganglions lymphatiques et dans de rares cas un aspect en "peau d'orange". L'atteinte est le plus souvent unilatérale, bien que la bilatéralité est possible. Des récives Controlatérales ou bilatérales peuvent survenir, parfois dans un tableau de fièvre, polyarthralgies et érythème noueux. Les principaux diagnostics différentiels sont le cancer du sein et d'autres causes telles que la tuberculose, la syphilis, la granulomatose de Wegener et à corps étranger. Dans notre cas, les aspects clinique et échographique étaient suggestifs d'une tumeur maligne et c'est l'examen anatomopathologique de la pièce d'exérèse qui a redressé le diagnostic en montrant un aspect typique de sarcoïdose mammaire. Le protocole thérapeutique n'est pas bien établi. Le traitement de première intention est la corticothérapie per os. Le traitement par combinaison de corticoïdes et de médicaments hypoprolactinémians, tels que la Bromocriptine a été utilisé avec un bon succès et moins de risque de récive. La suspicion de cancer mammaire justifie dans certains cas le recours à la chirurgie surtout en l'absence d'antécédent connu de sarcoïdose chez le patient et quand la sarcoïdose mammaire est isolée. Le taux de récurrence après traitement chirurgical est de 5 à 50%. La Colchicine, l'Azathioprine et les AINS ont également été utilisés.

Conclusion :

L'apparition d'un nodule mammaire chez un patient suivi pour sarcoïdose doit faire penser à une mastite granulomateuse sarcoïdosique.

Psoriasis de la verge isolé chez un enfant traité avec succès par tacrolimus topique

L.Zenjari, FZ. Elfatoiki, F. Hali, H. Dahbi Skalli, S. Chiheb

Service de dermatologie et vénérologie, CHU Ibn Rochd Casablanca.

Introduction

Les inhibiteurs de la calcineurine topiques sont communément utilisés dans le tritement de la dermatite atopique, mais moins fréquemment dans d'autres dermatoses



inflammatoires. Nous rapportons un cas de psoriasis de la verge isolé chez un enfant, traité avec succès par tacrolimus topique.

Observation

Un enfant âgé de 5 ans, circoncis à l'âge de 6 mois, consultait pour un prurit localisé au niveau de la verge évoluant depuis 6 mois, ayant été traité par dermocorticoïdes sans amélioration. Il n'y avait pas d'antécédent personnel ou familial de psoriasis.

L'examen dermatologique retrouvait des lésions érythémato-squameuses au niveau de la verge.

La biopsie cutanée avait retrouvé un aspect compatible avec un psoriasis.

Un traitement par tacrolimus topique à 0,1% a été démarré et maintenu pendant 4 semaines, avec une évolution favorable.

Il n'y avait pas de récurrence du prurit, ni réapparition des lésions érythémato-squameuses après 8 mois.

Discussion

La particularité de notre observation réside en la localisation génitale isolée du psoriasis, peu fréquente surtout chez l'enfant, et l'utilisation du tacrolimus topique dans cette indication.

En effet, les dermocorticoïdes sont le plus souvent utilisés dans le psoriasis génital, mais avec un risque important d'atrophie cutanée.

Le tacrolimus topique a été rapporté comme traitement efficace du psoriasis inversé ou génital de l'enfant, dans quelques études, avec moins d'effets indésirables.

Une étude plus large serait nécessaire afin d'évaluer les inhibiteurs de la calcineurine topiques le traitement du psoriasis de l'enfant.

LEISHMANIOSES CUTANEE DIFFUSES TRAITÉES PAR FLUCONAZOLE

H.ABURABIE 1, A.KHOUNA 1, H.DAFLAOUI 1, N.ZIZI 1, 2, S.DIKHAYE1, 2

1-Service de dermatologie, CHU Mohammed VI d'Oujda, Oujda, Maroc.

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

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

Introduction :

La leishmaniose cutanée (LC) est une infection cutanée provoquée par

un parasite unicellulaire qui est transmis par des piqûres de phlébotome. La leishmaniose cutanée diffuse (LCD) représente la forme grave, avec des nodules disséminés sur le corps, récidivante et rebelle au traitement. Vu la toxicité des dérivés d'antimoine et les résultats encourageants d'une étude saoudienne et de quelques séries de cas évaluant l'efficacité du fluconazole per os sur la leishmaniose cutanée on a proposé ce traitement en première intention chez 3 patients.

Matériels et Méthodes :

Etude prospective monocentrique réalisée au service de Dermatologie.

Trois patients ont été inclus dans l'étude.

Cas rapportés: Il s'agissait trois patient, deux hommes et une femme, âgés respectivement de 37, 43 ans et 40 ans. Les trois avaient une notion de séjour dans une zone d'endémie de leishmaniose. Ils se sont présentés en consultation pour des plaques ovalaires érythémateuses verruqueuses indolores et légèrement prurigineuse surmontée par endroit de croûtes tantôt brunâtre tantôt jaunâtre du visage, suivi quelques semaines plus tard par l'apparition de multiples papulo-nodules au niveau des 4 membres. Le frottis a mise en évidence des corps de leishman. La décision thérapeutique était de mettre les trois patients sous fluconazole 200mg/J jusqu'à cicatrisation totale des lésions, avec une surveillance rapprochée de la NFS et de la fonction hépatique. L'évolution était marquée par un blanchiment total, avec persistance de quelques lésions hyperpigmentées cicatricielles. La durée du traitement était de 3 mois chez la première patiente, de 04 mois chez le 2^{ème} patient. Et de 6 mois chez le 3^{ème} patient. Aucun effet indésirable n'a été noté avec un recul de 02 mois chez le 3^{ème} patient, 06 mois chez le 2^{ème} patient et de 14 mois chez la 1^{ère} patiente sans récives.

Discussion :

La LC se présente souvent sous forme de lésion ulcéreuses unique ou peu nombreuses douloureuses à bordures surélevées. Cependant d'autres formes cliniques plus sévères ont été décrites. La leishmaniose cutanée diffuse est caractérisée par un défaut de réponse immune et les nombreux macrophages sont pleins d'amastigotes avec une faible réaction cellulaire lymphocytaire environnante. Elle débute par un nodule unique non ulcéré, le plus souvent à



la face, qui est suivi par l'apparition extensive de multiples macules, papules, nodules, plaques, et par une infiltration diffuse de la peau, surtout des faces d'extension des membres et du visage.

Après des résultats encourageants d'une étude saoudienne publiée en 2001 évaluant l'efficacité du fluconazole per os dans la leishmaniose cutanée, plusieurs auteurs ont proposés ce traitement en première ligne. Plusieurs protocoles ont été publiés dont le plus répondu était fluconazole 200mg/j pendant 6 semaines. Vu la multiplicité des lésions et le risque de récurrence, on avait décidé de traiter nos patients jusqu'à cicatrisation totale des lésions, avec une surveillance rapprochée de la fonction hépatique. L'évolution était marquée par un blanchiment total au pris des cicatrices hyperpigmentées. Aucun effet indésirable n'a été notifié chez nos patients.

Conclusion :

Ces nouvelles observations montrent que le fluconazole 200mg/j jusqu'à cicatrisation complète est efficace et bien toléré dans le traitement de la leishmaniose cutanée dans sa forme diffuse. Ce protocole peut donc être proposé en première ligne dans les formes diffuses.

Les condylomes ano-génitaux chez l'enfant

S.Bouabdella 1 ; A.Khouna 1 ; N.Zizi 1,2 ; S.Dikhaye 1,2.

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

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

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

Introduction :

Les condylomes correspondent à des verrues ano-génitales secondaires à une infection par Human Papilloma Virus (HPV). Nous rapportons trois cas de verrues péri-anales vues au sein du service de Dermatologie du CHU d'Oujda.

Observations :

C'était trois enfants, deux garçons et une fille, âgés respectivement de 8, 7 et 2 ans, issus d'une grossesse normale à terme, reçus en consultation pour des lésions papuleuses végétantes péri-anales évoluant depuis 8, 6 et 10 mois avec la présence chez le premier patient, d'une lésion



populaire rugueuse au niveau palmaire gauche évoluant depuis 2ans. Le second garçon était suivi pour une néphropathie lupique et la fille était suivie pour une épilepsie compliquée d'une infirmité motrice cérébrale. A l'examen, on retrouvait chez le second garçon et chez la fille une fissure de la marge anale avec une béance anale. Les sérologies des IST étaient négatives chez tous les patients. Le diagnostic de condylomes acuminés auto-inoculés a été retenu chez le premier patient. Il s'agissait d'un abus sexuel pour le second et le troisième enfant avec la présence de condylomes génitaux chez le père du second garçon, qui a été traité par Laser CO2 chirurgical et laser Yag avec application d'une crème cicatrisante. L'évolution était marquée par la régression des lésions puis une récurrence.

Discussion :

Les enfants de tout âge peuvent développer des condylomes ano-génitaux avec un pic entre zéro et quatre ans. Les filles sont deux fois plus atteintes que les garçons. Chez l'adulte, la transmission est essentiellement sexuelle. Chez l'enfant, trois modes de transmission existent : périnatale, horizontale et dans le cadre de sévices sexuels. Les données de la littérature sont très variées quant à la place des abus sexuels comme mode de contamination des verrues ano-génitales. Il est néanmoins difficile d'affirmer avec certitude le lien entre la pathologie et les sévices sexuels. Dans certains cas, il s'agit d'une transmission manu portée soit par auto ou hétéro-inoculation à partir de verrues cutanées comme c'est le cas chez notre dernier patient. En absence d'une explication évidente ou en cas d'arguments faisant suspecter un abus sexuel, il est indispensable de rechercher d'autres infections sexuellement transmissibles et de faire une enquête psychologique et sociale.

Les maladies sexuellement transmissibles chez l'enfant secondaires aux sévices sexuels sont peu documentées.

Conclusion :

Les verrues ano-génitales ne sont pas significatives obligatoirement de sévices sexuels. Cependant, ce sujet reste tabou d'un abord social et légal délicat. La prise en charge médico- psychologique et médico-légale de ces patients est dans la majorité des cas complexes

exigeant une approche intégrée et multidisciplinaire.

Profil épidémiologique-clinique de la dermatite atopique au CHU de Casablanca

M.Mouradi, FZ. Elfatoiki, H.Sqalli, F.Hali, S.Chiheb

Service de Dermatologie, CHU Ibn Rochd Casablanca

Introduction :

La Dermatite atopique (DA) est une affection inflammatoire prurigineuse chronique commune chez l'enfant et l'adulte jeune. Elle est sous la dépendance de facteurs héréditaires mais dont l'augmentation de prévalence au cours des dernières décennies s'explique préférentiellement par l'influence de facteurs environnementaux encore mal élucidés. C'est un motif fréquent de consultation, mais peu d'études épidémiologiques maghrébines sont effectuées. Le but de notre travail est de tracer le profil épidémiologique-clinique de la DA dans notre service.

Matériel et méthodes :

Une étude descriptive transversale a été menée dans notre service entre Mai 2018 et Janvier 2020 chez une population âgée de moins de 12 ans consultant au centre de diagnostic de dermatologie. Nous avons recueilli les données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques sur une grille préétablie.

Résultats :

706 patients ont été vus dont 73 cas avaient une DA. Soit une prévalence de 10.33 %. L'âge moyen était de 30.43 mois (2.5 – 132 mois). Le sexe ratio H/F était de 1.21. L'atopie personnelle était notée dans 41,19 % des cas et l'atopie familiale dans 63 % des cas. 70 % des cas étaient d'origine urbaine. L'âge moyen de début était de 12.81 mois (15 jours-120 mois). L'atteinte céphalique était vue dans 71.23 % des cas. Le prurit, la xérose cutanée et le pli de déni Morgan étaient constants. Une surinfection bactérienne et/ou virale était vue dans 28.76% des cas. Une résistance aux corticostéroïdes était notée chez trois patients dont deux étaient porteurs d'un déficit immunitaire et un avec une allergie alimentaire.



Discussion :

Notre étude rejoint celle du Centre hospitalier de Marrakech en approuvant que le Maroc subit une occidentalisation du profil épidémio-clinique de la DA. Elle appuie également le rôle des facteurs génétiques et environnementaux. D'autres études plus larges avec un suivi plus long doivent être effectuées afin de valider ces résultats et de tracer le profil évolutif de la maladie.

Syndrome de Sweet: étude rétrospective de 42 cas.

F.El Hadadi¹, L.Mezni¹,K.Znati², M.Meziane¹, N.Ismaili¹ L.Benzekri¹, K.Senouci¹

(1) Department of dermatology

(2)Department of dermatopathology

Mohammed V University in Rabat, Ibn Sina University Hospital, Rabat, Morocco.

Introduction :

Le syndrome de Sweet (SS) est dermatose inflammatoire neutrophilique rare. Nous présentons une série de cas au service de dermatologie de l'Hôpital IBN SINA (Rabat) que nous avons comparé à d'autres études publiées par divers hôpitaux universitaires du Royaume. Le but étant de participer à la création future d'une base de données épidémiologiques, de mettre sous projections les particularités cliniques et histologiques et les associations possibles dans notre contexte afin d'élaborer un protocole national de prise en charge des SS.

Matériel & méthodes :

Une étude rétrospective a été menée sur 16 ans (janvier 2004-mars 2020). Les dossiers Médicaux ont été exploités avec recueil des données grâce à une fiche d'exploitation préétablie. Nous avons inclus dans notre étude tous les patients chez qui le diagnostic de SS a été confirmé sur un faisceau d'arguments: clinique (dermatose neutrophilique aigue fébrile), biologique et histologique (infiltrat à prédominance PNN) répondant aux critères majeurs et mineurs d'un SS. Ont été exclues de notre étude les dermatoses neutrophiliques infectieuses et toute dermatose inflammatoire ne répondant pas aux critères diagnostiques.

Résultats :



42 cas ont été colligés, une nette prédominance féminine a été notée (83% des cas) avec un sex-ratio (H/F) de 0,20. L'âge moyen des patients était de 46 ans avec des extrêmes allant de 24 à 84 ans. La forme idiopathique était la plus fréquemment retrouvée dans 80 % cas ; suivie du Sweet paranéoplasique (2 cas), forme iatrogène (2cas: tétracycline, acide acétylsalicylique) syndrome de Gougerot Sjögren (1 cas), maladie de Crhon (1cas), polyarthrite rhumatoïde (1 cas), l'association SS et grossesse a été retrouvée chez 2 patientes. Les manifestations cutanées étaient des papulonodules dans 77% cas. Histologiquement, l'infiltrat dermique était riche en PNN chez tous nos cas, une variante lymphohistiocytaire (9%). L'indométacine a été instaurée chez 43% des patients suivi de la colchicine (19%). Une bonne réponse clinique a été notée avec des cas résistants et/ou rechutes nécessitant un traitement par corticothérapie.

Discussion :

Sur le plan épidémiologique notre étude corrobore les études publiées à l'échelle nationale.

En effet,

au Maroc l'âge moyen chez la femme est de 46ans. Cliniquement, l'éruption est faite de

papules/plaques douloureuses érythémateuses infiltrées. Dans notre étude, l'aspect

papulonodulaire était le plus fréquent retrouvé dans 80% des cas. La présence de cocardes peut orienter vers une prise médicamenteuse. La muqueuse buccale (chéilite, ulcération) et oculaire (épisclérite, conjonctivite) peuvent être atteintes. Le diagnostic est défini par l'association de deux critères majeurs et de deux critères mineurs selon la classification de Von den Driesch. Plusieurs traitements ont été proposés (indométacine, colchicine, corticothérapie, dapsone...). Les rechutes doivent faire rechercher un néoplasie. Elles sont plus fréquentes sous colchicine, une corticothérapie est alors indiquée.

Syndrome de Sweet post infectieux ou post médicamenteux ?

KARRAKCHOU B 1 , ELGAITIBI F 1 , ISMAILI N 1 , BENZEKRI L 1 , MEZIANE M 1 ,

SENOUCI K 1

1 Service de dermatologie, CHU Ibn Sina, Université Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction-Objectifs:

Le syndrome de Sweet est une dermatose neutrophilique aigue fébrile rare d'origine

infectieuse, inflammatoire, néoplasique ou médicamenteuse. Cette dernière est difficile à retenir, surtout lorsqu'elle est à visée anti-infectieuse. Nous rapportons un cas de syndrome de Sweet faisant suite à des angines traitées par amoxicilline.

Méthode-Observation :

Une patiente de 66ans présentait des antécédents d'angines à répétition traitées par moyens traditionnels, et un syndrome de Sweet il y a 2 ans suite à l'amoxicilline pour angines. Elle consultait pour une éruption fébrile érythémato-papuleuse douloureuse aux quatre membres survenant 3 jours après la prise d'amoxicilline pour angines. Le reste de l'examen clinique était sans particularités. Les examens complémentaires objectivaient une hyperleucocytose à PNN, des marqueurs d'inflammation élevés, et des ASLO positifs. La recherche de néoplasie était négative, le bilan auto-immun également. La biopsie cutanée retrouvait une vascularite leucocytoclasique. La pharmacovigilance a contre indiqué la prise de bêta-lactamines et céphalosporines. L'arrêt de l'amoxicilline, et la mise sous prednisone 0,5mg/kg/j entraînaient une disparition des lésions.

Résultat-Discussion :

Nous rapportons le cas d'un syndrome de Sweet associé à des angines et à l'amoxicilline. Bien que la cause la plus fréquente soit infectieuse, il faut exclure toute néoplasie. L'amoxicilline est également incriminée, d'autant plus que l'éruption survient ici après la réintroduction du traitement, ce qui constitue un argument en faveur de l'origine médicamenteuse. Et le délai plus court de 3 jours, contre une à deux semaines dans la littérature, serait expliqué par la sensibilisation antérieure (il y a 2 ans). Toutefois, 3 cas seulement de syndrome de Sweet post-amoxicilline sont notifiés dans la vigibase globale, ce qui souligne la nécessité de redoubler de vigilance devant toute prescription médicamenteuse, surtout les plus courantes.

Conclusion :

L'imputabilité d'un traitement est rarement certaine. Cependant tout médicament est potentiellement pourvoyeur de toxidermie, et toute prescription doit être justifiée.

Références :

1. Volpe M. (2016). Sweet Syndrome Associated with Upper Respiratory Infection and Amoxicillin Use. *Cureus*, 8(4), e568.



2. Bonnet N. (2013). Dermatose neutrophilique diffuse sévère associée à la prise d'amoxicilline- acide clavulanique : première observation. Revue Française d'Allergologie. 433-435

Pyoderma gangrenosum révélant une polyarthrite rhumatoïde : Une association à ne pas oublier

Hasna Kerrouch°, Meryem Khalidi , Hicham Titou, Tarik Hanafi, Rachid Frikh, Naoufal Hjjira

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

Contact: Hasna Kerrouch Email: hasnakerrouch@gmail.com

Introduction

Le Pyoderma gangrenosum (PG) est une dermatose neutrophilique rare, d'origine inconnue, pouvant s'associer à des pathologies inflammatoires, infectieuses, tumorales ou être idiopathiques. Nous rapportant dans cette observation le cas d'un PG révélant une polyarthrite rhumatoïde.

Observation

Patiente de 79 ans, suivie depuis 15 ans pour une hypertension artérielle sous traitement, Hospitalisée pour une ulcération de la jambe droite évoluant depuis 5 mois.

L'examen clinique trouvait une ulcération de 4cm de diamètre, peu profonde, à surface sanieuse, croûteuse par endroits, à bordure surélevée minée de clapiers purulents, siégeant au niveau du tiers supérieur de la jambe droite. Le reste de l'examen clinique était sans particularité.

L'examen histologique trouvait un tissu de granulation hyperplasique riche en polynucléaires neutrophiles altérées dissociant un infiltrat cellulaire dense et diffus composé de cellules de taille moyenne aux noyaux arrondis, hyperchromatiques et parfois nucléoles. Ces cellules s'agencent en nappes diffuses parfois écrasés au sein d'un stroma grêle. Aspect compatible avec un pyoderma gangrenosum.

Par ailleurs la patiente rapportait la notion de polyarthrite distale d'apparition progressive



intéressant les poignets et les articulations métacarpo-phalangiennes. Une radiographie et une échographie des mains ont été demandées ainsi qu'un dosage du facteur rhumatoïde et d'anticorps anti-peptides citrullinés qui sont revenus positifs permettant ainsi de poser le diagnostic d'une polyarthrite rhumatoïde. La patiente a été mise sous méthotrexate et est toujours sous surveillance.

Discussion

Le PG est une dermatose neutrophilique rare, souvent difficile à diagnostiquer, faute de signes spécifiques et pathognomoniques.

Il est caractérisé par des lésions pustuleuses ou nodulaires évoluant progressivement vers des ulcérations douloureuses et trainantes.

Le PG est associé dans 50% des cas à d'autres affections systémiques notamment : digestives (Maladie de Crohn, Rectocolite hémorragique), hépatiques (Hépatite chronique active, cholangite sclérosante, cirrhose biliaire primitive), rhumatismales (Polyarthrite rhumatoïde, spondylarthropathies, polychondrite) et hématologique (Dysglobulinémie, leucémie, syndrome myéloprolifératif).

Conclusion

Le PG est caractérisé par un polymorphisme clinique. La recherche de maladies associées doit être systématique.

Eczéma craquelé étendu révélant un adénocarcinome bronchique :

Meryem Khalidi , Hasna Kerrouch, Mohammed El Amraoui,

Rachid Frikh, Naoufal Hjira, Mohammed Boui

Service de dermatologie-vénérologie –HMIMV-Rabat.

Introduction :

L'eczéma craquelé est une dermatose inflammatoire spongiforme fréquente siégeant

habituellement sur les faces d'extension des membres inférieurs qui touche principalement les sujets âgés chez lesquels une diminution de l'activité des glandes sébacées et sudorales expliquerait cet état

de fait. Les facteurs exogènes, principalement environnementaux (taux d'hygrométrie, variation de température, etc.) sont impliqués dans la physiopathologie de cette dermatose. Mais ces

dernières années, des publications soulignent l'association possible de cette dermatose avec des hémopathies lymphoïdes et des cancers solides



Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 60 ans, connu tabagique à raison de 10 paquets/année qui a été admis dans notre service pour éruption eczématiforme étendue d'installation progressive, l'examen clinique trouve un patient cachectique pesant 54 kg, en mauvais état général rapportant un amaigrissement important depuis 3 mois, l'examen dermatologique trouve des lésions érythémateuses squameuses d'aspect sec et fissuraire siégeant au niveau des faces d'extension des membres et du dos prurigineuses avec sensation de tension et parfois de cuisson ; ainsi qu'une xérose cutanée importante aux zones non touchées par l'eczéma craquelé. Par ailleurs le patient rapporte une toux chronique sèche gênante ne s'améliorant pas par les traitements antitussifs usuels. Devant ce tableau, nous avons suspecté un eczéma craquelé paranéoplasique en premier, la biopsie cutanée a montré acanthose minime sans spongiose, une hyperparakératose modérée et un infiltrat lymphocytaire périvasculaire du derme papillaire et réticulaire. Un scanner thoracique a montré une masse pulmonaire s'avérant un adénocarcinome bronchique après examen anatomopathologique d'une biopsie endo-bronchique. L'amélioration clinique a été obtenue après 2 séances de chimiothérapie et cure de corticothérapie locale en occlusion avec hydratation cutanée par des soins émollients. Le patient est toujours suivi en staff multidisciplinaire pneumologie-dermatologie-oncologie.

Discussion :

L'eczéma craquelé est défini, selon Robert Degos, par une peau sillonnée de craquelures rouges, linéaires, de moins d'1 mm de large, s'entrecroisant irrégulièrement pour former des losanges inégaux. Une légère desquamation borde les sillons. Il disparaît sans passer par les phases classiques vésiculeuse et suintante des eczémas. Sa pathogénie est incertaine entre xérose et ichtyose. Il peut être secondaire à la disparition des glandes sébacées chez le sujet âgé ou bien en rapport avec un déficit en zinc, en hormones thyroïdiennes ou en acides gras ou accompagner un syndrome de Sjogren. Sa nomenclature comme dermatose paranéoplasique est toute récente vue qu'il peut précéder une hémopathie ou un cancer solide (sein, estomac, poumon) et disparaître après traitement de la néoplasie. Le traitement repose essentiellement sur des bains d'émollient ; l'utilisation du pimecrolimus et l'acétate d'alpha-tocophérol a été efficace dans le traitement de l'eczéma craquelé.

Conclusion :



L'eczéma craquelé est une dermatose rare du sujet âgé, dans sa forme étendue et résistante aux traitements topiques, une origine paranéoplasique est à évoquer en premier lieu.

Sarcoidose morphéiforme révélée par une ulcération post-traumatique

S.Rabba/H.Dahbi Skalli/H.Jabri/S.Chiheb

Introduction :

La sarcoïdose est une granulomatose systémique de cause inconnue. La localisation Cutanée est présente dans 20 à 35 % des cas et peut être parfois révélatrice de la maladie. Voici une

observation de sarcoïdose cutanée dans sa variante morphéiforme.

Observation :

Une femme de 79 ans, sans antécédent pathologique notable, présentait des placards scléroatrophiques hyperpigmentés par endroit, remontant à 15 ans. Ils se sont compliqués d'une ulcération post-traumatique ovale à bordure érythémato-violacée. L'anamnèse n'identifiait pas d'œdème précessif, d'effort physique intense ni d'infection à *Borrelia* ou à *Mycoplasma*. À l'examen clinique la peau était fine, déprimée par endroit, brillante et indurée. Nous ne retrouvons pas d'adénopathies. En revanche, une biopsie cutanée profonde révélait la présence au niveau dermique de granulomes épithélio-giganto-cellulaires sans nécrose caséuse et une fibrose sévère avec horizontalisation des faisceaux de collagène, ainsi qu'une atrophie des annexes et du muscle strié avec absence d'éosinophiles. Le diagnostic de sarcoïdose cutanée morphéiforme a été retenu devant la présence de granulomes sarcoïdiques à l'histologie, la lymphopénie persistante à 1234 éléments/mm³, l'anergie tuberculinique et l'atteinte pulmonaire micronodulaire. La bronchoscopie retrouvait une inflammation diffuse de 2ème degré. Le dosage de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et le bilan phosphocalcique étaient normaux. Un traitement par Hydroxychloroquine et corticothérapie orale a été instauré.

Discussion :

Le cas de notre patiente montre que la sarcoïdose cutanée pourrait mimer une morphée. En effet, ses manifestations cliniques sont d'une grande variété et sont divisées en spécifiques et non spécifiques selon qu'ils contiennent ou non un granulome à l'histologie. Une caractéristique



distinctive de la sarcoïdose morphéiforme, à côté du granulome non caséux, est la sclérose dermique. Celle-ci est communément présente dans la sarcoïdose quand les lésions sont profondément infiltrantes notamment dans le lupus Pernio. Elle est vraisemblablement expliquée par un possible stimulus de la sclérose par l'ensemble de cytokines libérées par les cellules T activées et les macrophages impliqués dans la formation des granulomes. Il n'existait pas d'argument pour une atteinte viscérale sarcoïdique autre que pulmonaire. Le reste du bilan paraclinique (échographie thyroïdienne, abdomino-pelvienne et mammaire, marqueurs tumoraux et hormones thyroïdiennes) ne trouvait pas d'argument en faveur d'un cancer associé. Par ailleurs, le mode évolutif, l'absence d'éosinophilie sanguine ainsi qu'à l'histologie n'étaient pas en faveur de la fasciite de Schullman.

Conclusion:

La sarcoïdose morphéiforme est une manifestation très atypique de la sarcoïdose. Des arguments paracliniques, en particulier histologiques, doivent être réunis afin de porter le diagnostic.

Pelade et pathologies associées : Quoi d'autres en plus de l'auto-immunité ?

A.Khouna 1, S.Dikhaye 1 ;2, N.Zizi 1 ;2.

1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie .

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

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

CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc

Introduction :

La pelade est une pathologie inflammatoire d'étiologie inconnue ayant comme conséquence une alopécie non cicatricielle. Actuellement, on évoque une hypothèse auto-immune médiée par les lymphocytes T dirigés contre les follicules pileux. L'association à des pathologies auto-immunes est rapportée dans la littérature. L'objectif de notre étude est d'étudier les différentes pathologies associées à la pelade chez les patients suivis au CHU

Med VI d'Oujda .

Matériels et méthodes :

Nous avons revu la totalité des dossiers des patients hospitalisés ou qui ont consulté pour une pelade entre juin 2015 et juin 2019.

Résultats :

Nous avons colligé 31 patients, vingt-trois femmes et 8 hommes, d'un âge moyen de 26 ans (5 ans-54 ans). Trente-deux pourcent des patients présentaient une pelade universalis avec 48% qui présentaient une pelade en plaque, 12% avec une pelade décalvante et 6% avec une pelade ophiasique. Quinze patients avaient des pathologies associées à leur pelade. Nous rapportons 2 cas de thyroïdite d'Hashimoto, 2 cas de diabète type 1, 2 cas de vitiligo, 2 cas de trisomie 21. Nous citons également un cas avec une polyendocrinopathie, 1 cas de lupus, 1 cas de maladie de crohn et 1 cas de retard staturo-ponderal, 1 cas d'urticaire chronique et un cas de maladie caeliaque.

Discussion :

L'association de la pelade à d'autres pathologies auto-immunes est souvent rapportée dans la littérature, notamment les thyroidites auto-immunes, conduisant de nombreux praticiens à demander un bilan thyroïdien systématiquement chez ces patients. Par ailleurs quelques rares cas de pelade associés à une trisomie 21 sont rapportés dans la littérature. En effet plusieurs études ont démontré des altérations de la réponse immunologique cellulaire et humorale secondaires à des altérations de l'expression du gène régulateur de l'immunité (situé sur le chromosome 21). Ont été rapportées de manière très ponctuelle : la rectocolite hémorragique et la maladie de crohn.

Au total, une revue systématique récente de 87 études a montré que les maladies atopiques, le syndrome métabolique, l'infection à *Helicobacter pylori*, le lupus érythémateux, l'anémie ferriprive, les maladies thyroïdiennes, les maladies psychiatriques, la carence en vitamine D et les anomalies auditives et ophtalmiques étaient plus fréquentes chez les patients atteints de pelade, avec un risque plus élevé de développer des maladies auto-immunes.

Conclusion :



La pelade est associée à diverses maladies systémiques et psychiatriques. Les praticiens sont encouragés à évaluer et à gérer ces comorbidités potentielles en guise d'une prise en charge complète.

Un pyoderma gangrenosum guéri : le début d'une autre histoire .

A.Khouna 1; H.Aburabie 1; A.Hassain 3 ;N.Benajiba 3 ; N.Zizi 1,2 ; S.Dikhayé 1,2.

1 Service de Dermatologie , Vénérologie et Allergologie .

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

3 Service de pédiatrie .

Faculté de médecine et de pharmacie Oujda , Université Mohammed Premier

CHU Mohammed VI, Oujda

Introduction :

Le Pyoderma gangrenosum (PG) est une dermatose neutrophilique chronique de cause inconnue, rarement décrite chez les enfants. Son association aux hémopathies malignes est bien connue chez l'adulte avec de rares cas pédiatriques. Nous rapportons un nouveau cas pédiatrique qui a présenté un PG, ayant bien évolué sous corticothérapie systémique, suivi 8 mois plus tard d'une leucémie aigüe lymphoïde (LAL).

Observation :

Une fillette de 4 ans, sans aucun antécédent a consulté pour des ulcérations douloureuses du bras droit et de la jambe gauche, évoluant depuis 3 semaines dans un contexte fébrile. Ces lésions étaient phagédéniques à extension centrifuge, rebelles aux traitements locaux et aux antibiotiques systémiques. L'examen dermatologique trouvait deux ulcérations arrondies à fond fibrino-nécrotique, à bordure violacée et à base non indurée (figure 1). Les aires ganglionnaires étaient libres. Le reste de l'examen somatique (notamment abdominal et articulaire) était normal. L'étude anatomopathologique a mis en évidence un riche infiltrat à polynucléaires neutrophiles associé à une nécrose tissulaire. Un bilan à la recherche de maladies associées ne révélait aucunes anomalies. Le diagnostic d'un PG idiopathique était

retenu et la patiente était mise sous prédnisone orale à raison de 0,5 mg/kg/j dégressive sur 6 mois, permettant une cicatrisation complète des lésions (figure 2). Huit mois plus tard elle a consulté aux urgences pédiatriques pour une fièvre prolongée et un syndrome anémique. La NFS a montré une pancytopenie avec 87% de blastes au frottis et un envahissement médullaire lymphoïde à 95% au myélogramme permettant de retenir le diagnostic d'une LAL.

Discussion :

Le PG est une affection cutanéomuqueuse inflammatoire, pustulo-ulcéreuse et amicrobienne, d'évolution souvent chronique. Il n'atteint l'enfant que dans 4% des cas. Sa pathogénie reste incertaine faisant suspecter une dysfonction immunitaire. Environ 50 % des patients atteints d'un PG ont une maladie systémique associée qui peut le précéder, se produire simultanément ou le suivre. Les principales associations concernent les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, les hémopathies et la polyarthrite rhumatoïde. Les hémopathies malignes précèdent souvent le PG et la leucémie aigue myéloïde (LAM) est la forme la plus courante, alors que la leucémie aigue lymphoïde (LAL) reste rare. La survenue d'une LAL 8 mois plus tard après la guérison d'un PG chez notre patiente justifie une surveillance rigoureuse et un bilan exploratif ultérieur en cas d'un bilan initial négatif.

Conclusion.

Le PG est une dermatose neutrophilique rare chez l'enfant, d'éthiopathogénie encore imprécise. Un bilan initial et à postériori, à la recherche d'une pathologie associée, a toute sa place pour une prise en charge précoce, complète et adéquate.

Excroissances en chou-fleu sur moignon d'amputation.

F.El Hadadi¹, L.Mezni¹,K.Znati², M.Meziane¹, N.Ismaili¹, L.Benzekri¹, K.Senouci¹

(1) Department of dermatology

(2)Department of dermatopathology

Mohammed V University in Rabat, Ibn Sina University Hospital, Rabat, Morocco.



Introduction

L'hyperplasie pseudo-épithéliomateuse (HPPE) est une réaction épidermique hyperplasique liée à une inflammation chronique, observée généralement sur les berges d'une ulcération ancienne. Elle peut parfois simuler une tumeur. Nous rapportons le cas d'un patient ayant présenté des excroissances en chou-fleur sur un moignon d'amputation.

Observation

Patient de 62 ans, suivi pour diabète sous insulinothérapie depuis 20 ans, compliqué d'artériopathie et de neuropathie diabétique ayant bénéficié d'une amputation trans tibiale avec port de prothèse depuis 6 ans. Il consulte en dermatologie pour l'apparition d'excroissances verruqueuses, papillomateuses, indolores non prurigineuses de taille variable (de 1 à 4 cm), de surface irrégulière, en «chou-fleur» au niveau du moignon d'amputation apparue il y'a 1 an, les poulx poplités étaient présents. Deux biopsies cutanées ont été réalisées objectivant un épiderme hyperkératosique, acanthosique, un derme fibreux abritant un infiltrat inflammatoire mononucléé périvasculaire évoquant une hyperplasie pseudoépithéliomateuse.

Discussion

L'hyperplasie pseudo-épithéliomateuse (HPPE) est une affection bénigne, caractérisée par une hyperplasie de l'épiderme liée à une inflammation chronique, observée généralement sur les berges d'une ulcération ancienne. Elle peut être primaire ou secondaire à de nombreuses dermatoses tel une mycose végétante (candidose, blastomycose, cryptococcose, histoplasiose, chromomycose, coccidioïdomycose), une mycobactériose, une syphilide ou une piannide végétante, une iodide ou une bromide végétante. Elle peut également être due à des facteurs exogènes tel : une irritation chronique _comme le cas de notre patient (irritation due à la contrainte mécanique entre l'emboiture de la prothèse et le moignon)_ ou survenir des pigments rouges de tatouage.

Cliniquement l'HPPE se présente sous la forme de plaques ou de nodules bourgeonnants bien délimités avec une desquamation et une croûte. Les papules ou nodules peuvent varier de 1 cm à plusieurs centimètres. La couleur de la lésion peut être identique à la peau saine ou hyperpigmentée.

Le diagnostic d'HPPE est parfois difficile surtout si l'étiologie n'apparaît pas évidente, et est souvent confondu avec un carcinome épidermoïde. Il est donc nécessaire de réaliser des biopsies profondes et larges arrivant jusqu'au derme réticulaire, et ne pas hésiter à les répéter afin d'orienter l'anatomopathologiste, car le traitement et le pronostic changent. Un diagnostic erroné de malignité conduira à une chirurgie radicale avec risque de complications post-opératoires.



Association rare d'un syndrome de Sweet et d'une sarcoïdose médiastinale révélée

Par une suspicion de Covid-19

B.Karrakchou, H.Palamino, S. Maouni, N.Ismaili, L.Benzekri, K.Senouci, M.Meziane
Service de Dermatologie et de Vénérologie, CHU Ibn Sina, Université Mohammed V,
Rabat, Maroc

Introduction

Depuis l'apparition de la pandémie au SARS-CoV2, la réorganisation des structures hospitalières a considérablement réduit l'activité médicale dédiée aux autres pathologies. Certaines maladies ont au contraire été révélées par une suspicion de Covid-19. Nous rapportons le cas d'une association rare syndrome de Sweet-Sarcoïdose médiastinale, diagnostiquée fortuitement dans le cadre d'un syndrome pseudo-grippal mimant la Covid-19.

Observation :

Il s'agit d'une patiente de 65ans, aux antécédents de diabète et d'hypertension artérielle depuis 8ans sous traitement. Elle présentait depuis 1semaine des céphalées, une laryngite, des myalgies, arthralgies et asthénie évoluant dans un contexte fébrile. 4j plus tard, la patiente présentait une éruption cutanée faite de papules érythémateuses violacées douloureuses siégeant aux 4 membres, sans adénopathies périphériques palpables. La patiente a alors consulté aux urgences pour suspicion d'infection à coronavirus. Une PCR SARS-CoV 2 a été réalisée, négative à 2 reprises, ainsi qu'une TDM thoracique écartant une infection à coronavirus mais objectivant de multiples et volumineuses adénopathies médiastinales.

Résultats :

La biopsie cutanée retrouvait un infiltrat neutrophilique du derme sans vascularite, et le bilan inflammatoire était positif, avec une NFS normale. Le syndrome de Sweet était retenu indiquant la mise sous Colchicine 1mg/j pendant 1mois avec



bonne évolution. Une médiastinoscopie avec biopsie des adénopathies médiastinales ont révélé de multiples granulomes épithélio-giganto-cellulaires sans nécrose caséuse ni infiltrat tumoral avec genexpert négatif. L'ECA était positive à 200U/L. Le reste du bilan (phosphocalcique, hépatique, rénal, électrophorèse des protéines sériques, examen ophtalmologique, ORL, ECG, IRM cérébrale, radiographies des extrémités, biopsie des glandes salivaires accessoires) était normal. Le diagnostic de sarcoïdose stade I asymptomatique associé à un syndrome de Sweet a été retenu avec surveillance tous les 6 mois.

Discussion-Conclusion :

Le syndrome de Sweet peut s'associer dans 20% à des maladies inflammatoires, infectieuses, néoplasiques, médicamenteuses, ou grossesse. L'association à une sarcoïdose est rare (environ 10cas rapportés). L'hypothèse physiopathogénique serait qu'un antigène produit par le granulome sarcoïdosique déclencherait le syndrome de Sweet. Cette association est de bon pronostic avec un faible taux de récurrence du syndrome de Sweet et une stabilisation de la sarcoïdose médiastino pulmonaire. Cliniquement le tableau du Sweet semble plus bruyant : fièvre plus importante et lésions cutanées atypiques. Ceci soulève la question du diagnostic différentiel avec la Covid-19, et qui se posera dorénavant devant toute éruption cutanée fébrile. Ainsi le SARS-CoV-2 changera certainement notre pratique de la dermatologie marquant un tournant duquel découleraient de nouvelles conduites à tenir.

Hidradénite suppurée : Une sexualité en détresse.

S.Aouali 1 ; H.Rrgragui 1 ; N.Zizi 1,2 ; S.Dikhaye 1,2

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

(2) Groupe de travail sur le tégument - Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique – Faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda – UMP

Introduction :



La maladie de Verneuil ou l'hidradénite suppurée (HS) est une maladie inflammatoire suppurative et cicatricielle des follicules pilosébacés avec un retentissement psychoaffectif majeur. Depuis quelques années, l'impact de cette maladie sur la sexualité suscite un intérêt croissant dans la communauté scientifique. Le but de cette étude est de déceler les perturbations sexuelles chez les patients atteints d'une HS au sein du service de dermatologie du CHU Mohammed VI d'Oujda.

Matériels et méthodes :

C'est une étude transversale descriptive portant sur les patients suivis pour HS au service de dermatologie au CHU Mohammed VI d'Oujda. Au cours de notre enquête nous avons utilisé le score DLQI et les scores Female Sexual Function Index [FSFI] et International Index of Erectile Function Questionnaire [IIEF-5], respectivement pour les femmes et les hommes.

Résultats :

Huit patients étaient colligés (7 hommes, 1 femme) dont un patient n'avait pas répondu au questionnaire, la médiane de l'âge était de 43,57 ans. Au moment de l'étude, 5 patients étaient mariés, 1 patient était célibataire, et un autre était divorcé à cause de sa maladie. La durée médiane de l'évolution de la maladie était de 4,71 ans. Quatre patients étaient classés stade III de Hurley, alors que les 3 autres étaient classés stade II de Hurley. Les régions génitales et inguinales étaient atteintes chez la totalité des patients de notre série. L'impact de l'HS sur la qualité de vie était extrêmement important chez plus de la moitié des cas. Une

perturbation sexuelle était retrouvée chez 5 patients. La médiane de l'échelle IIEF-5 utilisé pour évaluer la sexualité chez l'homme était de 14,6, la moitié des hommes de notre série présentaient un trouble sévère de l'érection. Le score FSFI de notre patiente était coté à 21,8 traduisant une dysfonction sur les 5 dimensions (désir, excitation, lubrification, orgasme et satisfaction). L'ensemble des patients de notre série affirmaient que la maladie était à l'origine d'une détérioration importante de l'estime de soi et de la vie intime.

Discussion :

L'hidradénite suppurée est une maladie inflammatoire chronique mutilante qui retentit de façon considérable sur la qualité de vie. La localisation génitale, les écoulements, les douleurs, les odeurs désagréables et la stigmatisation sont des facteurs qui vont à l'encontre



d'une vie sexuelle saine. Durant ces dernières années, beaucoup d'études se sont intéressées au retentissement de cette maladie sur la sexualité, dont la plus récente est une série espagnole portant sur 393 patients suivi pour HS, ayant objectivé une perturbation sexuelle chez 51% des femmes et une dysfonction érectile chez 60% des hommes. L'âge avancé des patients, la présence de lésions génitales active et le nombre de zones atteintes étaient significativement liés à une perturbation de la sexualité 1 . Une autre étude a montré que des troubles psychiques, fréquemment associés à cette maladie, notamment l'anxiété et la dépression peuvent retentir sur la vie sexuelle 2 , d'où l'intérêt d'un accompagnement psychologique de ces patients.

Conclusion :

L'hidradénite suppurée figure parmi les dermatoses impactant le plus la qualité de vie des patients, mais leur souffrance sexuelle reste toujours négligée. La détérioration de la vie intime et l'angoisse psycho-sociale sont deux facettes d'une même pièce, d'où la nécessité d'une prise en charge globale de la maladie dans toutes ses dimensions.

Références :

- 1 : Risk Factors of Sexual Dysfunction in Patients with Hidradenitis Suppurativa: A Cross-Sectional Study Carlos Cuenca-Barrales , Alejandro Molina-Leyva. Dermatology Department, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, Spain. Dermatology 2020;236(1):37-45
- 2 : Sexual impairment in patients with hidradenitis suppurativa: a systematic review. Carlos Cuenca -Barrales ; Trinidad Montero -Vílchez; Jacek C Szepietowski ; Lukasz Matusiak ; Alejandro Molina –Leyva. British Journal 2017 Apr;176(4):1042-1047.
- Soraya.aouali@gmail.com

Dégénérescence d'un lichen plan verruqueux en carcinome verruqueux

Farah Marraha (1), Ibtissam Al Faker (1), Amal al Hossini (2), Najlaa Rahmani (1), Youness Benyamna (1), Soukaina Kabbou (1), Yasmine Rkiek (1), Gallouj Salim(1)

- 1- service de Dermatologie Vénérologie CHU Tanger, Faculté de Médecine et de Pharmacie - Université Abdelmalek Saïdi -Tanger -Maroc
2. Pathonord d'anatomie et cytologie pathologiques, Tanger - Maroc



Introduction :

Le lichen plan est une maladie inflammatoire chronique des lymphocytes T pouvant atteindre la peau et les muqueuses. Le lichen plan (LP) hypertrophique ou verruqueux est une forme caractérisée par des lésions verruqueuses particulièrement prurigineuses et difficiles à traiter [1]. Le carcinome verruqueux (CV) est un carcinome épidermoïde bien différencié, de bas grade de malignité, se développant sur la peau ou les muqueuses et atteignant préférentiellement le pied. L'exposition chronique aux rayons ultraviolets (UVR) est le facteur environnemental le plus important. Le CSC peut se développer aussi à la suite de lésions cutanées inflammatoires chroniques y compris le lichen plan mais le risque reste très rare [2]. Nous rapportant un cas de carcinome verruqueux sur lichen plan verruqueux.

Observation :

Un patient de 62 ans, suivi dans une autre structure pour un lichen verruqueux depuis 5 ans, se présente en consultation avec une tumeur ulcérée bourgeonnante du tiers inférieur de la face interne de la jambe droite, évoluant depuis 2 ans, négligée par le patient. A l'examen, on notait la présence d'une tumeur verruqueuse circonscrite exophytique sur une lésion chronique de lichen plan. A ces lésions, s'associe plusieurs plaques érythématoquameuses prurigineuses kératosiques par endroit tout en long de la jambe inférieure droite. Une biopsie a été réalisée objectivant une formation verruqueuse avec de nombreuses atypies nucléaires en faveur de carcinome verruqueux. L'IRM de la cheville droite montrait une masse hétérogène sans extension au niveau des structures profondes. Une exérèse de toute la tumeur a été réalisée à au moins 1 cm des berges. Le patient a été mis sous dermocorticoïdes et antihistaminique pour les autres lésions avec une bonne amélioration.

Discussion :

La dégénérescence du lichen plan cutané en carcinome épidermoïde est très rare par rapport au lichen plan buccal. Ce risque est estimé entre 0,4 et 1,7% [3]. Plus de 56% des néoplasmes malins rapportés dans les lichen cutané surviennent dans la variante hypertrophique avec une localisation surtout au-dessous du genou [4], comme le cas de notre patient. L'apparition du carcinome verruqueux a été expliquée par le fait que les patients atteints de dermatose prurigineuse chronique ont tendance à se gratter intensément, provoquant une inflammation chronique. Cette inflammation associée au renouvellement cellulaire accéléré de la LP jouent un rôle dans le développement du cancer [5]. Le risque de récurrence chez un même patient porteur de lichen plan chronique est de 25 %, d'où la nécessité d'un traitement adapté est efficace de LP [6]. Le lichen plan verruqueux est difficile à traiter et souvent résistant au traitement local. Les modalités de thérapeutiques préconisées sont les dermocorticoïdes de classe forte à très forte sous occlusion, la photothérapie et les rétinoïdes oraux [1].

La modalité de traitement la plus répandue pour le carcinome verruqueux sur LP est l'excision chirurgicale large. Les rétinoïdes systémiques, la radiothérapie, l'électrodésiccation et le curetage sont d'autres alternatives [2]. Pour notre patient l'exérèse chirurgicale était satisfaisante sans récurrence jusqu'à ce jour.

Conclusion



Nous rapportons un autre cas de carcinome verruqueux sur un lichen hypertrophique, objectivant la nécessité d'un traitement adapté de cette entité et son contrôle. Un suivi régulier, avec parfois même des biopsies en moindre doute doivent être réalisés vu le risque de récurrence.

Référence :

- [1] F. Lahlou, F. El Fatoiki, F. Hali, et S. Chiheb, « [Successful combination of topical corticosteroids and trichloroacetic acid for the treatment of verrucous lichen planus] », *Ann. Dermatol. Venereol.*, vol. 147, n° 4, p. 293-297, avr. 2020, doi: 10.1016/j.annder.2019.10.025.
- [2] H. Durox, C. Roux, A. Sparsa, F. Labrousse, C. Bedane, et J.-M. Bonnetblanc, « [Verrucous carcinoma of the lower limbs] », *Ann. Dermatol. Venereol.*, vol. 134, n° 6-7, p. 543-547, juill. 2007, doi: 10.1016/s0151-9638(07)89265-9.
- [3] B. Sigurgeirsson et B. Lindelöf, « Lichen planus and malignancy. An epidemiologic study of 2071 patients and a review of the literature », *Arch. Dermatol.*, vol. 127, n° 11, p. 1684-1688, nov. 1991, doi: 10.1001/archderm.127.11.1684.
- [4] L. X. Tong, M. J. Weinstock, R. Drews, Y. Sheikine, et C. C. Kim, « Widely metastatic squamous cell carcinoma originating from malignant transformation of hypertrophic lichen planus in a 24-year-old woman: case report and review of the literature », *Pediatr. Dermatol.*, vol. 32, n° 3, p. e98-101, juin 2015, doi: 10.1111/pde.12549.
- [5] S. K. Singh, U. N. Saikia, C. Ajith, et B. Kumar, « Squamous cell carcinoma arising from hypertrophic lichen planus », *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. JEADV*, vol. 20, n° 6, p. 745-746, juill. 2006, doi: 10.1111/j.1468-3083.2006.01500.x.
- [6] L. Boussofara *et al.*, « [Verrucous epidermoid carcinoma as a complication in cutaneous lichen planus] », *Ann. Dermatol. Venereol.*, vol. 133, n° 4, p. 404-405, avr. 2006, doi: 10.1016/s0151-9638(06)70926-7.

Profil épidémiologique-clinique de la dermatite atopique au CHU de Casablanca

M.Mouradi, FZ. Elfatoiki, H.Sqalli, F.Hali, S.Chiheb

Service de Dermatologie, CHU Ibn Rochd Casablanca

Introduction :

La Dermatite atopique (DA) est une affection inflammatoire prurigineuse chronique commune chez l'enfant et l'adulte jeune. Elle est sous la dépendance de facteurs héréditaires mais dont l'augmentation de prévalence au cours des dernières décennies s'explique préférentiellement par l'influence de facteurs environnementaux encore mal élucidés.

C'est un motif fréquent de consultation, mais peu d'études épidémiologiques maghrébines sont effectuées. Le but de notre travail est de tracer le profil épidémiologique-clinique de la DA dans notre service.

Matériel et méthodes :

Une étude descriptive transversale a été menée dans notre service entre Mai 2018 et Janvier 2020 chez une population âgée de moins de 12 ans consultant au centre de diagnostic de dermatologie.

Nous avons recueilli les données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques sur une grille préétablie.

Résultats :

706 patients ont été vus dont 73 cas avaient une DA. Soit une prévalence de 10.33 %. L'âge moyen était de 30.43 mois (2.5 – 132 mois). Le sexe ratio H/F était de 1.21. L'atopie personnelle était notée dans 41,19 % des cas et l'atopie familiale dans 63 % des cas . 70 % des cas étaient d'origine urbaine. L'âge moyen de début était de 12.81 mois (15 jours-120 mois). L'atteinte céphalique était vue dans 71.23 % des cas. Le prurit, la xérose cutanée et le pli de déni Morgan étaient constants. Une surinfection bactérienne et/ou virale était vue dans 28.76% des cas. Une résistance aux dermocrticoides était notée chez trois patients dont deux étaient porteurs d'un déficit immunitaire et un avec une allergie alimentaire.

Discussion :

Notre étude rejoint celle du Centre hospitalier de Marrakech en approuvant que le Maroc subit une occidentalisation du profil épidémio-clinique de la DA. Elle appuie également le rôle des facteurs génétiques et environnementaux. D'autres études plus larges avec un suivi plus long doivent être effectuées afin de valider ces résultats et de tracer le profil évolutif de la maladie.

Pyodermatite végétante trainante, isolée chez un patient immunocompétent

Farah Marraha (1), Ibtissam Al Faker (1), Najlaa Rahmani (1), Youness Benyamna (1) Rimani mouna (2),

Gallouj Salim(1)

1-service de Dermatologie Vénérologie CHU Tanger, Faculté de Médecine et de Pharmacie -

Université Abdelmalek Saidi -Tanger -Maroc

2-Laboratoire d'anatomopathologie Hassan –Rabat –Maroc

Introduction :

La Pyodermite végétante (PDV) est une maladie cutanée inflammatoire rare et fortement associée aux maladies inflammatoires de l'intestin (MICI). Parfois, elle peut être associée à une autre entité clinique appelée Pyostomatite végétante (PSV) ; faite de lésions buccales végétantes. Mais plusieurs suggèrent qu'il s'agit pratiquement de la même maladie vue la similitude des caractéristiques histopathologiques [1]. Nous rapportant un cas de (PDV) évoluant de plus de 2 ans sans atteinte de (MICI) ni aucune autre maladie, traitée par la corticothérapie systémique.

Observation :



Mr O.M. âgé de 44 ans, admis dans notre structure pour des lésions végétantes diffuses au niveau des deux membres inférieurs, évoluant de plus de 2ans. Il a comme antécédent une tuberculose pulmonaire traitée au 1994 et tabagisme chronique. L'examen dermatologique trouvait des larges plaques végétantes violacées exsudatives bien circonscrites avec des bords surlevés recouvertes de croûtes jaunâtres, au niveau de la face antérieure des deux membres inférieurs et quelques une au niveau du dos et du tronc. Il n'y avait pas d'atteinte des muqueuses ni des phanères. On notait également la présence de petites pustules infracentimétriques autour des lésions. L'examen histologique trouvé une spongiose modérée au niveau de l'épiderme associé à une exocytose et des croûtes riche en neutrophile, le derme abritait un tissu de granulation riche en néovaisseaux et siège d'un infiltrat inflammatoire polymorphe composé essentiellement de polynucléaires neutrophiles, en faveur de Pyodermite végétante ; une deuxième biopsie a été réalisée confirmait le même diagnostic. L'examen bactériologique trouvait un staphylococcus aureus. La fibroscopie et la colonoscopie étaient sans particularité. Le patient a été mis sous corticothérapie systémique à raison de 0,5mg/kg et des soins locaux quotidiens, une bonne amélioration a été observée après le premier mois de traitement

Discussion :

La particularité de notre observation réside dans la rareté de la pathologie, surtout isolée, et la difficulté de diagnostic ainsi que la bonne amélioration sous corticothérapie seule.

Le PDV est une dermatose neutrophile inflammatoire rare qui a été initialement décrite en 1898 par Hallopeau [2]. La fréquence de l'association de cette maladie avec MICI varie selon les études (70 % jusqu'à 100 %) [1], [3], [4]. Plusieurs études considèrent cette entité comme un marqueur d'évolution de la maladie inflammatoire de l'intestin [4]. Les lésions végétantes peuvent être observées au cours de plusieurs pathologies notamment : la tuberculose cutanée, le pemphigus végétant et les mycoses profondes [5]. Le diagnostic clinique est le plus souvent difficile repose sur un faisceau d'arguments décrits par Su et al. En 1979 [6]. L'étiologie et la physiopathologie de cette maladie reste inconnu, cependant plusieurs facteurs immunologiques et microbiennes ont été incriminées [4], hors pour notre patient aucune autre pathologie associée n'a été trouvée.

Les caractéristiques histopathologiques du PDV comprennent une hyperplasie épidermique contenant de grandes quantités de neutrophiles et d'éosinophiles ; avec présence dans le derme des infiltrats inflammatoires avec diverses cellules inflammatoires, y compris les éosinophiles, les neutrophiles et les lymphocytes [7].

Les cultures mycobactériennes sont généralement négatives, mais une infection bactérienne secondaire telle que S aureus est possible, comme c'est le cas pour notre patient [8].

À ce jour, il le traitement n'est pas codifié pour PDV. Diverses molécules ont été suggérées. Les corticostéroïdes topiques ou systémiques sont recommandés en première intention. Les autres agents thérapeutiques rapportés comprennent la dapsonne, la sulfasalazine, le tacrolimus, l'azathioprine, la cyclosporine, l'isotrétinoïne, l'infliximab et le méthotrexate [8].

Notre patient à été mis sous corticothérapie systémique en association avec une antibiothérapie vu la surinfection et des soins locaux quotidiens avec une très bonne amélioration



Conclusion :

La PDV est rare, isolée sans MICI est encore plus rare, son traitement est le plus souvent difficile. Nous rapportons un cas de PDV étendue qui a très bien répondu à la corticothérapie systémique.

Référence :

- [1] L. G. Clark, S. N. Tolkachjov, A. G. Bridges, et M. J. Camilleri, « Pyostomatitis vegetans (PSV)-pyodermitis vegetans (PDV): A clinicopathologic study of 7 cases at a tertiary referral center », *J. Am. Acad. Dermatol.*, vol. 75, n° 3, p. 578-584, sept. 2016, doi: 10.1016/j.jaad.2016.03.047.
- [2] H. Hallopeau, « "Pyodermite végétante", ihre Beziehungen zur Dermatitis herpetiformis und dem Pemphigus vegetans », *Arch. Für Dermatol. Syph.*, vol. 43, n° 1, p. 289-306, déc. 1898, doi: 10.1007/BF01986902.
- [3] F. de A. T. Matias, D. J. de F. Rosa, M. T. F. de Carvalho, et M. C. M. N. Castañon, « Pyodermitis-pyostomatitis vegetans: case report and review of medical literature », *An. Bras. Dermatol.*, vol. 86, n° 4 Suppl 1, p. S137-140, août 2011, doi: 10.1590/s0365-05962011000700036.
- [4] T. H. Kim et S.-C. Kim, « Pyodermitis-Pyostomatitis Vegetans Associated with Crohn's Disease », *Ann. Dermatol.*, vol. 27, n° 5, p. 624-625, oct. 2015, doi: 10.5021/ad.2015.27.5.624.
- [5] J. Coulombe, J. Bertrand, M. Lavoie, M. Lessard, G. Leclerc, et A. Dupéré, « [Pyoderma vegetans due to *Candida albicans*: successful treatment with itraconazole] », *Ann. Dermatol. Venereol.*, vol. 139, n° 12, p. 836-837, déc. 2012, doi: 10.1016/j.annder.2012.06.048.
- [6] W. P. Su, S. C. Duncan, et H. O. Perry, « Blastomycosis-like pyoderma », *Arch. Dermatol.*, vol. 115, n° 2, p. 170-173, févr. 1979.
- [7] E. M. Dodd, J. R. Howard, E. D. Dulaney, S. I. Rosenthal, M. R. Wanna, et R. S. Farah, « Pyodermitis-pyostomatitis vegetans associated with asymptomatic inflammatory bowel disease », *Int. J. Dermatol.*, vol. 56, n° 12, p. 1457-1459, 2017, doi: 10.1111/ijd.13640.
- [8] N. Alfurayh, A. Alhumidi, et S. Alkeraye, « Pyodermitis vegetans responding to rifampicin and clindamycin », *JAAD Case Rep.*, vol. 5, n° 12, p. 1078-1080, déc. 2019, doi: 10.1016/j.jdcr.2019.10.006.

Pityriasis lichénoïde chronique et insuffisance rénale chronique terminale : une association rare

Dr Benahmed Jihane, Pr Znati, Pr Ismaili Nadia, Pr Meziane, Pr Benzekri, Pr Senouci
Service de dermatologie et de vénérologie, CHU IBN SINA , Rabat, Maroc

Introduction

Le pityriasis lichénoïde est une dermatose inflammatoire rare du sujet jeune évoluant par poussées spontanément régressives sur le tronc et les membres. Nous rapportons un cas particulier de pityriasis lichénoïde.

Observation :

Patient âgé de 76 ans , sans antécédents , consultait pour une éruption cutanée prurigineuse généralisée évoluant depuis 1 mois. Il n'y avait pas de notion de prise médicamenteuse ni de prurit familial.



L'examen clinique avait objectivé des lésions papulo-squameuses au dos, tronc, membres supérieurs et inférieurs (surface cutanée atteinte estimée à 80%). Le reste de l'examen clinique était sans particularité.

Le bilan biologique avait révélé une insuffisance rénale chronique (créatinémie à 87,3 mg/L), et une anémie normochrome normocytaire (9,5 g/dl). Le bilan immunologique était négatif. Une biopsie cutanée avait été réalisée, mettant en évidence une hyperkératose orthokératosique avec des microabcès intra-cornés. Le derme papillaire était le siège d'un infiltrat inflammatoire lymphocytaire à disposition sous épidermique avec de nombreux corps apoptotiques étagés. L'aspect histologique concluait à un pityriasis lichénoïde chronique.

Une biopsie rénale avait révélé une glomérulonéphrite mésangio-proliférative. Le patient était déclaré en insuffisance rénale chronique terminal. Nous avons opté pour l'UVB thérapie pour le traitement du PLC.

Discussion :

Le PLC est une dermatose inflammatoire du sujet jeune caractérisée par une éruption constituée de nombreux éléments maculopapuleux et squameux. Il peut être déclenché par un agent infectieux (EBV, VIH, HSV, Hépatite C, HHV8, Parvovirus B19...), une vaccination ou associé à une lymphoprolifération T cellulaire. Chez notre patient, les sérologies virales et le bilan hématologique sont sans anomalies. Il s'agit du 1^{er} cas de pityriasis lichénoïde chronique associé à une insuffisance rénale chronique terminale.

CONCLUSION :

Le pityriasis lichénoïde est une dermatose affichante rare d'étiologie inconnue. L'association PLC et IRCT est exceptionnelle.

La fausse teigne amiantacée: à propos de deux cas.

*M. Salih Alj F. Chahboun, F. Agherbi, S Chiheb
Service de dermatologie, hôpital Cheikh Khalifa, Casablanca.*

INTRODUCTION :

La fausse teigne amiantacée ou pityriasis amiantacea, est une dermatose inflammatoire non spécifique du cuir chevelu qui se caractérise par des squames adhérentes, épaisses et argentées. Nous en rapportons deux observations.

OBSERVATION

1^{er} cas : Il s'agit d'un nourrisson âgé de 18 mois dont l'histoire remonte à l'âge de 5 mois par l'installation de lésions érythémato-squameuses du cuir chevelu avec des lésions au niveau des plis interfessiers et inguinaux. L'examen clinique retrouvait une carapace squameuse recouvrant l'ensemble du cuir chevelu faite de squames épaisses adhérentes en gaines coulissantes autour des tiges pileuses et mélicériques, des adénopathies retro-auriculaires ainsi qu'un intertrigo du pli interfessier et des plis inguinaux faits de lésions érythémato-squameuses rouges vif à limites nettes. Le diagnostic de psoriasis inversé associé à une fausse teigne amiantacée a été retenu. Un traitement par flucloxacilline associée à de l'acide fucidique en application locale au niveau du cuir chevelu a été démarré. Puis la prescription dermocorticoïdes en relais ont permis la nette amélioration du tableau clinique.



2^{ème} cas : Il s'agit d'une patiente âgée de 44 ans, sans antécédents pathologiques particuliers qui consultait pour une alopécie diffuse du cuir chevelu. L'examen clinique retrouvait un cuir chevelu clairsemé avec des plaques erythémato-suameuses fronto-parietales contenant des squames grasses adhérentes autour des tiges pilaires ainsi qu'un test de traction fortement positif. Le signe de la bougie et de la rosée sanglante étaient positifs. Un prélèvement mycologique réalisé s'est avéré négatif. Une biopsie cutanée a objectivé un épiderme donnant naissance à des crêtes épithéliales allongées. Le diagnostic de fausse teigne amiantacée associée à un psoriasis du cuir chevelu a été retenu. La patiente a reçu un traitement à base de dermocorticoïdes et d'acide salicylique topiques avec amélioration clinique.

DISCUSSION

La fausse teigne amiantacée représente une réponse inflammatoire exagérée du cuir chevelu à une maladie primaire du cuir chevelu dont la physiopathologie demeure encore inconnue. Elle peut survenir à tout âge et se caractérise par des squames adhérentes, épaisses et argentées engluant les tiges pilaires et regroupant les cheveux en touffe. De nombreuses étiologies peuvent être en cause dont essentiellement le psoriasis et la dermatite séborrhéique, mais aussi en cas d'infections pyogènes et de lichen simplex. La maladie est généralement localisée et non alopeciante, elle peut toutefois être étendue et se compliquer d'alopecie réversible, comme c'est le cas chez notre patiente, ou rarement définitive dans le cadre d'une infection à pyogène. Le diagnostic est clinique. L'histologie n'est pas nécessaire et retrouve des signes non spécifiques. Selon une série portant sur 85 patients, la présence de staphylocoque a été objectivée chez 96% des patients versus 15% dans un groupe témoin de patients sains. Selon une autre étude, une nette amélioration clinique a été observée grâce à un traitement associant une antibiothérapie topique et des dermocorticoïdes.

Conclusion

La fausse teigne amiantacée représente un état inflammatoire du cuir chevelu dont il faut diagnostiquer la pathologie sous-jacente et traiter afin d'en éviter les complications dont l'alopecie.

Lichen aureus et carcinome hépatocellulaire : association rare

S.SEFRAOUI¹, K.Sof¹, N.ZIZI^{1,2}, S DIKHAYE^{1,2}

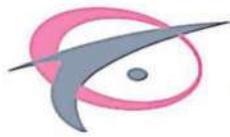
1: Service de Dermatologie vénérologie, CHU Mohammed premier faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed premier, Oujda

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

Introduction :

Le lichen aureus inflammatoire est une entité rare des dermatoses purpuriques pigmentaires. Nous décrivons un cas de dermatose purpurique pigmentaire chez une patiente suivie pour carcinome hépatocellulaire.

Observation :



C'est une patiente âgée de 75ans, suivie depuis 20ans pour diabète et hypertension artérielle, une hypertension portale sur foie de cirrhose d'étiologie inconnue, compliqué de carcinome hépatocellulaire depuis 3 mois, était adressée pour des lésions brunâtres très prurigineuses des jambes évoluant depuis 2 mois.

L'examen dermatologique trouve des placards brunâtres, cuivrés par endroit, non infiltrés touchant de façon symétrique les deux jambes et s'étendant vers les faces dorsales des pieds.

L'examen au dermoscope retrouve des réseaux pigmentés interconnecté, d'aspect cuivré au niveau de certaines zones, avec quelques zones sombres au sein des lésions pigmentées, de multiples points rouges et d'autre purpuriques.

L'examen histopathologique trouve un infiltrat majoritairement lymphocytaire avec quelque histiocytes associée à un dépôt hémique au niveau du derme particulièrement en périvasculaire compatible avec un lichen aureus.

Discussion :

Le lichen aureus a été initialement décrit sous le terme du lichen purpurique par Martin et al et fut introduit parmi les dermatoses purpuriques pigmentées en 1960.

les lésions les plus décrites pour cette dermatoses sont des macules ou papules, non prurigineuses, non douloureuses, le plus souvent uniques et unilatérales

Plusieurs caractéristiques dermoscopiques ont été attribuées au lichen aureus : notamment la présence d'un aspect cuivré, quelque points rouges ou purpuriques et d'un réseau grisâtre.

L'examen histopatologique des lésions objective une infiltration dermique lymphocytaire et histocytaire, dense avec présence de dépôt hémique et une réaction lichénoïde.

Aucun cas de lichen aureus associé au carcinome hépatocellulaire n'a été rapporté auparavant dans la littérature, alors qu'une association au mycosis fongoïde a été décrite dans de petites séries de cas.

La physiopathologie du lichen aureus n'est pas encore élucidé, mais la consommation régulière des boissons énergétiques semble être un facteur inducteur décrit dans un rapport de cas.

Le traitement fait appel en première intention au dermocorticoïde, si échec, une corticothérapie systémique, une photothérapie UVA ou UVB ou un traitement par le laser colorant pulsé peuvent être prescrits.

Conclusion :

Ce travail contribuerait à mieux décrire les caractéristiques clinico-dermoscopique et histologique du lichen aureus, et illustre la possible association à une hépatopathie en l'occurrence le carcinome hépatocellulaire.



Pyoderma gangrenosum et maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : à propos d'une série de 15 cas et revue de littérature

H.Taoufik (1), O.Hocar (1), S.Amal (1),

O. Nacir (2), K. Krati (2) S. Oubaha (2),

(1) Service de Dermatologie, CHU Mohammed VI Marrakech, Maroc

(2) Service d'Hépatogastro-Entérologie, CHU Mohammed VI Marrakech, Maroc

Laboratoire Biosciences Université Cadi Ayyad

Introduction

Le consensus général de la littérature place les lésions cutané-muqueuses en deuxième lieu sur l'échelle de fréquence, des manifestations extra-intestinales des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Le pyoderma gangrenosum est l'une de ces tableaux cliniques les plus décrits. Une dermatose neutrophilique pustulo-ulcéreuse aseptique de cause inconnue qui pose jusqu'au jour d'aujourd'hui des difficultés de prise en charge.

Nous rapportons une série rétrospective de 438 cas de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin associés à des manifestations extra-digestives dont quinze cas de pyoderma gangrenosum et nous nous proposons d'en analyser les aspects diagnostiques et thérapeutiques. Les objectifs de ce travail sont de déterminer les principaux caractères épidémiologiques de la survenue du PG au cours des MICI, d'analyser leurs expressions clinique et paraclinique, d'évaluer leur pronostic ainsi que leurs modalités thérapeutiques.

Patients et Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle à visée descriptive et analytique, portant sur une série de 438 patients suivis pour maladies inflammatoires chroniques de l'intestin au service d'hépatogastro-entérologie. L'étude a été étalée sur 9 ans, de janvier 2011 jusqu'à décembre 2019. Nous avons inclus dans notre étude tous les cas de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin dont le diagnostic était retenu sur des arguments cliniques, endoscopiques, radiologiques et histologiques et qui présentent des manifestations extra-digestives. Ainsi ont été exclus tous les dossiers inexploitable, et les patients dont le diagnostic de MICI n'était pas certain. Nous avons pu colliger au final 15 cas de pyoderma gangrenosum.

Résultats

L'âge moyen était de 35 ans, avec une légère prédominance féminine (9 Femmes / 6 Hommes). Les atteintes cutané-muqueuses retrouvées dans notre série ont été à type d'aphtes buccaux, d'érythème noueux, de pyoderma gangrenosum et de psoriasis. Le délai moyen d'apparition des lésions cutanées est de 8 ans (6 mois – 20 ans) après le diagnostic de la maladie. Les signes fonctionnels dermatologiques étaient à type d'érythème cutané, de picotement, et de douleur atypique. L'examen clinique trouve une ou plusieurs ulcérations douloureuses à bordure inflammatoire creusée de clapiers purulents. La biopsie cutanée a été réalisée chez 9 malades et l'examen histologique a mis en évidence un infiltrat inflammatoire à polynucléaires neutrophiles et lymphocytes. En association au traitement de fond de leurs maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, tous nos patients ont reçu des soins locaux et sept malades une corticothérapie systémique. L'évolution était favorable chez tous nos patients avec un recul moyen de 5 ans.

Discussion

La pyoderma gangrenosum représente la deuxième manifestation cutanée la plus courante des MICI et la plus sévère, parfois plus invalidante que la maladie intestinale elle-même. Généralement associée à une atteinte colique étendue, le Pyoderma Gangrenosum apparaît en moyenne après une dizaine



d'années d'évolution de la MICI, le plus souvent au cours d'une poussée digestive. Son évolution peut également être indépendante dans 30 % des cas.

Mots clés : pyoderma gangrenosum, maladie inflammatoire chronique de l'intestin, dermatose neutrophilique

Premier cas de Lichen plan bulleux associé à une néphropathie à IgA

H.Azendour(1), M.Lakhmiri(1), S.Maouni(1), A.Benzekri(2), N.Ouzeddoun(3), M.Meziane(1), N.Ismaili(1), L.Benzekri(1), K.Senouci(1)

(1)Service de dermatologie, CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc.

(2)Centre d'anatomie pathologique nations unies, Rabat, Maroc.

(3)Service de néphrologie-dialyse-transplantation rénale, CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc.

Introduction

Le lichen plan (LP) est une dermatose inflammatoire chronique aux présentations cliniques diverses. Le lichen plan bulleux (LPB) en est une variante rare. Nous rapportons un cas de LPB associé à une néphropathie à IgA.

Observation médicale

Un patient, âgé de 43 ans, consultait pour une dermatose bulleuse prurigineuse généralisée évoluant depuis 4 ans. L'examen clinique trouvait des bulles tendues à contenu sérohématique reposant sur des macules ovalaires violacées bien limitées et des érosions post bulleuses. Le signe de Nikolsky était négatif. Le patient ne présentait pas d'atteinte muqueuse ni phanérienne. Le reste de l'examen somatique était sans particularité. La biopsie cutanée montrait un décollement sous-épidermique avec infiltrat majoritairement lymphohistiocytaire. L'immunofluorescence directe était négative. La recherche d'anticorps anti-membrane basale par immunofluorescence indirecte était négative. Le patient présentait une hématurie ainsi qu'une protéinurie de 24h positive à 2,3 g/l. Une ponction biopsie rénale objectivait une néphropathie à IgA. Le bilan paranéoplasique était négatif. Le diagnostic de LPB associé à une néphropathie à IgA avait été retenu. Un traitement par prednisone 1mg/kg/j et inhibiteur de l'enzyme de conversion était préconisé. Une amélioration du prurit était notée après 10 jours et les lésions avaient complètement disparu après 3 semaines. Aucune rechute n'est survenue au cours de 2 mois de suivi.

Discussion

Le LP est une affection inflammatoire qui touche la peau, les muqueuses et les phanères. Le LPB en est une variante rare, cliniquement caractérisée par des lésions vésiculeuses et/ou bulleuses se développant sur des lésions préexistantes de lichen plan ou sur la peau péri lésionnelle. Ces lésions peuvent intéresser la muqueuse buccale et les membres.

Seules quelques publications ont rapporté l'association du LPB à d'autres pathologies notamment la sclérose en plaque, la gale, une vaccination contre l'hépatite B ou l'injection de produit de contraste. Quant à la néphropathie à IgA, elle a été associée à un grand nombre de maladies auto-immunes et inflammatoires. La dermatite herpétiforme est la seule dermatose rapportée dans la littérature en association avec la néphropathie à IgA.

Les corticoïdes systémiques sont considérés comme le traitement de choix pour le LPB.

Conclusion

À notre connaissance, il s'agit du premier cas décrivant l'association LPB et néphropathie IgA.

Génodermatose :

L'acrokératoélastoïdose : une maladie encore inconnue !

Z. Zeggwagh, S. Kerroum, N. Ismaili, L. Benzekri, , M. Meziane, K. Senouci
Dermatologie et Vénérologie, Hopital Ibn Sina - Université Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction :

L'acrokératoélastoïdose (AKE) est une affection rare décrite pour la première fois en 1953. Près d'une quarantaine de cas ont été rapportés dans le monde dont 4 dans le monde arabe [1-3]. Nous rapportons un second cas marocain d'AKE chez une jeune patiente.

Observation :

Patiente de 29 ans, sans antécédents, qui a présenté depuis 10 ans des papules non prurigineuses et indolores aux bords latéraux des 2 pieds. L'évolution a été marquée par la confluence des lésions. Aucun cas similaire n'a été rapporté dans la famille. L'examen clinique a montré 2 plaques le long des bords latéraux des deux pieds de couleur chair à contours irréguliers. Certaines lésions ont été légèrement érythémateuses et ont présenté une surface kératosique. Il n'y a eu aucune lésion sur les mains ou les pieds. Le reste de l'examen a été sans particularité. L'examen histologique a montré une hyperkératose, une orthokératose et une hyperplasie de la couche granuleuse. Le derme a été ponctué de rares cellules inflammatoires mononucléées. La coloration à l'orcéine a montré une diminution des fibres élastiques au niveau du derme réticulaire. L'application quotidienne de crème de trétinoïne 0,05% a été prescrite.

Discussion :

L'AKE est une kératodermie palmoplantaire ponctuée apparue à l'âge de 19 ans chez notre patiente. Généralement, elle débute à l'adolescence mais peut survenir durant l'enfance et l'âge adulte. Elle touche les 2 sexes et toutes les races. D'étiologie inconnue, le mode de transmission est surtout autosomique dominant. Aucun facteur favorisant (traumatisme, hyperhidrose, exposition solaire) n'a été retrouvé chez notre patiente. Les papules hyperkératosiques sont localisées aux bords latéraux des mains et des pieds. Leur distribution est souvent bilatérale et symétrique avec parfois confluence en plaques comme le cas de notre patiente. L'histologie est la base du diagnostic. Elle révèle des changements épidermiques (hyperkératose orthokératosique, acanthose, hypergranulose) et des changements des fibres élastiques. Il n'existe aucun consensus thérapeutique mais un traitement à base de trétinoïne peut être proposé en cas de gêne esthétique.

Conclusion :

L'AKE est une pathologie rare qui bien que bénigne reste de traitement difficile.



Syndrome d'ichtyose folliculaire-alopécie-photophobie (IFAP) : à propos d'un cas

S.Ibzer, F .Amakha, S. Amal, O.Hocar

Service de Dermatologie-Vénérologie CHU Mohammed VI, Marrakech

Introduction

Le syndrome ichtyose folliculaire-alopécie-photophobie (IFAP) est un syndrome génétique rare, de transmission essentiellement récessive liée à X, caractérisé par la triade ichtyose folliculaire, alopécie et photophobie dès la naissance.

Nous rapportons une observation clinique d'un patient atteint du syndrome IFAP qui consulte pour la première fois à l'âge de 17 ans.

Observation :

Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 17 ans, issu d'un mariage non consanguin. Il présente depuis la naissance une xérose cutanée, absence de poils et de sourcils, associée à une photophobie. L'examen général a retrouvé un poids et une taille normale pour l'âge. L'examen dermatologique a objectivé une atrichie totale, des papules folliculaires hyperkératosiques au niveau des faces d'extension des membres, tronc et cuir chevelu. Des plaques hyperkératosiques psoriasiformes impétiginisées ont été objectivées au niveau des coudes, genoux, fesses et bas de l'abdomen, associée à une kératose plantaire bilatérale. L'examen clinique a objectivé par ailleurs un placard érythémateux génital avec hypotrophie testiculaire, une gynécomastie bilatérale ainsi qu'un aspect kératosique et dystrophique des 20 ongles. L'examen ophtalmologique a objectivé une blépharite bilatérale, kératites ponctuées superficielles diffuses bilatérales avec néovaisseaux cornéens. Devant la triade ichtyose folliculaire, alopécie et photophobie, le diagnostic de syndrome IFAP a été retenu. Le patient a été mis sous traitement local à base de kératolytique, émoullient, larmes artificielles et gentamycine en collyre. L'évolution a été marquée par une amélioration modérée des lésions.

Discussion

Le syndrome ichtyose folliculaire-alopécie-photophobie (IFAP) est un syndrome génétique rare qui touche essentiellement les garçons. Il est caractérisé par la triade ichtyose folliculaire, alopécie et photophobie dès la naissance. Il peut être associé à d'autres manifestations viscérales. Le syndrome IFAP est dû à des mutations du gène MBTPS2. Son traitement est symptomatique et repose sur les topiques kératolytiques, les émoullients et préparations à base d'urée. Le pronostic du syndrome IFAP est variable et dépend des symptômes associés.

Conclusion

Le syndrome IFAP est une génodermatose rare, nous espérons à travers notre observation mettre la lumière sur cette pathologie souvent méconnue des cliniciens. Son pronostic est principalement déterminé par les manifestations cutanées et extracutanées, d'où la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire.



Un syndrome de Hanhart Richner avec microdontie

S. El Kadiri S(1), Z. Douhi , H. Bay Bay , S. Elloudi , F-Z Mernissi
Service de dermatologie CHU Hassan II Fè

Introduction

La kératodermie palmoplantaire congénitale fait partie d'un syndrome avec des manifestations extra-cutanées. Nous rapportons un syndrome Hanhart-Richner avec atteinte dentaire déroutante.

Observation

Un homme de 28 ans issu d'un mariage consanguin était adressé par les ophtalmologues pour une kératodermie palmoplantaire douloureuse et invalidante évoluant depuis l'âge de 6 mois. Il rapportait une photophobie, un larmoiement et une rougeur oculaire. Il n'y avait pas de cas similaire dans la famille. L'examen clinique objectivait une kératodermie striée avec hyperkératose linéaire au regard de la face d'extension des doigts avec nette démarcation et une hyperkératose jaunâtre érosive par endroits des mains et des pieds. L'examen de la cavité dentaire objectivait une microdontie avec hypodontie. L'examen ophtalmologique trouvait une opacification cornéenne et strabisme. L'examen des phanères était normal. L'examen neurologique était sans anomalies. Une chromatographie des acides aminés a été réalisée et a montré une augmentation isolée de la tyrosine. Le syndrome de Richner-Hanhart a été donc retenu. Le patient a été mis sous régime strict avec une proportion quotidienne de 2g/kg de protéines avec 400mg de phénylalanine et de tyrosine. Le patient avait noté une légère amélioration mais il n'a pas pu adhérer au long cours régime.

Discussion

Le syndrome de Hanhart-Richner est une pathologie rare associant une kératodermie palmoplantaire et des anomalies oculaires. Cette pathologie de transmission autosomique récessive est due à un déficit en tyrosine amino-transférase. La kératodermie est plus fréquemment nummulaire en regard des points de pression et rarement sous forme striée hyperkératosique en regard des paumes et plantes. L'hypodontie est rare<1% et correspond à un défaut de développement de une à plusieurs dents. Au cours du syndrome de HanhartRichner, la survenue d'une hypodontie est très variable ce qui nous a dérouté lors de notre diagnostic. Puisque l'on a initialement pensé plutôt à une association syndromique qu'au syndrome de Richner.

Conclusion

Nous rapportons une nouvelle observation du syndrome de Hanhart-Richner chez un adulte de 28 ans. Cette dermatose congénitale doit être reconnue en raison de possible association à des anomalies oculaires, neurologiques et dentaires.



Observance thérapeutique en matière de photoprotection chez les patients atteints de Xeroderma pigmentosum

M.Benkaraache 1, A Khouna 1 , N. Zizi 1,2. S.Dikhaye 1,2 .

1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie.

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

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

CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc

Introduction :

Le xeroderma pigmentosum (XP) est une génodermatose, secondaire à un défaut dans les gènes du système de réparation de l'ADN. La maladie se manifeste par des altérations cutanées et oculaires photo-induites exprimées par des cancers cutanés. À ces manifestations s'associe parfois une atteinte neurologique.

La protection solaire stricte reste actuellement le seul moyen de prévention des cancers cutanés chez ces patients, pouvant améliorer le pronostic de la maladie.

L'objectif de notre étude est d'évaluer l'observance thérapeutique en matière de protection solaire chez les patients atteints de Xeroderma pigmentosum .

Matériels et méthodes :

Nous avons mené une étude transversale portant sur les huit patients sur une durée de 3 mois allant de Juin 2020 à Aout 2020. Pour la réalisation de ce travail nous avons établi un questionnaire pour évaluer les convictions ainsi que le comportement de ces patients vis-à-vis du soleil.

Résultats :

Les Huit patients ont répondu au questionnaire. Le sexe ratio H/F est de 1. L'âge moyen de nos patients était de 19,5 ans, avec des extrêmes allant de 12 à 27 ans. Le nombre moyen d'hospitalisations était 3 hospitalisations. La moitié des patients considéraient que la photoprotection est un acte préventif, la photoprotection était considérée primordiale par 37,5 % des patients et accessoire chez 12,5% des patients. Aucun de nos patient n'était conscient des effets néfastes des radiations UV artificiels. Les mesures utilisées pour lutter contre les UV chez nos patients étaient répartis comme suit : les écrans chez 50%, les casquettes et les lunettes anti UV chez 37,5% et vêtements à manches longues chez 25%. Chez 25% des patients, c'était l'entourage du patient qui tenait à la photo protection (mère, frère, sœur). Tous nos patients rapportaient qu'ils retrouvaient la motivation pour les mesures de protection solaire après une consultation chez leurs dermatologues.

Discussion :



Le Xeroderma pigmentosum (XP) est une maladie génétique héréditaire rare responsable d'une sensibilité extrême aux rayons UV. Les malades subissent un vieillissement accéléré de la peau et développent inévitablement des lésions des yeux et de la peau pouvant conduire à de multiples cancers. La prévalence varie de 1 à 4 cas pour 1 000 000 en Europe et aux Etats-Unis, à 1 cas pour 100 000 au Japon, aux pays du Maghreb ou au Moyen-Orient. Il n'existe actuellement aucun traitement permettant de guérir cette maladie. Le seul moyen de prévenir l'apparition des lésions cutanées et des cancers est d'éviter au maximum et en permanence l'exposition à la lumière du jour. Il faut également savoir que certaines lumières artificielles, notamment néons et halogènes, émettent un rayonnement UV nocif dont la majorité des patients ignorent, ce qui est le cas de nos patients, ce qui concorde avec les résultats de la littérature.

Notre étude affirme que le pourcentage de méconnaissance de l'intérêt de la protection solaire n'est pas négligeable, la plupart des patients ignorent le vrai impact des ultraviolets sur leur pathologie. Heureusement, dans notre série, que tous nos patients se motivent pour la photoprotection après avoir vu leur dermatologue.

Conclusion :

Seule la protection contre les UV, si elle est rigoureusement respectée, permet de limiter considérablement la survenue de cancers cutanés chez les patients atteints de XP.

Papulose du cou : Penser au pseudoxanthome élastique

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

Introduction :

Le pseudoxanthome élastique (PXE) est une affection héréditaire autosomique à tropisme cutané, oculaire et cardiovasculaire. Elle est histologiquement caractérisée par une minéralisation et fragmentation des fibres élastiques appelée "élastorrhexie". Nous rapportons le cas d'une jeune patiente ayant un PXE de présentation peu commune.

Observation :

Patiente de 17 ans, sans antécédent pathologique ni familial notables, présentait depuis 7 ans des plaques hyperpigmentées au pourtour du cou avec aspect "en peau d'orange". L'examen

dermatologique objectivait des papules de couleur chair surmontant l'hyperpigmentation sans flaccidité de la peau. L'examen histologique d'une biopsie cutanée faite au niveau d'une papule montrait un épiderme papillomateux orthokératosique, le derme moyen était siège de fibres élastiques fragmentées et calcifiées formant des amas basophiles granulaires. Le diagnostic de pseudoxanthome élastique a ainsi été retenu. L'analyse du gène ABCC6 (ATP binding cassette subtype C number 6) n'a pas pu être réalisée. L'examen ophtalmologique objectivait une rétinopathie pigmentaire cadran avec le diagnostic précité. Les explorations cardio-vasculaires (échocoeur et écho-Doppler des membres inférieurs) étaient sans anomalies.

Discussion :

Le PXE est une maladie héréditaire du tissu élastique qui est souvent sous-diagnostiquée en raison de la grande variabilité de ses manifestations cliniques et de leur degré d'expression. De transmission autosomique récessive, le gène responsable se situe au niveau du chromosome 16 p 13.1 et l'anomalie consiste en des mutations du gène ABCC6. Sur plan cutané, il s'agit le plus souvent



de papules jaunâtres siégeant sur le cou et les zones de flexion. Plus rarement, les muqueuses buccales et génitales peuvent aussi être atteintes. Les manifestations extra-cutanées de cette maladie concernent plusieurs organes et en font toute la gravité. D'une part, la possibilité de localisations au niveau cardiaque, vasculaire, digestive, respiratoire, réno-vésicale, et même testiculaire et mammaire justifie un examen clinique et une exploration complète à la recherche d'anomalies occultes menaçant certaines fois le pronostic vital. D'autre part, le PXE peut s'associer à des anomalies oculaires à type des stries angioïdes, ou dans des cas plus graves à une néovascularisation choroïdienne, altérant ainsi l'acuité visuelle. À moindre fréquence, la rétinite pigmentaire pourrait faire partie du tableau de PXE et s'explique par une mutation du gène codant pour la Gamma-Glutamyl Carboxylase (GGCX).

Conclusion :

Un examen somatique exhaustif doit être systématique et régulier pour mettre en évidence les manifestations extra-cutanées du PXE et diagnostiquer les complications rapidement.

Maladie de Dowling-Degos et maladie de Verneuil: à propos d'une observation marocaine

Meryem Khalidi , Hasna kerrouch, Mohammed El amraoui,
Rachid Frikh, Naoufal Hjira, Mohammed Boui
Service de dermatologie-vénérologie –HMIMV-Rabat.

Introduction:

La maladie de Dowling-Degos (MDD) est une génodermatose rare de transmission autosomique dominante faisant partie des troubles de différenciation épidermique. Son association à la maladie de Verneuil (MV) n'est que récemment décrite .Nous en rapportons un nouveau cas.

Observations:

Une femme âgée de 50 ans, sans antécédents médicaux notables , qui a consulté pour une hyperpigmentation cutanée des grands plis et du visage apparue depuis 6ans. L'examen clinique montrait des macules hyperpigmentées réticulées des faces latérales du cou et du visage, de la nuque, des plis axillaires, sous-mammaires et inguinaux associées à des kystes et des comédons et des formations nodulo-kystiques suppuratives et fistuleuses sous mammaires et inguinales aboutissant à des cicatrices profondes irrégulières. La patiente a rapporté les mêmes lésions chez sa tante paternelle Résultats: Une biopsie cutanée effectuée au niveau des lésions hyperpigmentées montrait des languettes épidermiques hyperpigmentées sans atypies cytologiques, connectées à un épiderme d'épaisseur normale. Le derme était normal.

Discussion:

La maladie de Dowling-Degos (MDD) est une génodermatose rare de transmission autosomique dominante de pénétrance variable, secondaire à une mutation du gène de la kératine 5, connu impliqué dans l'adhésion cellulaire et le transfert des mélanosomes 123 . Elle survient dans la 3ème –4ème décennie de la vie avec une prédilection pour le sexe féminin. Elle est caractérisée par une évolution progressive d'une hyperpigmentation cutanée acquise réticulée qui touche



initialement les régions de flexion : les aisselles, les plis de l'aîne et ultérieurement les régions sous-fessières, sous-mammaires, la nuque et le tronc. Par la suite, des pseudo-comédons apparaissent sur le dos et le cou. Des cicatrices cribriformes péri-orales ainsi que des kystes folliculaires sont également observés. L'association MDD et MV a déjà été décrite et semble même relativement fréquente, allant jusqu'à 38 % de MV dans des séries de MDD. Il est postulé que la prolifération épithéliale anormale qui fait le lit de la MDD et aboutit à une occlusion folliculaire, favoriserait la genèse de la MV. L'examen microscopique montre des bourgeons épidermiques réalisant des languettes épithéliales fines, filiformes, pigmentées et interconnectées d'origine épidermique et folliculaire. Les follicules pileux sont parfois dilatés réalisant des kystes cornés. Le diagnostic différentiel se fait essentiellement avec l'acanthosis nigricans et les kératoses séborrhéique. Mais le contexte clinique permet facilement de les distinguer

Un cas de pachyonychie congénitale type IV

S.Rabba /H.Dahbi Skalli/S.Chiheb

Introduction :

La pachyonychie congénitale est une génodermatose rare dont le symptôme phare est la dystrophie hypertrophique des ongles. Elle est le plus souvent de transmission autosomique dominante avec des degrés de pénétrance variables. Des formes récessives et sporadiques ont également été décrites.

Observation:

Une fillette de 3 ans, issue de mariage non consanguin, présentait une coloration jaune-brun affectant les 20 ongles et des papules hyperkératosiques des coudes et des genoux, remontant aux premières semaines de vie. Un enrrouement progressif avec retard d'élocution ont également été rapportés. Il n'y avait pas de notion dents néonatales. L'examen clinique objectivait une pachyonychie jaune-brun, des papules folliculaires hyperkératosiques symétriques au niveau des genoux et des coudes, des bulles plantaires douloureuses avec discrète kératodermie, une alopecie et un hypertélorisme. L'examen des muqueuses a révélé une chéilite angulaire. Les prélèvements mycologiques des ongles étaient négatifs. La radiographie des mains et des pieds n'ont pas montré d'acro-ostéolyse. L'examen ophtalmologique s'est révélé normal. En revanche, la nasofibroskopie a révélé la présence d'une palmure laryngée immédiatement au-dessus des cordes vocales.

Discussion :

La pachyonychie congénitale est une dysplasie ectodermique héréditaire rare causée par des mutations hétérozygotes dans l'un des gènes codant les kératines K6a, K6b, K16 ou K17. Il existe deux types principaux, le type I (syndrome de Jadassohn-Lewandowsky) et le type II (syndrome de Jackson-Lawler). Les deux types associent une hypertrophie des ongles, une kératodermie palmoplantaire focale et une kératose folliculaire des coudes et des genoux. La distinction clinique entre les deux types dépend généralement de la leucokératose buccale, plus importante dans le type I ou, à l'inverse, de la découverte de stéatocystomes/kystes pilo-sébacés, de kystes éruptifs à duvet, d'anomalies capillaires ou de dents néonatales dans le type II. La pachyonychie congénitale type III englobe des caractéristiques supplémentaires : chéilite angulaire, atteinte ophtalmologique. Concernant le type IV, rarement décrit, il comprend une association des caractéristiques décrites



dans les trois types précédents avec en plus une atteinte laryngée, un retard mental, ou des anomalies capillaires. Notre patient présentait des caractéristiques de pachyonychie type IV. L'atteinte laryngée est de gravité variable, allant de l'enrouement à l'obstruction laryngée potentiellement mortelle. La prise en charge est essentiellement symptomatique. Certaines thérapeutiques sont en cours d'évaluation (inhibiteurs de la mTOR, injection de toxine botulique, petits ARN interférents).

Conclusion:

Le diagnostic de pachyonychie congénitale exige une exploration complète à la recherche d'anomalies occultes. Étant donné l'évolution imprévisible de l'atteinte laryngée, le suivi est essentiel.

Deux cas d'ichtyose lamellaire associés à une alopécie frontale fibrosante :

A.Khouna 1, N.Zizi 1;2, S.Dikhaye 1;2 .

1 Service de Dermatologie , Vénérologie et Allergologie .

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

Introduction :

L'ichtyose est un groupe hétérogène de troubles cutanés héréditaires, caractérisé par un défaut de kératinisation. Des alopécies cicatricielles et non cicatricielles ont été signalées, mais la pathogénie n'est pas bien comprise. L'alopecie frontale fibrosante (AFF) est une alopecie cicatricielle dont l'étiologie est inconnue avec des caractéristiques histopathologiques d'un lichen plan pileaire. Certains auteurs ont rapporté une association de l'ichtyose avec une alopecie cicatricielle et une folliculite lichénoïde à l'histologie. Cependant et à notre connaissance, l'association d'une ichtyose et d'une AFF n'a jamais été rapportée dans la littérature. Nous rapportons 2 cas d'ichtyose lamellaire associée à une AFF.

Observation :

Cas 1 : une femme de 29 ans, de phototype III, suivie dans notre service pour une ichtyose lamellaire sous acitrétine 25mg/j avec une bonne évolution. Elle a présenté un recul de la lisière frontale évoluant depuis l'âge de 27 ans. L'examen clinique trouvait un recul de la lisière frontale avec quelques poils solitaires et une hyperpigmentation périfolliculaire avec des squames blanchâtres adhérentes à la dermoscopie. La biopsie du cuir chevelu a montré une hyperkératose orthokératosique formant des bouchons cornés au niveau des ostia folliculaires et sudoraux, abritant des foyers de parakératose avec des infiltrats inflammatoires lymphocytaires à disposition périfolliculaires.

Cas 2 : une jeune fille de 17 ans, de phototype IV, également suivie pour une ichtyose lamellaire, qui présentait un recul de la lisière fronto-temporale avec des squames brunâtres adhérentes. La biopsie du cuir chevelu a montré une parakératose avec un infiltrat lymphocytaire folliculaire.



Discussion :

Les ichtyoses congénitales sont caractérisées par une anomalie de la fonction de la barrière épidermique. L'association d'une ichtyose et d'une alopecie cicatricielle a déjà été rapportée chez des patients atteints d'ichtyose lamellaire et dans certains syndromes ichtyosiformes. En dépit de l'altération psychologique considérable reconnue chez les patients souffrant d'ichtyose, il existe très peu de données disponibles dans la littérature concernant les caractéristiques histopathologiques du cuir chevelu. L'AFF a été décrite pour la première fois en 1941 comme une forme d'alopecie cicatricielle lymphocytaire primaire, qui survient le plus souvent chez les femmes ménopausées. Son etiopathogénie reste à élucider, bien

que de nombreuses hypothèses aient été proposées. Certains auteurs la considèrent comme une variante du lichen plan pileaire avec des caractéristiques histopathologiques similaires montrant une parakératose folliculaire, fibrose périfolliculaire et inflammatoire lymphocytaire modérément dense impliquant les follicules pileux, avec un infiltrat des lymphocytes dans la gaine externe de la racine. À notre connaissance, l'association entre l'ichtyose lamellaire et l'AFF n'a jamais été signalée dans la littérature. Cependant, Maria F.R. Gavazzoni Dias et ses collaborateurs ont rapporté 4 patients présentant un recul de la lésion frontotemporale avec une histologie compatible avec une folliculite lichénoïde, caractéristique du groupe de lichen plan pileaire y compris l'AFF.

Localisation cérébrale sans retentissement neurologique : intérêt de l'imagerie dans la sclérose tubéreuse de Bourneville

Imane Kacimi Alaoui*, Hanane Baybay, Fatima Zahra Hashas, Zakia Douhi, Sara Elloudi, Fatima Zahra Mernissi, Dermatologie, CHU HASSAN II, FES

Introduction:

La sclérose tubéreuse de Bourneville (STB) est une phacomatose héréditaire de transmission autosomique dominante, diagnostiquée habituellement chez l'enfant, caractérisée par des tumeurs cutanées, rénales et neurologiques, ces dernières entraînant une épilepsie et un retard intellectuel fréquents.

Nous rapportons 2 observations de STB, particulières par leur révélation tardive ainsi que par l'absence de retentissement intellectuel.

Observations:

Cas 1:

Il s'agit d'un patient âgé de 17 ans, sans antécédent pathologique, qui présente depuis 7 ans, des lésions en relief au niveau médio-facial augmentant en taille.

L'examen dermatologique objectivait des angiofibromes, une plaque temporale de peau de chagrin, des macules hypopigmentées au niveau du dos et des fesses.

La TDM cérébro-thoraco-abdomino-pelviennne a objectivé à l'étage cérébral: quelques nodules sous épendymaires calcifiés, des calcifications sous corticales linéaires, et des angiomyolipomes rénaux bilatéraux.

Le patient n'avait jamais eu de crise d'épilepsie.

Cas 2:



Patiente âgée de 28 ans, sans antécédent pathologique, qui présente un nodule frontal évoluant depuis 5 ans.

L'examen dermatologique objectivait une tumeur pigmentée frontale gauche de 4 cm, des angiofibromes faciaux et des taches café au lait.

L'examen neurologique était normal, avec un bon développement psychomoteur.

L'écho abdomino pelvienne a objectivé 5 angiomyolipomes rénaux en bilatéral.

L'IRM cérébrale a montré des nodules sous-épendymaires intraventriculaires sans autres localisations.

Discussion:

La STB est une affection génétique autosomique dominante ayant une incidence estimée à 1/10000 naissances.

Le tableau classique associe la triade : un retard mental, crises d'épilepsie, et des manifestations cutanées. Cette définition peut être trompeuse car certains sujets peuvent avoir une intelligence normale.

L'épilepsie peut être le premier signe clinique à raison de 70 à 90 %, elle survient à tout âge.

45 à 82 % ont un retard mental, des troubles de l'humeur, de l'attention et des troubles obsessifs-compulsifs.

Les manifestations cérébrales présentes sont les nodules sous-épendymaires, les tubers corticaux et les astrocytomes à cellules géantes;

Le diagnostic de STB reste clinique, fondé sur l'association d'au moins deux localisations hamartomateuses: la rétine, la peau, le cerveau, les reins et le cœur.

Il doit conduire à un bilan lésionnel: une imagerie cérébrale, une échographie rénale et cardiaque.

Une IRM cérébrale est recommandée à chaque 1 à 3 ans pour suivre la croissance possible des nodules sous-épendymaires en tumeurs sous-épendymaires.

Conclusion:

Il est donc important que les patients ayant une STB bénéficient d'une évaluation radiologique, et neuropsychologique en dehors des signes cliniques d'appel, afin de mieux adapter leurs intégrations scolaire et sociale.

Conflits d'intérêts: Aucun conflit à déclarer

Mots-clés: Atteinte neuro-encéphalique, Imagerie cérébrale, Sclérose tubéreuse de Bourneville

Aspect de pityriasis versicolor persistant, penser à l'épidermodysplasie verruciforme.

Fatima Zahra Hashas, Sara Elloudi, Soukaina Chhiti, Zakia Douhi, Hanane baybay, Fatima Zahra Mernissi . Dermatologie, CHU Hassan II, Fes, Maroc

Introduction:

L'épidermodysplasie verruciforme est une génodermatose autosomique récessive rare, caractérisée par une susceptibilité immunogénétique à l'infection par un groupe spécifique de papillomavirus humains et par la fréquence des carcinomes cutanés associés. Nous en rapportons une nouvelle observation.

Observations:

Un agriculteur de 33 ans, opéré pour un carcinome épidermoïde temporal gauche nous a été référé pour la prise en charge de lésions cutanées multiples. Dans ses antécédents, on notait la notion de consanguinité de premier degré. Par ailleurs, il ne prenait aucune médication immuno-suppressive et il n'avait pas de cas similaire dans la fratrie. L'examen cutané montrait des macules hypochromiques pityriasis versicolor like au niveau du tronc et des bras remontant à l'enfance dont l'étude histologique



et immunohistochimique était en faveur d'épidermodysplasie verruciformes, des plaques érythémateuses finement squameuses au niveau du visage et du dos des mains correspondant histologiquement à une maladie de Bowen, ainsi que des kératoses actiniques, kératoses séborrhéiques multiples au niveau de visage et des verrues plantaires. Le bilan d'extension tumoral ainsi que le bilan d'immunodéficience étaient négatifs. La recherche du Human Papillomavirus est en cours. La prise en charge thérapeutique comportait des séances de photothérapie dynamique sur les plaques de Bowen et les kératoses actiniques du visage, suivi d'un traitement de fond à base de rétinoïdes à faible dose.

Discussion:

L'épidermodysplasie verruciforme est une affection rare de transmission habituellement autosomique récessive caractérisée par la présence persistante de papillomavirus humains du groupe bêta dans la peau. On distingue deux grands types d'épidermodysplasie verruciforme: une forme typique et une forme atypique chez les immunodéprimés. Les lésions cutanées débutent dès l'enfance vers l'âge de 48 ans et associent classiquement des verrues planes disséminées et des macules dépigmentées ou pigmentées squameuses ressemblant au pityriasis versicolor comme le cas de notre patient. Les lésions dysplasiques et les cancers cutanés conditionnent le pronostic de cette pathologie qui dépend du potentiel oncogène de certains types de papillomavirus humains en particulier le HPV5 et HPV8 qui affectent 90 % des patients. Elle survient le plus souvent chez les sujets de phototype clair dans les zones photoexposées après 30 ans et comportent des lésions de kératoses actiniques, la maladie de Bowen, des carcinomes basocellulaires et des carcinomes spinocellulaires. Plusieurs traitements ont été essayés (rétinoïdes, interféron, cimétidine) avec des succès peu ou pas reproductibles. La prise en charge repose essentiellement sur la protection solaire, la surveillance clinique assidue et l'excision rapide de toute lésion en voie de dégénérescence carcinomateuse.

Conclusion :

L'EV est une génodermatose rare avec risque de dégénérescence .

Mots-clés: épidermodysplasie verruciforme, génodermatose, Papillomavirus humain

Neurofibromatose de type 1 et OBNI: à propos de 2 cas.

H.Daflaoui, A.Khouna, K.Sof, S.DIKHAYE 1,2, N.ZIZI 1,2.

1 Service de Dermatologie, Vénérologie et Allergologie.

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

3 Faculté de médecine et de pharmacie Oujda, Université Mohammed Premier, CHU Mohammed VI, Oujda.

Introduction :

La neurofibromatose de type 1 (NF1) ou maladie de Von Recklinghausen est un syndrome neuro-cutané très fréquent, à transmission autosomique dominante. Le diagnostic est clinique avec des critères définis. Devant la fréquence des manifestations neurologiques, l'imagerie cérébrale, et particulièrement l'IRM joue un rôle important dans le diagnostic positif de ces anomalies.

Nous rapportons à travers 2 observations de neurofibromatose type 1 une anomalie cérébrale inhabituelle.



Observation 1: Un enfant de 13 ans, qui présentait de multiples tâches café au lait (TCL) évoluant depuis sa naissance. L'enfant n'avait pas d'antécédent familial similaire et ne présentait pas de notion de retard scolaire. L'examen clinique révélait plusieurs TCL dont plus de six avaient un diamètre supérieur à cinq millimètres. On notait aussi la présence de pseudo-éphélides axillaires et inguinales bilatérales correspondant au signe de Crowe. Le fond d'œil a montré la présence de nodules de Lisch, ainsi qu'une cataracte juvénile gauche. Le diagnostic d'une neurofibromatose de type 1 a été retenu. Une IRM cérébrale était réalisée objectivant des anomalies de signal de la substance blanche sus et sous tentorielle en rapport avec des objets brillants non identifiés (OBNI).

Observation 2 : Une patiente âgée de 21 ans, avec la notion d'échec scolaire, ayant deux frères suivis pour NF1. Elle présentait la même symptomatologie que notre premier patient, évoluant depuis son bas âge, avec la notion de céphalées occasionnelles. Le diagnostic d'une neurofibromatose type 1 était retenu devant la présence de 3 critères sur 7 selon les critères diagnostics. Dont dix-neuf TCL faisant plus de 15mm, des neurofibromes cutanés et sous cutanés ainsi que la présence du signe de Crowe. L'absence d'anomalies ophtalmologiques ou de lésions osseuses caractéristiques. L'IRM cérébrale avait révélée des OBNI à localisation cérébelleuse.

Discussion :

Les malades atteints de NF1 peuvent présenter des anomalies de signal de la substance blanche appelées « objets brillants non identifiés » ou « OBNI ». Elles sont fréquentes chez l'enfant, avec une incidence de 70% à 93% selon les séries. Ces lésions augmentent de taille et de nombre au cours de l'enfance, et elles ont tendance à s'estomper à l'âge adulte.

Leur signification reste incertaine, il peut s'agir d'une dysplasie de la substance blanche ou des zones de myélinisation anormale transitoire.

Les OBNI sont fréquemment retrouvés au niveau des noyaux gris et de la fosse postérieure (tronc cérébrale et les pédoncules cérébelleux). Elles sont souvent mises en évidence à l'IRM. Elles se présentent en hypersignal T2 avec un signal variable en T1, sans rehaussement au Gadolinium, et elles n'exercent habituellement pas d'effet de masse sur les structures adjacentes. Leur dégénérescence est exceptionnelle. Cependant l'existence d'un rehaussement ou d'un effet de masse doit inciter à une surveillance clinico-radiologique.

Ces lésions sont asymptomatiques, des auteurs ont rapporté leur possible incrimination dans la physiopathologie des troubles d'apprentissages observés chez les enfants atteints de NF1.

Conclusion : Les OBNI sont des lésions bénignes et particulièrement fréquentes chez l'enfant atteint de NF1. Il a été suggéré de les intégrer parmi les critères diagnostics chez les enfants.

Maladie de Méléda : à propos d'un cas

S.FARAS; FZ.AMAKHA; S. Amal; O. Hocar
Service de dermatologie et vénérologie
Faculté de médecine et de pharmacie - université Cadi Ayyad
CHU Mohammed VI- Marrakech- Maroc



Introduction :

La maladie de Méléda est une Kératodermie palmo-plantaire (KPP) génétique rare, décrite initialement sur l'île croate de Méléda, en rapport avec des mutations du gène SLURP-1. Cette KPP autosomique récessive, diffuse, transgrediente (débord dorsal de la KPP) est aussi progrédiente, c'est-à-dire associée à une hyperkératose à distance des mains et des pieds : une atteinte des zones d'extension des membres et péri-buccale ainsi qu'une chéilite angulaire sont classiques. L'atteinte labiale diffuse sous forme d'une chéilite érythémateuse « en rouge à lèvres » n'a par contre été rapportée que deux fois en 2012 par une équipe indienne. Nous en présentons un nouveau cas.

Observation :

Une fille de 9 ans, d'origine marocaine, née de parents consanguins 1^{er} degrés non atteints, seule atteinte de sa fratrie, consultait pour diagnostic d'une KPP apparue dès les premiers mois, s'aggravant progressivement. Il s'agissait d'une KPP diffuse « jaune paille » malodorante avec un aspect « mité » témoignant d'une surinfection dermatophytique confirmée par le prélèvement mycologique. Le dos des doigts et des orteils, des mains et des pieds étaient aussi atteints. Depuis la petite enfance, elle avait également une chéilite angulaire et un érythème à peine kératosique des deux lèvres qui attirait notre attention. Le reste de l'examen clinique était normal. Ce tableau de KPP était cliniquement typique de maladie de Méléda. Nous avons proposé un traitement antifongique systémique de la surinfection fongique.

Discussion :

Les caractéristiques sémiologiques de cette KPP autosomique récessive non syndromique, quand elles sont toutes réunies comme notre observation, permettent un diagnostic clinique certain de MM. Avec l'âge, on note fréquemment des dystrophies unguéales, des rétractions digitales en flexion voire des pseudo-ainhum faisant qualifier la MM de KPP mutilante. Par contre, l'expression de la MM n'est complète qu'à partir d'un certain âge et le diagnostic clinique peut être plus difficile dans la petite enfance devant une KPP peu spécifique. Le caractère progrédient de la MM au niveau des lèvres semble apparaître précocement dans l'évolution et être assez caractéristique : il s'agit d'une chéilite diffuse rose vif « en rouge à lèvres » qui déborde à peine de quelques millimètres sur la lèvre blanche, associée à une chéilite angulaire. D'autres KPP génétiques progrédientes comportent aussi une atteinte labiale et péri-buccale mais l'aspect est différent : dans le syndrome d'Olmstedt, la KPP mutilante est associée à des placards érythro-kératosiques pér-orificiels (bouche, nez, yeux, périnée) beaucoup plus diffus et inflammatoires que dans la maladie de Méléda.

Conclusion :

Une chéilite érythémateuse diffuse « en rouge à lèvres » pourrait avoir une valeur d'orientation diagnostique précoce en faveur d'une MM en présence d'une KPP génétique du jeune enfant.

Imagerie médicale (dermoscopie - trichoscopie) :

Dermoscopie de l'hémangiome infantile : à propos de 06 cas

Ibtissam Al faker, Farah Marraha, Najlae Rahmani, Younes Benyamna, Salim Gallouj

Service de dermatologie-vénéréologie CHU Tanger Tétouan Al hoceima



Introduction :

Les hémangiomes infantiles (HI) sont des tumeurs bénignes vasculaires les plus communes chez les enfants, caractérisées par une prolifération anormale des cellules endothéliales et une architecture vasculaire sanguine aberrante. L'HI touche 7 à 10% des enfants à l'âge de 1 an, et jusqu'à 30% des prématurés de moins de 1500g, la prédominance féminine est nettement observée (de 3 à 6 filles pour 1 garçon). Nous rapportons les signes dermoscopiques de 6 cas d'HI.

Matériels et méthodes :

6 enfants (4 filles et 2 garçons) avec une tranche d'âge entre 2 mois et 5 ans qui ont été vu en consultation de dermatologie pour des tumeurs vasculaires ; une évaluation dermoscopique a été faite chez tous les enfants par une dermoscopie de contact à lumière polarisée

Résultats :

Les lésions sont localisées au niveau de la lèvre supérieure, lèvre inférieure, menton, cuir chevelu (temporal), avant-bras gauche et hémiface gauche avec la partie supérieure du cou (segmentaire). D'aspects tubéreux, rouge écarlate, à surface mamelonné irrégulière, parfois en amas. Les signes dermoscopiques retrouvés sont : zones érythémateuses multiples avec des vaisseaux rouges circulaires, courbés, globulaires, arborisants, télangiectasiques ; lagunes bien limitées, des amas des vaisseaux rouges en points avec une base érythémateuse ; zones blanche-gris avec des vaisseaux bleuâtres.

Discussion :

L'HI survient à la naissance (avant 1mois) avec une croissance complète à 5 mois, il passe par une phase proliférative (jusqu'à 12 mois) et une phase de régression (avant 4 ans); la race blanche, la prématurité, l'âge maternel avancé, le faible poids à la naissance, le placenta prævia en constituent les principaux facteurs de risque. Les HI expriment, dans leurs cellules endothéliales, une protéine transporteuse de glucose (GLUT-1) qui est très spécifique à ce type de lésions, ce qui permet, par un examen immunohistochimique, de les différencier d'autres types de lésions vasculaires y compris les hémangiomes congénitaux et les malformations vasculaires (1). Cependant, nous pensons que la dermoscopie est un moyen diagnostique très utile qui permet de poser le diagnostic sans recours à des biopsies. La dermoscopie de l'HI se caractérise par un polymorphisme des structures vasculaires, selon Osio et al les vaisseaux rouges en forme de virgule (ou courbés) peuvent représenter une transition des vaisseaux papillaires superficielles aux capillaires sous papillaires profondément dilatés (2).

Références :

1. Toledo-Alberola, Fernando, et al. "Abortive hemangiomas. Description of clinical and pathological findings with special emphasis on dermoscopy." *European Journal of Dermatology* 20.4 (2010): 497-500.

Oiso, Naoki, et al. "Clinical, dermoscopic, and histopathologic features in a case of infantile hemangioma without proliferation." *Pediatric dermatology* 28.1 (2011): 66-68.



Nodule d'orf : que dit la dermoscopie ?

Ibtissam Al faker, Soukayna Kabbou, Farah Marraha, Najlae Rahmani, Yasmine Rkiek, Younes Benyamna, Salim Gallouj

Service de dermatologie-vénérologie CHU Tanger Tétouan Al hoceima

Introduction :

Le nodule d'orf ou ecthyma contagieux est une zoonose due à un virus de la famille des parapoxvirus, transmise à l'homme à partir d'animaux malades, ovins, caprins ou bovins. Il se traduit par des lésions nodulaires pseudo tumorales.

Nous rapportons les signes dermoscopiques retrouvés chez un patient atteint de nodule d'orf au stade aigu.

Observation :

Il s'agit d'un poissonnier âgé de 45 ans, sans ATCDs pathologiques notables, qui présente, 2 semaines après contact avec un mouton, 3 lésions nodulaires érythémateuses avec un centre ulcéreux larmoyant dans 2 nodules, siégeant au niveau de la face externe du poignet droit sans autres signes associés. L'examen dermoscopique montre une ulcération centrale, croute jaunâtre, partiellement entourés par une aire blanche sans structure puis un halo (une bague) érythémateux en périphérie avec des globules rouge clair.

L'évolution a été marquée par la disparition spontanée des nodules au bout d'un mois.

Discussion :

L'homme contracte l'infection soit par contact direct avec l'animal infecté surtout les agneaux et les chevreaux (1), ou indirect par des objets contaminés. C'est une maladie qui touche généralement les éleveurs, les vétérinaires et les personnels d'abattoirs, mais on remarque un pic épidémique au cours des fêtes de Aid al adha. La lésion se produit généralement sur la face dorsale des mains et des doigts, mais des localisations inhabituelles ont parfois été décrits à savoir le visage, cuir chevelu, les organes génitaux, et la muqueuse conjonctivale (1). Chez l'immunocompétent, la lésion passe par 6 stades cliniques chacun d'une durée d'environ une semaine : maculo-papuleux (macule érythémateuse ou papule 3 à 7 jours après l'inoculation), stade cible avec un centre nécrotique et un halo externe rouge, stade aigu où le nodule commence à pleurer, puis il s'assèche au stade régénératif, stade papillomateux où la lésion est devenue papillomateuse et forme une croute sèche, enfin, le nodule disparu sans laisser de cicatrice au stade de régression. La surinfection, l'évolution extensive et l'érythème polymorphe (2, 3) sont les principales complications de la maladie. Le diagnostic repose généralement sur l'histoire de la maladie, la clinique, et même l'évolution. La dermoscopie apporte de plus en plus des signes orientant le diagnostic, et différemment combinés au stade clinique (3, 4) les plus décrits sont l'ulcération centrale avec croute, aire blanche sans structure, des stries gris-bruns, des points noirs, des vaisseaux en points, en virgule et une bague érythémateuse périphérique (3, 4, 5, 6). L'histologie et le PCR peuvent également être utilisés.

Le diagnostic différentiel comprend le nodule de Milker, le botriomycome, le kérato-acanthome, les infections fongiques, un molluscum géant, les infections mycobactériennes atypiques et la



leishmaniose cutanée. Le traitement consiste en l'abstention avec utilisation d'un antiseptique pour éviter toute surinfection (1).

Conclusion :

Les signes dermoscopiques retrouvés chez notre patient rejoignent ceux décrits dans la littérature au stade aigu (classe 3) (3), ainsi la connaissance de ces signes est important afin de confirmer le diagnostic, de minimiser les examens complémentaires et d'éviter les traitements non nécessaires.

1. Bergqvist, C., Kurban, M., & Abbas, O. (2017). *Orf virus infection. Reviews in Medical Virology*, 27(4), e1932. doi:10.1002/rmv.1932
 2. R. H. Joseph, F. A. Haddad, A. L. Matthews, A. Marouf, B. Monroe, and M. Reynolds, "Erythema multiforme after orf virus infection: A report of two cases and literature review," *Epidemiology and Infection*, vol. 143, no. 2, pp. 385–390, 2015.
 3. Ayhan, E., & Aktaş, H. (2017). *Dermoscopic features and types of orf and milker's nodule. Advances in Dermatology and Allergology*, 4, 357–362. doi:10.5114/ada.2017.69317
 4. Chavez-Alvarez, S., Barbosa-Moreno, L., Villarreal-Martinez, A., Vazquez-Martinez, O. T., & Ocampo-Candiani, J. (2016). *Dermoscopy of contagious ecthyma (orf nodule). Journal of the American Academy of Dermatology*, 74(5), e95–e96.
 5. Tognetti, L., Cinotti, E., Habougit, C., Fiorani, D., Cambazard, F., Perrot, J. L., & Rubegni, P. (2018). *Ecthyma contagiosum (Orf): Reflectance confocal microscopy*
- Aslan Kayıran, M., Uzunçakmak, T. K., Cebeci, F., Akdeniz, N., & Çobanoğlu Şimşek, B. (2017). *Dermoscopic features of Orf disease. International Journal of Dermatology*, 57(1), 115–116. doi:10.1111/ijd.13805

L'apport de la dermoscopie au cours de la dermatose cendrée de Ramirez

S. El Kadiri , H. Bay Bay , S. Elloudi , Z. Douhi , F-Z Mernissi
Service de dermatologie CHU Hassan II FES

Introduction

La dermatose cendrée est une cause rare d'hyperpigmentation cutanée acquise d'étiologie inconnue. Nous en rapportons un cas de dermatose cendrée chez une patiente évoquée grâce à la dermoscopie.

Observation

Une patiente Marocaine de 24 ans présentait depuis 1 an des lésions asymptomatiques grisâtres au niveau de l'abdomen. Initialement érythémateuses, elle ne rapportait l'application précessive de plantes ni d'agents topiques. L'examen clinique trouvait de multiples macules gris-ardoise arrondies de 1 à 4cms de diamètre au niveau de l'abdomen. La dermoscopie objectivait la présence d'un fond bleu avec des points bleu-gris sans distribution particulière et des zones hypopigmentées. L'étude histologique avait mis en évidence un infiltrat lymphoïde, une incontinence pigmentaire, des mélanophages sans vacuolisation de la couche basale. Le diagnostic retenu était une dermatose cendrée. L'évolution fut marquée par une amélioration partielle sous tacrolimus topique 0.1%.



Discussion

La dermatose cendrée de Ramirez est dermatose rare qui touche fréquemment les adultes d'âge moyen de phototype foncé. Elle évolue de façon bi-phasique : érythémateuse souvent inaperçue puis pigmentée. Elle présente des similitudes clinico-histologiques avec le lichen plan pigmentogène. Dans la littérature, il existe que peu de cas concernant la dermoscopie de la dermatose cendrée. L'analyse du fond ou l'arrière-plan bleu dans notre cas est un critère distinctif puisqu'il correspond à un dépôt profond dermique de la mélanine due à l'effet Tyndall. La présence de points bleu-gris de petite taille témoigne de la présence de mélanophages dans le derme profond. A contrario, au cours du lichen plan pigmentogène, l'arrière-plan est brun avec points et des globules brun-gris de plus grande taille. Ces critères pourraient être utilisés dans la distinction de la dermatose cendrée du lichen plan pigmentogène.

Conclusion

La dermoscopie pourrait aider au diagnostic de la dermatose cendrée et pourrait aider à le différencier des autres dermatoses avec similitudes clinico-histologiques.

L'apport de la trichoscopie dans la teigne du cuir chevelu : étude prospective de 13 cas

Ibtissam Al faker, Farah Marraha, Najlae Rahmani, Younes Benyamna, Salim Gallouj

Service de dermatologie-vénérologie CHU Tanger Tétouan Al hoceima

Introduction :

Principales mycoses de l'enfant, Les teignes du cuir chevelu sont des affections provoquées par des champignons du groupe des dermatophytes, elles sont contagieuses. Les 2 agents responsables sont le Microsporum et le Trichophyton. Des signes trichoscopiques spécifiques ont été décrits dont les principaux étaient : des poils en virgule, en tire-bouchon, en code barre et en zigzag (1).

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective menée au service de dermatologie du CHU de Tanger, étalée sur une période d'un an (avril 2019 – avril 2020), l'évaluation trichoscopique ainsi qu'un prélèvement mycologique des cheveux ont été faits chez tous les patients.

Résultats :

Au total, 13 patients sont étudiés, l'âge moyen est de 17.7 ans avec prédominance masculine, les signes les plus observés sont : les squames jaunes épaisses (33.7%), les poils en virgule (33.2%), les cheveux dystrophiques (16.18%). D'autres signes sont retrouvés : les poils en tire-bouchon, les poils cassés, les points noirs et l'érythème.

Discussion :

Slowinska et al en 2008 étaient les 1ers à décrire le signe de poils en virgule en trichoscopie chez 2 enfants atteints de teigne due à *M. canis* (2). Le 2^{ème} signe était les poils en tire-bouchon, rapporté par Hughes et al en 2011 (3). Viennent ensuite d'être décrits les poils en code barre et en zigzag (4). Les aspects observés dans notre série rejoignent en grande partie ceux décrits dans la littérature. Plus



récemment, Bourezane et al ont proposé une classification trichoscopique en fonction de type de l'infection après avoir remarqué une bonne corrélation entre les signes trichoscopiques et l'étude mycologique chez 24 patients : endothrix (poils en virgule, en tire-bouchon), ectothrix (les poils en code barre et en zigzag) ou endo-ectothrix (associés), les poils cassés et les points noirs ont été retrouvés dans les 3 types d'infection (1). Cependant, des études prospectives sur des échantillons plus larges sont nécessaires pour confirmer cette hypothèse.

Conclusion :

La trichoscopie est un moyen diagnostique très important et peut confirmer le diagnostic de teignes de cuir chevelu surtout au niveau des régions où l'accès aux laboratoires pour étude mycologique est difficile.

1. Bourezane Y, Bourezane Y. Analysis of trichoscopic signs observed in 24 patients presenting tinea capitis: Hypotheses based on physiopathology and proposed new classification. Ann Dermatol Venereol (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2016.12.012>
2. Slowinska M, Rudnika L, Schwartz RA, Kowalska-Oledzka E, Rakowska A, Sicinska J, et al. Comma hairs: a dermoscopic marker for tinea capitis: a rapid diagnostic method. J Am Acad Dermatol 2008;59:S77—9.
3. Hughes R, Chiaverini C, Bahadorian P, et al. Corkscrew hair: a new dermoscopic sign for diagnosis of tinea capitis in black children. Arch Dermatol 2011;147:355.
4. Lin YT, Li YC. The dermoscopic comma, zigzag, and bar code-like hairs: markers of fungal infection of the hair follicles. Dermatol Sinica: 32; 160-163.

Dermoscopie des hyperpigmentations périorbitaires : à propos de 50 cas

S. El Kadiri S(1), H. Bay Bay , S. Elloudi , Z. Douhi , F-Z Mernissi
Service de dermatologie CHU Hassan II Fès

Introduction

Les hyperpigmentations périorbitaires sont un motif fréquent de consultation d'étiologie multifactorielle.

Objectif: décrire les aspects dermoscopiques des hyperpigmentations périorbitaires et la corrélation entre le patron clinique et la dermoscopie.

Matériel et méthodes

Etude prospective analytique incluant tous les cas d'hyperpigmentations périorbitaires ayant consulté à notre service sur une durée de 3 ans (entre 2017 et 2020). Toutes les images dermoscopiques ont été prises à l'aide du dermlite 4, mode lumière non polarisée et polarisée sans immersion.

Résultats

Nous avons colligé 50 cas avec HPO dont la moyenne d'âge était de 36,44 ans et le sexe-



ratio F/H de 7,3. Nos patients étaient de phototype III de l'ordre de 26% et de phototype IV de l'ordre de 74%. L'exagération du pseudo-réseau pigmenté était présente dans 64% des cas. Les structures pigmentaires représentées par les blotch, les rétifications fines et les globules étaient présentes respectivement chez 38%, 60% et 12% des cas. Le patron vasculaire était le plus fréquent de l'ordre de 54% suivi du patron constitutionnel (34%), le patron post-inflammatoire (10%) et le patron structurel (2%) selon la classification de Ranu. La dermoscopie avait objectivé vascularisation faite de vaisseaux linéaires chez 16% des cas et en forme de réseau chez 6% des cas. L'analyse uni-variée avait trouvé que l'exagération du pseudo-réseau pigmenté, les blotch, les rétifications épaisses ainsi que les globules étaient significativement associés au patron constitutionnel. Tandis que les veines dilatées superficielles et les télangiectasies étaient significativement associées au patron vasculaire. Les rétifications fines, l'atrophie et les rides marquées n'étaient pas associées à un patron clinique particulier.

Discussion

Quelques études ont élucidé l'utilité de la dermoscopie dans le diagnostic de l'HPO et peu ont corrélé entre la dermoscopie et le patron clinique. La présence de structures pigmentaires à type de globules, rétifications épaisses et blotchs était corrélée à un type constitutionnel mieux visualisée en mode polarisé. A contrario, la présence de veines superficielles d'apparence bleue et large calibre et ainsi que de fines télangiectasies était corrélée à un patron vasculaire d'autant plus que nos patients n'étaient pas sous traitement pouvant générer une inflammation avec une vascularisation similaire. L'atrophie correspondant à une hypopigmentation cernée d'une peau de couleur normale et l'accentuation des plis cutanés n'étaient pas corrélés au patron post-inflammatoire.

Conclusion

La dermoscopie propose une sémiologie riche à la fois colorielle et architecturale au cours de l'HPO. Leur évaluation objective permettra ainsi de guider le choix thérapeutique du praticien.

Mot-clé : hyperpigmentation périorbitaire, dermoscopie, patron clinique

Dermoscopie du nævus d'Ota : à propos de 12 cas

S. El Kadiri, H. Bay Bay, S. Elloudi, Z. Douhi, F-Z Mernissi
Service de dermatologie CHU Hassan II Fès

Introduction

Le nævus d'Ota (NO° est une hypermélanocytose oculo-dermique limitée au visage au niveau du territoire innervé par la première et deuxième branche du nerf trijumeau.



Objectif de l'étude : décrire les aspects dermoscopiques des NO.

Matériel et méthodes :

Etude prospective analytique incluant tous les cas de NO ayant consulté à notre service sur une durée de 3 ans (entre 2017 et 2020). Toutes les images dermoscopiques ont été prises à l'aide du dermlite 4, mode lumière non polarisée et polarisée sans immersion.

Résultats :

Notre étude a trouvé 12 patients présentant un NO dont l'âge moyen était de 21,1 ans. Les lésions étaient apparues à la première décennie de vie chez 83,5% des patients et lors de la deuxième décennie chez 16,5% des cas. Le naevus était unilatéral chez 11 patients et bilatérale chez une patiente. L'atteinte de 1^{ère} branche chez 4 patients, de la 2^{ème} branche chez 11 patients et de la 3^{ème} branche chez un patient. Aucun cas de lésion similaire dans la famille n'a été rapporté. 6 patients présentaient des lésions pigmentées sclérales. L'atteinte palatine a été retrouvée chez une patiente. La couleur était bleue chez deux patients et grise chez les dix autres. Aucune pigmentation brune n'a été retrouvée. Un pseudo-réseau pigmenté a été retrouvé chez 2 patients, des lignes pigmentées épaisses chez 10 cas et des zones pigmentées sans structure chez 4 patients. Des globules hypo-pigmentés ont été retrouvés chez 12 patients, des zones hypopigmentées sans structures chez 3 cas, et un aspect de rosettes chez une patiente. Des télangiectasies chez 8 patients, Nous n'avons pas trouvé de poils terminaux au sein des lésions.

Discussion

Une seule étude a élucidé l'utilité de la dermoscopie dans le diagnostic du naevus d'Ota.

Comme précédemment décrit, nous avons retrouvé une prédominance de la pigmentation grise à bleutée au sein de laquelle apparaissent des zones hypo-pigmentées pouvant être sans structure, globulaire ou en rosettes. Toutefois, la disposition du pigment dans notre série était majoritairement sous forme de lignes pigmentées épaisses et plus rarement réticulaire ou sans structures homogène. Ces critères pourraient être utilisés pour la distinction du NO des autres hypermélanoses faciales notamment le mélasma ou le lichen plan pigmentogène en dehors des données d'une anamnèse clinique. Le fond est brun au cours du lichen plan pigmentogène avec un patron en points alors qu'il est gris-bleuté au cours du NO avec des structures linéaires. Quant au mélasma, mis à part la couleur du fond qui est brun clair, les réticulations sont fines contrairement au NO.

Conclusion

La dermoscopie pourrait aider au diagnostic du NO et pourrait aider à le différencier des autres dermatoses avec des similitudes cliniques.

L'apport de la trichoscopie au cours de la dermatomyosite

S. El Kadiri, S. Elloudi , Z. Douhi ,H. Bay Bay , F-Z Mernissi

Service de dermatologie CHU Hassan II FES

Introduction



L'atteinte du scalp au cours d'une dermatomyosite est souvent sévère et récalcitrante aux thérapeutiques usuels. Nous en rapportons deux observations avec une description dermoscopique.

Observation

Une femme de 52 ans suivie dans notre formation pour une dermatomyosite retenue sur des critères cliniques, biologiques, histologiques et électromyographiques rapportait un prurit persistant récalcitrant sous prednisone, méthotrexate, dermocorticoïdes et tacrolimus. L'examen clinique objectivait une poikilodermie kératosique et squameuse intéressant 50% de la surface du scalp avec plaques alopeciques cicatricielles sans prise de fluorescence à la lumière de Wood. Un prélèvement mycologique des squames à éliminer une teigne du cuir chevelu. La dermoscopie révélait un fond érythémateux surmontée de squames, des vaisseaux larges irréguliers, arborescents, des halos pigmentés péri et inter-folliculaire. Une biopsie du cuir chevelu révélait une hyperkératose surmontant un épiderme atrophique et un épaissement basale en faveur d'une dermatomyosite.

La seconde observation concernait une patiente de 49 ans, suivie pour une dermatomyosite paranéoplasique révélant un néo du sein et du cavum rapportait un prurit au niveau de la région temporo-pariétale bilatérale avec à l'examen dermatologique une alopecie non cicatricielle prenant 35% de la surface du scalp à surface squameuse. Un prélèvement mycologique des squames revenait négatif. La trichoscopie objectivait une alopecie non cicatricielle, des vaisseaux larges irréguliers, tortueux par endroits et des halos pigmentés péri-pilaires. Une biopsie cutanée revenait en faveur d'une dermatomyosite

Discussion

Le prurit est un symptôme multifactoriel et incomplètement élucidé. Au cours de la dermatomyosite, ce symptôme est prédominant avec des atteintes sévères du scalp qui ne semble pas prédictif d'une néoplasie associée. Sa pathogénie serait due à une atrophie des fibres nerveuses épidermiques et des anomalies de structure du reste des fibres. Seule une étude a élucidé l'utilité de la trichoscopie au cours de la dermatomyosite. Comme précédemment décrit, nous avons retrouvé des vx capillaires élargies, des vaisseaux arborescents et tortueux qui pourraient correspondre à des ectasies vasculaires du derme réticulaire. A contrario, au cours du lupus les vaisseaux sont plus polymorphes et arborescents interconnectés. Le patron pigmentaire était fait de halos péri- et interfolliculaires résultant de la présence de mélanophages au niveau dermique au cours de la dermatomyosite. Alors qu'au cours du lupus, la pigmentation en points bleu-gris est disposé aléatoirement. S'y ajoutent des poils fins en repousse et des points blancs.

Conclusion

L'atteinte du scalp au cours de la dermatomyosite est sous diagnostiquée et probablement étiquetée à tort comme lupus. Une approche trichoscopique analysant les structures vasculaires et pigmentaires pourrait être un argument fort pour asseoir un diagnostic précis.

Place de Dermoscopie dans le diagnostic clinique et histologique des tumeurs cutanées

H.Ragragui¹; H.Daflaoui¹; N.Zizi^{1,2}; S.Dikhaye^{1,2}

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



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

Introduction :

Les cancers cutanés sont les plus fréquents des cancers humains de l'adulte. C'est une cause majeure de décès dans le monde. Il continue sa progression alarmante avec 18,1 millions de nouveaux cas et 9,6 millions de décès en 2018. Ils représentent 3,23 % du total des cancers enregistrés dans la région de l'oriental. Plusieurs études ont montré que la dermoscopie augmente la sensibilité et la spécificité pour la détection des cancers de la peau par rapport à l'examen à l'œil nu. Elle permet également la détection des cancers à un stade précoce, aussi bien que la sélection plus précise des lésions nécessitant une excision.

Le but de notre travail est de déterminer le profil épidémiologique, préciser les particularités anatomo-cliniques ainsi que le rôle de dermoscopie pour guider le diagnostic clinique et histologique des différents types de ces cancers cutanés.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et mono centrique, menée au service de Dermatologie de CHU Mohammed VI d'Oujda, étalée sur 1 an de Janvier 2019 à Janvier 2020, incluant tous les cas de cancers cutanés confirmés histologiquement pris en charge dans notre service.

Résultats :

Durant la période d'étude, nous avons colligé 39 cancers cutanés retrouvés chez 28 patients. Une prédominance féminine était marquée avec une incidence de 53.5% et un sex ratio H/F de 0.86. La moyenne d'âge était de 52 ans avec des extrêmes allant de 13 ans à 89 ans. La plupart de nos patients étaient des agriculteurs. La notion de photosensibilité a été rapportée par 12 patients. Le xeroderma pigmentosum était noté chez 4 de nos patients.

Le délai entre l'apparition de la lésion tumorale et la consultation était compris entre 1 mois et 20 ans avec une médiane de 3 ans. La localisation des lésions était principalement au niveau des zones photoexposées, plus précisément au niveau de la face.

Le carcinome basocellulaire est la tumeur la plus fréquente avec une incidence de 38.5% suivi par le carcinome épidermoïde et le mycosis fongoïde avec une incidence de 15% pour chacun. Le mélanome venait en 4^{ème} position avec une incidence de 10.5% suivi par le lymphome B et le trichoblastome avec une incidence de 5% pour chaque type, et en dernier rang en retrouve l'Angiosarcome épithélioïde, le carcinome trichoblastique, le myxofibrosarcome et l'hémangioendothéliome rétifforme avec une incidence de 2.75% pour chacun.

Le carcinome basocellulaire nodulaire est le sous type le plus dominant avec une incidence de 73%, dont l'aspect dermoscopique a objectivé la présence d'une vascularisation en tronc d'arbre chez 45% des cas, des nids ovoïdes, des ulcérations centrales et des squames blanchâtres chez 28% des cas, des rosettes avec des piquetés hémorragiques chez 18% des cas et d'autres lésions ont montrées un aspect en roue denté en périphérie chez 9% des cas.



L'aspect dermoscopique d'un CBC pigmenté superficiel était en faveur d'un réseau pigmentaire inhomogène avec pigmentation excentrique et des squames blanchâtres, retrouvés chez 2 cas. En ce qui concerne le CBC métatypique, la dermoscopie a objectivée un fond orangé, des squames blanchâtres avec des croûtes mélicériques et d'autres hémorragiques chez 2 cas.

L'examen au dermoscope pour Le mycosis fongoïde au stade de plaque a montré des plaques hyperpigmentées mal limitées avec un aspect poivré par endroit; tandis que l'aspect du carcinome épidermoïde ulcéro-bourgeonnant était en faveur des ulcérations centrales avec un fond rose laiteux périphérique surmontés de squames blanchâtres et des vaisseaux en tronc d'arbre, retrouvés chez 3 cas.

La dermoscopie du mélanome de DUBREUILH a objectivé un pseudo réseau pigmentaire polygonal avec destruction des orifices pilaires, un voile bleu-gris et un aspect poivré. Concernant le mélanome unguéal, l'aspect dermoscopique était en faveur d'une pigmentation lobulaire avec signe de HUTCHINSON dermoscopique.

Le lymphome B centrofolliculaire a montré au dermoscopie une coloration érythémato-violette entourant les follicules pilo-sébacés parsemés de fines squames blanchâtres, retrouvé chez 1 seul patient. Alors que l'aspect dermoscopique de l'Angiosarcome épithélioïde était en faveur des mottes pourpres, des vaisseaux serpentins, des lignes blanches se croisant avec des zones sans structures, objectivé chez 1 seul patient.

Discussion :

Les cancers cutanées sont très fréquents, leur incidence ne cesse d'augmenter dans le monde entier, ceci serait dû au changement de l'hygiène de vie, au vieillissement de la population et à l'exposition solaire avec une augmentation plus lente mais significative de la mortalité.

La dermoscopie aide les cliniciens à différencier les lésions bénignes des lésions malignes grâce à la présence ou à l'absence de structures dermoscopiques spécifiques. Elle peut permettre de prédire certains résultats histologiques présents dans les cancers de la peau, aidant ainsi à sélectionner les options de gestion et de traitement pour certains types de cancers de la peau.

Cependant, la dermoscopie et l'histopathologie ne sont pas équivalentes. L'histopathologie reste le gold standard dans le diagnostic des cancers cutanés, elle évalue les coupes verticales des tissus, ce qui permet d'apprécier la profondeur de la lésion. A l'inverse, contrairement à l'histologie, qui évalue < 1% du volume total de la tumeur, la dermoscopie évalue toute la surface de la lésion dans le plan horizontal, mais uniquement à la profondeur du derme papillaire. La capacité d'évaluer la lésion dans le plan horizontal permet d'identifier certaines structures importantes pour le diagnostic, telles que les stries, qui ne sont pas couramment observées en histopathologie en coupe verticale. De plus, la dermoscopie est un examen non invasif, elle a l'avantage de permettre à l'observateur d'identifier les couleurs, ce qui peut s'avérer important pour poser un diagnostic. D'autres avantages de la dermoscopie incluent la capacité d'évaluer le contexte des lésions cutanées et de surveiller les lésions au fil du temps pour déterminer leur biologie et leur dynamique.

Conclusion :



La dermoscopie est un outil non invasif, idéal pour améliorer le diagnostic des cancers cutanés qui occupent une partie importante dans la pathologie cancéreuse partout au monde. Elle peut constituer un pont entre le clinicien et le pathologiste pour renforcer la corrélation clinicopathologique afin d'aboutir à un diagnostic précoce et une prise en charge rapide.

Références:

1. O. Yelamos and al. Usefulness of dermoscopy to improve the clinical and histopathologic diagnosis of skin cancers. J AM ACAD DERMATOL FEBRUARY 2019.
2. O. Yelamos and al. Dermoscopy and dermatopathology correlates of cutaneous neoplasms. J AM ACAD DERMATOL FEBRUARY 2019.
3. Centre international de Recherche sur le Cancer. Communiqué de PRESSE N° 263. 12 septembre 2018. https://www.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/09/pr263_F.pdf
4. Guillot B (2008) Dépistage et Cancers cutanés. Springer coll Dépistage et cancer

Description de l'aspect dermoscopique du dermatofibrosarcome de Darrier-Ferrand.

S.SEFRAOUI1, S.Aouali 1, S DIKHAYE1,2 N.ZIZI1,2

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

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

Introduction :

La dermoscopie fait partie intégrante de l'examen clinique, en effet elle a montré sa sensibilité dans le diagnostic des tumeurs pigmentées initialement puis dans toutes lésions cutanées notamment dans le diagnostic du dermatofibrosarcome de Darrier-Ferrand

Nous rapportons l'aspect clinique et dermoscopique d'un dermatofibrosarcome de Darrier-Ferrand.

Observation :

C'est un patient âgé de 45ans, sans antécédents pathologiques, ayant présenté l'examen clinique une masse érythémato-violacée, à surface lisse, ulcérée par endroit, de consistance dure faisant 8/6cm siégeant au niveau de la région sus-ombilicale évoluant depuis 4ans, non douloureuse, non prurigineuse.

La dermoscopie a mis en évidence un réseau pigmenté fin homogène, des aires blanches sans structure, des structures blanches brillantes, de petites ulcérations, des squames blanches fines quadrilatères, un fond rose, ainsi qu'une vascularisation en maille de filet, et d'autre en tronc d'arbre, tantôt flou, tantôt nette



L'étude anatomopathologique a révélé la présence d'une prolifération dermo-hypodermique faite de cellules fusiformes monomorphes exprimant l'anticorps anti CD34 et l'anticorps anti P53 compatible avec un dermatofibrosarcome de Darrier-Ferrand.

Le traitement était chirurgicale ayant nécessité des marges d'exérèses latérales de 5cm puis reconstruction secondaire.

Discussion :

Le DFS est une tumeur dermique mésenchymateuse de malignité intermédiaire, rare mais non exceptionnelle, représentant entre 0,1 % et 1 % des tumeurs cutanées malignes.

Le diagnostic clinique est difficile, au stade infiltratif, la lésion se présente comme une plaque indurée, à un stade plus avancé, la lésion réalise une masse multinodulaire plus ou moins douloureuse.

Les aspects dermoscopiques attribués à cette tumeur sont multiples, notamment le réseau pigmentaire, des structures blanches brillantes, des aires blanches ou brunes sans structures, la vascularisation en tronc d'arbre, aucune étude n'a révélé la présence d'ulcération ni de vascularisation en maille de filet.

Le diagnostic est histologique en présence de prolifération essentiellement dermique de cellules fusiformes, monomorphe, à noyaux allongés exprimant l'anticorps anti CD34.

Le traitement de référence fait appel à la chirurgie de Mohs ou conventionnelles.

Conclusion :

Plusieurs aspects dermoscopiques ont été observés dans le dermatofibrosarcome, mais aucun n'en est pathognomonique.

Référence :

N.Pinel et al. Dermatofibrosarcome : prise en charge .Bulletin du cancer. Aout.2018

D. El Amrani et al .Dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand, une tumeur cutanée particulière : à propos de 32cas et revue de la littérature. The Pan African Medical Journal.2014

J. Bernard. Dermoscopy of dermatofibrosarcoma protuberans : a study of 15 cases. British Journal of Dermatology.

Maladies infectieuses :

La pandémie COVID19 : Une flambée de l'automédication ?

S.Aouali (1); K.Sof (1); N.Zizi (1,2); S.Dikhaye (1,2)
(1) Service de Dermatologie- CHU Mohammed VI d'Oujda

(2) Groupe de travail sur le tégument - Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique



Introduction :

Aujourd'hui plus que jamais, le sujet de l'automédication suscite une grande attention. L'état d'urgence sanitaire et toutes les restrictions qu'il impose risquent de donner libre cours à cette pratique dangereuse.

L'objectif de notre étude est d'évaluer l'attitude des citoyens marocains face à l'automédication durant la pandémie COVID19.

Matériels et méthodes :

C'est une étude transversale descriptive, réalisée en Juin 2020.

Nous avons utilisé un questionnaire anonyme comportant 17 questions, que nous avons partagé sur des groupes marocains sur les réseaux sociaux.

Résultats :

Trois cents soixante dix internautes ont répondu au questionnaire, nous avons noté une nette prédominance féminine avec un sexe ratio Femme/Homme à 9. L'âge moyen était de 31 ans (17- 61 ans). 72,4% des participants avaient un problème dermatologique pendant le confinement, pour lequel ils n'étaient pas suivis auparavant. Ces motifs étaient dominés par l'eczéma de contact, les mycoses cutanées et unguéales, l'acné et les hyperpigmentations. La prise médicamenteuse était basée dans 30,2 % des cas sur l'avis du pharmacien, suivie par les recommandations sur les réseaux sociaux et les sites internet (23,6%). Les dermocorticoïdes, les crèmes antimycosiques et les rétinoïdes oraux constituaient les principaux traitements pris par automédication, à noter que les traitements topiques étaient plus utilisés que ceux par voie orale ou injectable.

Un soulagement était rapporté dans un tiers des cas, alors que 15% avait jugé que le traitement était inefficace.

Uniquement 16% des internautes ont bénéficié d'une consultation de télédermatologie, parmi eux 34,8% en étaient satisfaits.

69,6% des patients n'ont jamais pris un traitement par automédication avant le confinement.

Discussion :

La flambée de l'automédication a été initialement démasquée de façon flagrante par la demande irrationnelle quant au fameux hydroxychloroquine, mais ce n'était que la partie visible de l'iceberg.

La baisse importante de l'activité au sein des hôpitaux, et la délivrance de multiples traitements sans prescription médicale facilitent cette pratique.

L'automédication en dermatologie a été spécialement boosté par les recommandations sur les réseaux sociaux.

Les médicaments topiques et en chef de file les dermocorticoïdes constituent les traitements les plus utilisés par automédication dans notre échantillon, ce qui rejoint les résultats d'une étude française.

Bien que de nombreuses plateformes de télédermatologie ont été mises à disposition des citoyens durant cette crise sanitaire, peu de personnes se fient à cette nouvelle méthode consultation virtuelle.



Conclusion :

La pandémie COVID19 nous a mis face à de nombreux challenges, notamment gérer la crise de l'automédication tout en respectant la distanciation sociale, d'où l'intérêt de l'information et l'éducation sur les dangers de l'automédication, ainsi que l'adoption de la télémédecine étant une solution innovante qui répond aux exigences actuelles

Gomme cutanée révélant une tuberculose multifocale chez une immunocompétente

L. Zenjari, FZ. Elfatoiki, F. Hali, H. Skalli Dahbi, S. Chiheb

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

Introduction

La tuberculose multifocale est une forme rare de tuberculose, survenant généralement sur un terrain d'immunodépression. L'association à une forme cutanée est encore plus rare.

Nous rapportons un cas de gomme tuberculeuse révélant une tuberculose multifocale, chez une patiente immunocompétente.

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 58ans, sans antécédents particuliers, ni notion de contagio tuberculeux consultait pour une lésion gommeuse au niveau du creux poplité gauche évoluant depuis 4 mois. Elle ne présentait par ailleurs aucun autre signe fonctionnel accompagnateur.

L'examen retrouvait une lésion nodulaire fistulisée avec issue de liquide jaunâtre, au niveau du creux poplité. Le reste de l'examen somatique était sans particularités.

La numération formule sanguine, la vitesse de sédimentation, la glycémie à jeun ainsi que le bilan rénal et hépatique étaient sans anomalies. La biopsie cutanée a objectivé un granulome épithélio-giganto-cellulaire avec nécrose caséuse. La culture a isolé un bacille de Koch. La radiographie du genou gauche était sans anomalies.

L'intradermo-réaction à la tuberculine était légèrement positive. La radiographie thoracique complétée par une tomomodensitométrie thoracique et dorso-lombaire, ont retrouvé une lésion excavée lobaire supérieure droite, avec adénopathies médiastinales, abcès paravertébral et spondylodiscite L4-L5.

La sérologie HIV était négative.

Le diagnostic de tuberculose cutanée associée à une tuberculose pulmonaire et une spondylodiscite tuberculeuse, a été retenu.

La patiente a été mise sous traitement antituberculeux (rifampicine, isoniazide, pyrazinamide et éthambutol pendant 2 mois, puis rifampicine et isoniazide pendant 7 mois), avec cicatrisation clinique et amélioration radiologique de son atteinte pulmonaire et osseuse.

Discussion

La particularité de cette observation réside en la rareté de la tuberculose multifocale, et sa révélation par une gomme cutanée isolée. Sa survenue chez un sujet immunocompétent, sans aucun signe fonctionnel est particulière.

Un traitement bien conduit, démarré précocement, permet dans la majorité des cas une évolution favorable.



Un cas de paralysie faciale périphérique d'origine zostérienne

A. Bahi ; S. Amal ; O. Hocar

Service de dermatologie et vénéréologie

CHU Mohammed VI- Université Cadi Ayyad de Marrakech- Maroc

Introduction :

Zona : Infection aiguë correspondant à la réactivation des VZV restés latents dans les ganglions sensitifs annexés à la moelle épinière. Il s'exprime sous forme de lésions érythémateuses puis vésiculeuses siégeant sur le trajet d'une racine nerveuse : 1 métamère ou plusieurs métamères contigus. La localisation unilatérale et l'aspect vésiculeux sont caractéristiques, avec groupement en bouquet puis en bulles polycycliques confluentes des vésicules. Ces éléments cicatrisent en 2 semaines. Les principales complications sont des douleurs névralgiques, dont l'incidence augmente avec l'âge.

Observation :

Elle s'agit d'un homme âgé de 54 ans, diabétiques sous ADO, qui a rapporté la notion d'éruption vésiculeuse durant son enfance (varicelle). Le patient a rapporté le début des symptômes 4 jours avant sa consultation avec l'installation d'une paralysie faciale aiguë 2 jours après l'éruption. L'examen clinique dermatologique a objectivé une éruption érythémato vésiculeuse dans le territoire du nerf facial (mandibule, oreille externe, le conduit auditif externe, la lèvre inférieure et la région temporale) sans aucune atteinte buccale. Par ailleurs, le patient a rapporté des vertiges, des nausées avec une paralysie faciale périphérique. Un avis ORL n'a pas montré de trouble de l'audition. Les examens biologiques avec la tomodensitométrie n'ont pas montré de particularités. Le patient a été hospitalisé au service d'oto rhino laryngologie. la sérologie du VIH était négative. Le patient a été mis sous acyclovir par voie parentérale pendant 7 jours, la corticothérapie 2mg/kg/jr pendant une durée fixe de 7 jours avec des antibiotiques topiques pour les lésions crouteuses et un traitement antalgique. L'évolution a été marquée par une amélioration sur le plan clinique des lésions cutanées et une amélioration plus tard pour la paralysie faciale périphérique.

Discussion : Le syndrome de ramsay hunt est une infection à herpès zoster localisée impliquant le septième nerf et les ganglions géniculés, entraînant une perte auditive, des vertiges et une paralysie du nerf facial et reste l'une des principales causes de paralysie faciale périphérique atraumatique. Les états d'immunodéficience en particulier l'infection à VIH doivent être envisagés en particulier chez les patients plus jeunes, les cas graves et les sujets ayant des comportements à risque spécifique. Chez notre patient, la sérologie du VIH était négative.

Conclusion :

une réactivation du virus varicelle zona au niveau des cellules ganglionnaires



sensitives du nerf facial chez des patients ayant présenté une primo-infection de varicelle est responsable du syndrome de Ramsay Hunt. Il se manifeste par des lésions cutanées de la zone sensitive de Ramsay-Hunt, une paralysie faciale périphérique, et des signes audio-vestibulaires. Le pronostic est le plus souvent bon sous traitement anti-viral bien conduit.

Mot clé : Zona, paralysie faciale, Syndrome de Ramsay Hunt.

LEISHMANIOSES CUTANEE DIFFUSES TRAITÉES PAR FLUCONAZOLE

H.ABURABIE 1, A.KHOUNA 1, H.DAFLAOUI 1, N.ZIZI 1, 2, S.DIKHAYE1, 2

1-Service de dermatologie, CHU Mohammed VI d'Oujda, Oujda, Maroc.

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

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

Introduction :

La leishmaniose cutanée (LC) est une infection cutanée provoquée par un parasite unicellulaire qui est transmis par des piqûres de phlébotome. La leishmaniose cutanée diffuse (LCD) représente la forme grave, avec des nodules disséminés sur le corps, récidivante et rebelle au traitement. Vu la toxicité des dérivés d'antimoine et les résultats encourageants d'une étude saoudienne et de quelques séries de cas évaluant l'efficacité du fluconazole per os sur la leishmaniose cutanée on a proposé ce traitement en première intention chez 3 patients.

Matériels et Méthodes :

Etude prospective monocentrique réalisée au service de Dermatologie.

Trois patients ont été inclus dans l'étude.

Cas rapportés: Il s'agissait de trois patients, deux hommes et une femme, âgés respectivement de 37, 43 ans et 40 ans. Les trois avaient une notion de séjour dans une zone d'endémie de leishmaniose.

Ils se sont présentés en consultation pour des plaques ovalaires érythémateuses verruqueuses indolores et légèrement prurigineuses surmontées par endroit de croûtes tantôt brunâtre tantôt jaunâtre du visage, suivies quelques semaines plus tard par l'apparition de multiples papulo-nodules au niveau des 4 membres. Le frottis a mis en évidence des corps de leishman. La décision thérapeutique était de mettre les trois patients sous fluconazole 200mg/J jusqu'à cicatrisation totale des lésions, avec une surveillance rapprochée de la NFS et de la fonction hépatique.

L'évolution était marquée par un blanchiment total, avec persistance de quelques lésions hyperpigmentées cicatricielles. La durée du traitement était de 3 mois chez la première patiente, de 04 mois chez le 2^{ème} patient. Et de 6 mois chez le 3^{ème} patient. Aucun effet indésirable n'a été noté avec un recul de 02 mois chez le 3^{ème} patient, 06 mois chez le 2^{ème} patient et de 14 mois chez la 1^{ère} patiente sans récurrences.

Discussion :

La LC se présente souvent sous forme de lésion ulcéreuse unique ou peu nombreuses douloureuses à bordures surélevées. Cependant d'autres formes cliniques plus sévères ont été



décrites. La leishmaniose cutanée diffuse est caractérisée par un défaut de réponse immune et les nombreux macrophages sont pleins d'amastigotes avec une faible réaction cellulaire lymphocytaire environnante. Elle débute par un nodule unique non ulcéré, le plus souvent à la face, qui est suivi par l'apparition extensive de multiples macules, papules, nodules, plaques, et par une infiltration diffuse de la peau, surtout des faces d'extension des membres et du visage. Après des résultats encourageants d'une étude saoudienne publiée en 2001 évaluant l'efficacité du fluconazole per os dans la leishmaniose cutanée, plusieurs auteurs ont proposés ce traitement en première ligne. Plusieurs protocoles ont été publiés dont le plus répondu était fluconazole 200mg/j pendant 6 semaines. Vu la multiplicité des lésions et le risque de récurrence, on avait décidé de traiter nos patients jusqu'à cicatrisation totale des lésions, avec une surveillance rapprochée de la fonction hépatique. L'évolution était marquée par un blanchiment total au pris des cicatrices hyperpigmentées. Aucun effet indésirable n'a été notifié chez nos patients.

Conclusion :

Ces nouvelles observations montrent que le fluconazole 200mg/j jusqu'à cicatrisation complète est efficace et bien toléré dans le traitement de la leishmaniose cutanée dans sa forme diffuse. Ce protocole peut donc être proposé en première ligne dans les formes diffuses.

Activités d'un service de dermatologie à l'ère du COVID 19 :

-Expérience d'un centre hospitalier universitaire marocain-
S.Bouabdella 1 ; K.Sof 1 ; S.Aouali 1 ; N.Zizi 1,2 ; S.Dikhaye 1,2.

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

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

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

Introduction :

Le monde a connu une nouvelle pandémie causée par le SARS-Cov2 responsable d'une pathologie nommée la COVID 19. Comme plusieurs hôpitaux dans le monde, notre service a dû faire face aux nouvelles conditions de travail. Le but de cette étude est de décrire les activités de notre service de Dermatologie durant la période de confinement.

Matériel et méthodes :

C'est une étude transversale descriptive réalisée en Juin 2020. Nous avons utilisé un questionnaire comportant 16 questions destiné aux résidents en dermatologie du CHU Mohammed VI d'Oujda ayant effectué les gardes du 20 Mars 2020 au 10 Juin 2020.

Résultats :

Le 18 mars 2020, le service de dermatologie du CHU Mohammed VI a interrompu ses activités. Les hospitalisations programmées ont été suspendus tout en gardant la prise en charge des cas urgents.

Deux patients en moyenne étaient vu quotidiennement aux urgences. Soixante pour cent des patients se présentaient pour une pathologie infectieuse et trente pour cent pour une pathologie inflammatoire. Le Zona était la pathologie la plus fréquemment observée avec un pourcentage de 35% en moyenne, suivie des dermo-hypodermes infectieuses non nécrosantes avec un pourcentage de 28%. Nous étions sollicités pour trois avis interservices en moyenne par jour. Durant cette période, nous avons hospitalisé 10 patients avec une durée moyenne d'hospitalisation de 17 jours. La pathologie la plus fréquente chez les patients hospitalisés est les dermatoses bulleuses. Nous avons continué les activités d'hôpital du jour :



nous recevions trois à cinq patients par semaine, soit pour l'administration de leur traitement, notamment les thérapies ciblées qui ont été maintenues en dehors du Rituximab, pour des soins ou pour des biopsies cutanées. La consultation était assurée par télé-médecine et en moyenne, vingt-deux patients étaient contactés de façon hebdomadaire. L'effectif du personnel durant cette période a été réduit, une partie de notre équipe médicale et paramédicale était assignée à soigner les patients atteints de COVID-19. Le personnel exerçant respectait les mesures de protection. La formation des résidents a pu être poursuivie grâce à des meetings, visites et cours en ligne organisés quotidiennement sur la plateforme Zoom®.

Discussion :

Plusieurs services et centres dermatologiques ont partagé leur expérience durant cette pandémie suivant différentes stratégies afin d'assurer la continuité de la prise en charge des patients dermatologiques [1].

Érythème polymorphe mineur et infection à Chlamydia pneumoniae –

H. Douma, M. Sidki, O. Hocar; S. Amal
Service de dermatologie et vénérologie
CHU Mohammed VI- Marrakech- Maroc
Laboratoire Biosciences et santé

Faculté de médecine et de pharmacie - université Cadi Ayyad

Introduction :

L'érythème polymorphe post infectieux est un syndrome éruptif aigu peu fréquent chez l'enfant, et caractérisé par l'aspect de ces lésions, en cocarde.

Il est le plus souvent associé à une infection à Herpes simplex virus ou à Mycoplasma pneumoniae. Nous rapportons l'observation originale d'un cas d'érythème polymorphe secondaire à une infection par Chlamydia pneumoniae.

Observation :

Un enfant de 8 ans, sans ATCDs pathologiques particuliers, consulte aux urgences pédiatriques pour la prise en charge d'une éruption cutanée faite de lésions en cocarde sans atteinte des muqueuses (buccale et génitale) évoluant dans un contexte de toux sèche fébrile sans notion de contact avec un cas COVID positif. Différents agents bactériens (Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae) et viraux étaient suspectés, la radio thorax a montré : un syndrome interstitiel bilatéral mais seule la sérologie de Chlamydia pneumoniae était positive en IgM à 139 UI et IgG à 71 UI.

L'évolution du malade était favorable en quelques jours avec un traitement symptomatique (réhydratation, préparation magistrale : dermocorticoïde et émollient) et à visée étiologique (azithromycine DP : 1DP/j pendant 03 jours).

Conclusion :

L'existence d'une éruption cutanée généralisée faite de cocardes typiques sans lésions muqueuses génitales et buccales nous a fait retenir le diagnostic d'érythème polymorphe mineur.

Une toxidermie a pu être éliminée. La sérologie de Chlamydia pneumoniae était positive à j 3 de l'éruption, permettant de retenir le diagnostic d'érythème polymorphe secondaire à une infection à Chlamydia pneumoniae.

Le patient a été mis sous traitement symptomatique et étiologique avec une bonne évolution

clinique.

La lèpre au Maroc : Une pathologie toujours d'actualité

S.Rabba (1), H.Dahbi Skalli(1), F.Marnissi(2), S.Chiheb(1)

1: Service de dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

2: Service d'anatomopathologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction :

La lèpre est une maladie infectieuse d'origine Mycobacterium leprae, atteignant préférentiellement la peau et certains nerfs périphériques. Elle est source majeure d'invalidités et de désinsertion socioprofessionnelle. L'objectif de notre étude était de décrire certaines présentations quelquefois peu communes de lèpre.

Matériels et Méthodes :

Nous avons colligé quatre cas de lèpre confirmée, enregistrés entre Janvier 2015 et Décembre 2019 au service de dermatologie et vénéréologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca.

Résultats :

L'âge moyen était de 28 ans [80-18], dont 03 de sexe masculin. Une lèpre lépromateuse a été diagnostiquée dans 2 cas, une lèpre tuberculoïde dans 01 cas, et un érythème noueux lépreux dans 01 cas. Les manifestations dermatologiques étaient variables à type de faciès léonin, de macules hypochromiques hypoesthésiques, de papules érythémato-violacées et de mal perforant plantaire. En revanche, un de nos patients présentait un profil clinique mimant une vascularite. Il s'agissait de placards purpuriques symétriques à disposition acrale suivis de l'apparition de bulles à contenu sérohématique. Concernant l'atteinte neurologique, les manifestations retrouvées étaient à type de steppage bilatéral, d'anesthésie en chaussette et en gants, de "griffe cubitale" ainsi que d'hypertrophie en regard du trajet des 2 nerfs médians. Le frottis du suc dermique était positif pour tous nos patients. L'histologie a confirmé le diagnostic de lèpre. Tous les patients ont reçu une polychimiothérapie, tandis que pour l'érythème noueux, une corticothérapie a été associée (40mg/jour).

Discussion :

Le Maroc a enregistré 21 nouveaux cas de lèpre en 2018 (19 multibacillaires et 2 paucibacillaires). La symptomatologie clinique de la lèpre est polymorphe et en grande partie conditionnée par les modalités de réponse du système immunitaire à médiation cellulaire. À côté des manifestations classiques, il existe des formes cliniquement peu évocatrices de lèpre. Les signes extra-cutanés notamment ostéo-articulaires, sensoriels, et viscéraux se rencontrent dans les formes évoluées ou dans les épisodes réactionnels. Un frottis cutané des lésions permet d'évaluer la charge

bactérienne (faible ou nulle dans la lèpre tuberculoïde et importante dans la lèpre lépromateuse). Le traitement repose sur la polychimiothérapie à base de Rifampicine, Clofazimine et Dapsone pour une durée de 2 à 5 ans. L'administration de Corticoïdes, de Thalidomide, de Panthoxyfylline ou parfois

même le recours à la neurolyse chirurgicale sont réservés aux états réactionnels notamment l'érythème noueux lépreux. Le traitement est efficace s'il est prescrit suffisamment tôt.

Varicelle et zona concomitant chez un enfant immunocompétent

S.Rabba/FZ.El Fetoiki/F.Hali/H.Dahbi Skalli/S.Chiheb

Introduction :

La varicelle est une maladie infantile mondialement répandue responsable d'une infection primaire pouvant conduire à une réactivation ultérieure (zona). L'apparition simultanée de la varicelle et du zona est exceptionnelle. Nous vous présentons un garçon immunocompétent de 14 ans admis pour varicelle et zona simultanés.

Observation :

Enfant de 14 ans, sans antécédents médicaux ou familiaux notables, a présenté une éruption métamérique zostérisiforme douloureuse en région scrotale, avec œdème progressif, précédé de quelques jours par une fièvre et des douleurs névritiques dans la région affectée. Cinq jours plus tard, il a développé une éruption varicelleuse "authentique" avec prurit. L'éruption était généralisée, éparse sur le visage, prédominant au tronc et membres. Les lésions étaient d'âge différent : de la vésiculation à la formation de croûtes. Les examens neurologique et pulmonaire n'ont pas montré de signe de gravité. L'échographie scrotale a révélé une orchépididymite. Le bilan biologique n'a pas objectivé de stigmates d'immunodépression. Les lésions de varicelle ont disparu après une semaine de traitement par Acyclovir intraveineux associé à des analgésiques, tandis que la guérison de l'éruption zostérisiforme a nécessité quelques jours supplémentaires.

Discussion :

L'infection primaire par la varicelle provoque une infection latente au niveau des ganglions sensoriels. La réactivation (zona) n'est pas fréquente dans l'enfance, excepté chez les personnes infectées in-utéro ou pendant la première année de vie. L'intervalle de temps médian entre la contraction de la varicelle et le zona est de 4 ans (1-7 ans). Dans notre cas, le virus présentait un comportement atypique avec des caractéristiques neurotropes et dermatotropes simultanées. En outre, le zona implique le plus souvent des dermatomes thoraciques chez les enfants, ce qui rajoute plus d'originalité à notre cas qui présentait une éruption cutanée lombosacrée. L'administration précoce de l'acyclovir est recommandée pour atténuer la douleur associée au zona.

Conclusion :

Dans l'ensemble, le patient présenté est un garçon de 14 ans qui a présenté simultanément une éruption typique de varicelle et des manifestations dermatologiques typiques de zona, ce qui est rare du point de vue de l'âge, du statut immunitaire et du dermatome atteint.

En 2020 : qu'en est-il de la lèpre lépromateuse

Siham boularbah, Hanane Baybay, Sara Elloudi, Douhi Zakia ; Fatima Zahra Mernissi

Introduction

La lèpre est une maladie infectieuse chronique due au bacille du Hanson avec tropisme principalement la peau et les nerfs périphériques.

La forme lèpre lépromateuse traduit incapacité total et définitive des réponses immunitaires vis-à-vis bacille du Hanson responsable de la multiplication et dissémination du bacille dans l'organisme.

Au Maroc grâce au effort est fourni depuis plusieurs décennies ; notre pays a atteint l'objectif d'élimination de la lèpre en tant que problème de la santé publique en 1991

Objectifs Analyser la tendance de la détection des nouveaux cas de lèpre durant la période 2019-2020 à travers une série au CHU Fès et travers les cas nationaux de la lèpre et générer une hypothèse envers les facteurs favorisant l'abondance de la forme lèpre lépromateuse au Maroc.

Matériel et méthode

Une étude rétro prospective a été réalisée au service de dermatologie du CHU Hassan II Fès et à travers des cas nationaux de la lèpre enregistrer au service dermatologique et division des maladies transmissibles ; durant la période 2019 -2020.

Résultat

Nous avons colligé au totale au CHU Fès et au service d'unité épidémiologique 19 cas : sexe masculin ; Age moyen des patient : ans ; ATCD familiaux de la lèpre est présentée chez 75 % ; forme lèpre multibacillaire chez 90% ; forme paucibacillaire chez 10.

Le traitement ciblait est la chimiothérapie.

Discussion

L'analyse de taux de détection de lèpre lépromateux observé au Maroc a montré une réduction significative : le nombre du nouveau cas de lèpre détecté est passé de 61 cas en 2000 a 19 cas en 2019-2020 ; avec prédominance du forme multi bacillaire.

Aujourd'hui la situation épidémiologique au Maroc confirme la tendance à baisser le nombre de nouveau cas détecté

La prédisposition génétique a cette maladie fait que les nouveaux cas diagnostiqués ont soit un contact familial lépreux (dont plus de 50 ou vivent dans les localisations endémiques d'où l'intérêt de la surveillance des contacts.

Conclusion

notre étude a montré que la détection de la lèpre tend de plus en plus vers la forme multi bacillaire qui est une forme la plus contagieuse ; les contacts des cas du lèpre sont considéré principale source d'infection.

Herpès ophtalmique compliqué de cellulite orbitaire

Dr .K. OUJENNANE, Pr.S.AMAL , Pr .O.HOCAR .

Dermatologie, CHU Mohamed VI, Laboratoire biosciences et santé, Faculté de médecine et de



pharmacie

Introduction :

Les cellulites orbitaires sont définies par la présence d'une tuméfaction orbitaire aiguë inflammatoire d'origine infectieuse, elle est rare chez l'enfant mais potentiellement grave [1,2, 3, 4], l'origine bactérienne est la plus fréquente ; la cause herpétique est exceptionnelle

Patients et Méthodes :

Nous rapportons l'observation d'un cas de herpes ophtalmique compliqué de cellulite orbitaire préseptale.

Résultats :

Il s'agit de l'enfant D.J âgé de 6 ans, n'ayant pas d'antécédents pathologique particuliers, qui a consulté en urgence pour un œil gauche rouge et douloureux depuis 2 jours dans un contexte de fièvre non chiffrée. L'examen clinique a objectivé une éruption vésiculeuse et un érythème et œdème des paupières; l'examen ophtalmologique a révélé une conjonctivite tarsale gauche avec les infiltrats blanchâtres, l'examen ORL était sans particularité. La TDM crânio-orbitaire a révélé une cellulite préseptale gauche sans collection à gauche. Le patient a bénéficié d'une bi-antibiothérapie et Aciclovir par voie injectable à raison de 10mg/kg/8h.

L'évolution est marquée par la régression de l'œdème palpébral et la disparition des signes cutanés.

Discussion :

Les cellulites orbitaires sont le plus souvent d'origine sinusienne [5,6, 7]. Elles se développent soit par contiguïté, soit par voie hématogène en empruntant les trajets veineux [8, 9]. La bactériologie des cellulites orbitaires dépend de la forme clinique, de la porte d'entrée et de l'âge et le terrain de l'enfant. Les germes les plus souvent retrouvés sont surtout : les Staphylocoques, les Streptocoques, les anaérobies et dans de rares

situations l'*Haemophilus influenzae* dont l'incidence a diminué de façon drastique grâce à la généralisation des vaccins [10, 11]. L'herpès et le zona palpébral peuvent également se rencontrer : le virus de l'herpès peut être à l'origine d'une blépharite qui peut se compliquer de cellulite orbitaire. L'atteinte oculaire à herpes simplex se caractérise par des vésicules de quelques millimètres regroupées sur une base érythémateuse, qui ne suivent pas un dermatome et peuvent traverser la ligne médiane (contrairement aux lésions du zona) ; le tableau d'une conjonctivite ou d'une kératite est aussi fréquent [12]

Conclusion :

Les cellulites orbitaires de l'enfant sont rares mais potentiellement graves, dont l'étiologie est dominée par les

sinusites. L'origine herpétique est rare elle doit être suspectée devant tout œdème et érythème palpébral avec

une éruption vésiculeuse qui ne respecte pas un dermatome. Son diagnostic est essentiellement clinique et son

traitement repose sur l'association d'antiviral et antibiotique.



Éruptions cutanées chez des patients covid-19 positifs : à propos de trois cas.

S.Belanouane 1 , H. Pangui 2 , I.Jabrane 3 , F.Hali 1 , S. Chiheb 1 , H.Filali 3 , A.Chadli 2
1 Service de dermatologie, 2 Service d'endocrinologie, 3 Service de Pharmacovigilance,
CHU IBN ROCHD, casablanca, Maroc

Introduction :

Les diverses manifestations cutanées liées au COVID-19 connues à ce jour peuvent être scindées en 4 groupes : les éruptions para-virales, les toxidermies liées aux traitements, l'aggravation des dermatoses sous-jacentes et les dermatoses de contact. On rapporte une série de trois cas d'éruptions cutanées survenues après le diagnostic de la covid-19.

Observations : Cas 1 : patiente âgée de 55 ans, admise le 13/05/2020 au service d'isolement pour Covid-19 confirmée par PCR, une atteinte pulmonaire étendue au scanner, une leucopénie à 2580, une LDH à 300. Patiente mise sous hydroxychloroquine, azithromycine, HBPM et une corticothérapie per os avec bonne évolution en 15 jours. Trois semaines après, la patiente a présenté une dyspnée avec un exanthème maculopapuleux violacé prurigineux généralisé, et un aspect livedo-like au niveau des jambes. L'histologie a révélé une infiltration lymphocytaire et éosinophilique avec œdème du derme supérieur. L'évolution était favorable en 10 jours avec persistance des lésions livedo-like. L'étude pharmacologique a révélé une imputabilité d'I3B4 pour l'hydroxychloroquine, et d'I2B4 pour l'azithromycine. Cas 2 : patiente âgée de 57 ans, admise le 19/04/2020 pour covid-19 confirmée par PCR sans atteinte pulmonaire, ayant reçu le même traitement précédent, avait développée après trois semaines, un rash maculopapuleux purpurique prurigineux douloureux touchant 60% de la surface corporelle avec une lymphopénie à 940. L'évolution était favorable. Cas 3 : patiente ayant comme antécédent une HTA sous bêtabloquant depuis 10 ans, admise le 16/05/2020 pour covid-19, sur PCR positive traitée selon le même protocole précité, avait développé à J16 un rash maculopapuleux prurigineux généralisé, avec évolution favorable en une semaine. L'étude pharmacologique a révélé un score d'imputabilité d'I5B4 pour l'hydroxychloroquine.

Discussion :

Recalcati rapporte que 20,4% des patients covid-19 présentent des éruptions cutanées. Suchonwanit et al divisent ces éruptions en un groupe d'exanthèmes viraux secondaires et un deuxième de vasculopathies thrombotiques. Parmi les hypothèses avancées, une élévation du taux des cytokines pro-inflammatoires, une activation du complément, une coagulabilité inhabituelle confirmée par une prévalence de 11 % d'embolie pulmonaire chez les patients COVID-19 hospitalisés. Zhang et al. rapportent un syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse chez 11,4 % d'une série de 140 patients. Une étude de notre service concernant les toxidermies sur 10 ans n'a pas révélé d'imputabilité de l'hydroxychloroquine. Chez nos patientes, cette éventualité malgré sa possibilité reste donc peu probable. Jimenez-Cauche précise que les éruptions paravirales liées au covid-19 sont difficiles à distinguer des toxidermies.

Des études de ces exanthèmes avec biopsie et PCR sont souhaitables pour décider s'il s'agit d'une manifestation post-infectieuse de ce virus ou d'une toxidermie.

Exanthème maculo-papuleux entrant dans le cadre d'une infection

Covid 19 d'évolution rapidement fatale.

N.Elaattoul 1 , K.Kandri Rody 1 , FZ. Amakha 1 , B.Admou 4 , N.Soraa 3 , A.Samkaoui 2 ,

O.Hocar 1 , S.Amal 1

1 Dermatologie-Vénérologie, 2 Anesthésie-Réanimation, 3 Laboratoire de Microbiologie, 4Laboratoire d'Immunologie, CHU Mohamed VI Marrakech, Laboratoire Biosciences et Santé, Faculté de Medecine et de Pharmacie, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Introduction :

Nous rapportons une observation d'une patiente présentant un exanthème maculo-papuleux dans le cadre d'une infection Covid 19 d'évolution fatale ayant posé un problème diagnostique.

Observation :

Patiente âgée de 28 ans, sans antécédents notables, sans notion de prise médicamenteuse, admise en unité Covid 19 pour des douleurs thoraciques et vomissements évoluant depuis 4 jours dans un contexte d'asthénie, de myalgies et de fièvre. L'examen clinique notait la présence d'un exanthème maculo-papuleux infiltré, purpurique avec atteinte des extrémités, d'une conjonctivite et d'un énanthème. La PCR SARS-COV2 sur deux prélèvement naso-pharyngé et sur un lavage broncho-alvéolaire était négative. Le test rapide Covid 19 révélait des IgG positifs, IgM négatif. La tomodensitométrie thoracique montrait un foyer de condensation latéro-basal gauche sans signes scannographiques de Covid 19. L'échographie cardiaque mettait en évidence une myocardiopathie hypokinétique. La biologie montrait une hyperleucocytose à prédominance neutrophile, une lymphopénie à 420/mm³ et une CRP à 200 mg/l. Au troisième jour d'hospitalisation, la patiente présentait une détresse respiratoire aigue motivant son transfert en réanimation.

La biologie de contrôle montrait la persistance de la lymphopénie, un syndrome inflammatoire avec hyperferritinémie 3800ng/ml, une CRP à 480 mg/l, une

insuffisance hépatique aigue avec des enzymes hépatiques à 45 fois la normale et un taux de prothrombine bas. Les troponines, les D-dimères, la procalcitonine et le dosage des interleukines 6 étaient également augmentés. Les hémocultures étaient stériles. Les sérologies virales et le bilan immunologique étaient négatifs.



Le diagnostic retenu était un syndrome d'activation macrophagique sur une infection Covid 19 très probable. La patiente était mise sous antibiothérapie et bolus de méthylprédnisolone. L'évolution était rapidement fatale dans un tableau de défaillance multi-viscérale

Discussion :

L'infection au COVID-19 est une maladie complexe décrivant des phases virale, inflammatoire et thrombotique. Chez certains cas, l'inefficacité de la réponse immunitaire initiale entraîne une amplification de la réponse inflammatoire autour du huitième jour via une hyper-sécrétion de cytokines (IL2, IL6, IL7, IL10 et TNF α). Ce phénomène se manifeste par une fièvre élevée, une augmentation des besoins en oxygène, des perturbations biologiques et une atteinte multi-systémique. Les manifestations cutanées au cours du covid 19 sont très variées et non spécifiques. Les exanthèmes maculo-papuleux constituent le signe dermatologique le plus fréquent.

Conclusion :

Le Covid 19 est un virus encore mystérieux, à l'origine de tableaux cliniques et biologiques polymorphes, notre observation illustre la difficulté diagnostique en particulier en cas de négativité de la PCR.

Infection cutané au Saccharomyces cérévisiae chez une patiente

immunocompétente

S. Belmourida, H. Palamino, M. Meziane, N. Ismaili, L. Benzekri, K.

Senouci

Service de Dermatologie et de Vénérologie, CHU Avicenne, Rabat

Introduction :

Le Saccharomyces cerevisiae est une levure omniprésente utilisée comme un probiotique pour la prophylaxie de la diarrhée associée aux antibiotiques [1]. Il fait partie de la flore normale des voies buccales, gastro-intestinales et respiratoires et de la muqueuse vaginale [2]. Des infections opportunistes graves dues à S. cerevisiae ont été rapportées chez des patients avec un terrain d'immunosuppression présentant une fongémie, une endocardite, une pneumonie, une infection urinaire [3].

Ici, nous décrivons le premier cas dans la littérature d'une infection cutanée au S. cérévisiae chez une patiente immunocompétente.



Observation :

Patiente de 72 ans, sans antécédents particuliers, présentait depuis 5 ans des lésions cutanées prurigineuses évoluant dans un contexte de conservation d'état général et d'apyrexie. L'examen cutané objectivait des lésions érythémato-maculo-papuleuses, annulaires finement squameuses et infiltrées diffuses sur tout le corps sans atteinte des muqueuses ou des phanères associée, les aires ganglionnaires étaient libres et le reste de l'examen somatique était sans particularité. La patiente avait été traitée à plusieurs reprises par des antifongiques par voie topique et orale, des dermocorticoïdes mais sans aucune amélioration. L'exploration biologique n'avait pas objectivé d'immunodépression, deux prélèvements mycologiques des lésions cutanées objectivaient la présence d'un *Saccharomyces cerevisiae*. Malheureusement, la malade était sortie contre avis médical et perdue de vue sans traitement.

Discussion :

Le genre *Saccharomyces* comprend plusieurs espèces, la plus connue étant *S. cerevisiae*. (36, 44, 48, 57). L'identification de *S. cerevisiae* en laboratoire n'est pas problématique et est généralement basée sur la morphologie de la levure, son modèle de croissance et des études biochimiques [10]. *S. cerevisiae* est un colonisateur commun des surfaces muqueuses et une partie de la flore normale du tractus gastro-intestinal, du tractus respiratoire, et du vagin [59]. La transmission acquise à l'hôpital a été démontrée [3, 36, 45, 59], et la transmission de l'environnement et la transmission de personne à personne sont possibles [45, 52, 60]. Le traitement de choix n'a pas été établi, le *S. cerevisiae* est constamment sensible à l'amphotéricine B, au flouocytosine, alors que des résistances au fluconazole et à l'itraconazole ont été notées. (41, 52, 79, 80) Le premier cas de *S. cerevisiae* avait été rapporté en 1970 chez un patient présentant une valvulaire prothétique [10], et notre revue de la littérature objective une augmentation du nombre de cas rapportés au cours de la dernière décennie. Les autres cas rapportés essentiellement chez des patients immunodéprimés incluent surtout la fongémie, la pneumonie, l'endocardite, les infections urinaires et la vaginite (3). L'infection cutanée par le *S. cerevisiae* a été rapportée en 1997 chez un jeune patient neutropénique présentant une leucémie aiguë myéloïde. (81) Pour notre cas, il s'agit du premier cas de *S. cerevisiae* objectivé chez une patiente immunocompétente et le deuxième d'une infection cutanée dans la littérature. L'immunodépression chez notre patiente pourrait être expliquée par l'âge avancé mais est-ce qu'elle est nécessaire pour l'infection cutanée du *S. cerevisiae* ? Des études seraient nécessaires pour élucider les mécanismes physiopathologiques de cette infection.

Conclusion :

L'infection cutanée au *S. cerevisiae* reste à ce jour exceptionnelle, mais il est préférable de réaliser un prélèvement mycologique avec culture devant des lésions annulaires résistantes aux traitements habituels surtout chez un sujet âgé.

La tuberculose cutanée : toujours un problème de santé publique au Maroc

K.Kandri Rody, Z.Rachadi, N.Akhdari, O.Hocar, S.Amal
Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Mohammed VI – Marrakech

Université Cadi-Ayyad-Marrakech, Maroc

Introduction:

Le Maroc est un pays d'endémie tuberculeuse où l'atteinte pulmonaire occupe la première place. La localisation cutanée représente 2 % des localisations extrapulmonaires de la tuberculose. Son diagnostic est difficile à établir en raison du polymorphisme des tableaux anatomocliniques et de la multiplicité des diagnostics différentiels. L'objectif de ce travail était de tracer les caractéristiques épidémiocliniques de la tuberculose cutanée dans notre service.

Matériel et méthodes:

Nous avons mené une étude rétrospective sur une période de 9 ans (janvier 2011–Janvier 2020) portant sur l'ensemble des cas de tuberculose cutanée colligés au service de dermatologie du CHU Mohammed VI de Marrakech. Le diagnostic était établi grâce à la confrontation de données cliniques, immunologiques, histologiques et évolutives.

Résultats:

Nous avons recensé 36 cas de tuberculose cutanée. L'âge moyen était de 34 ans (4–80 ans) dont 4 enfants avec des extrêmes de 4 à 11 ans. Le sex-ratio (H/F) était de 2,6. La majorité de nos patients provenaient des zones rurales et avaient un bas niveau socioéconomique (98 %). La notion de contagion tuberculeuse était présente à l'anamnèse chez cinq patients. Trois patients étaient diabétiques et six avaient un antécédent de tuberculose pulmonaire et un seul des antécédents de tuberculose ganglionnaire. Aucun cas de d'infection par le VIH n'a été identifié. Les formes cliniques se répartissaient comme suit : 17 cas de scrofulodermes, 9 cas de gommes, 5 cas de tuberculose multifocale, 1 chancre tuberculeux, un cas d'association tuberculose gommeuse et scrofuloderme, 2 cas de lupus tuberculeux et un cas de tuberculose verruqueuse associée à une leishmaniose. L'intradermoréaction était positive dans 26 cas. À l'histologie, le granulome était visualisé dans 86% des cas avec ou sans nécrose caséuse. Les localisations viscérales associées ont été trouvées dans 5 cas (14 %). Tous les malades ont été mis sous traitement anti-bacillaire. L'évolution était favorable dans 90 % des cas avec cicatrisation des lésions. 4 cas ont été perdus de vue.

Discussion:

Nos résultats concordent avec ceux des autres séries marocaines et tunisiennes concernant le jeune âge des patients et la répartition des formes cliniques, majoritairement les lésions gommeuses et scrofulodermes. Ce profil

diffère fortement de celui trouvé dans les séries françaises, où l'âge était plus avancé et le lupus vulgaire et l'érythème induré de Bazin étaient prédominants.

Conclusion:

Malgré la généralisation des moyens de lutte, la tuberculose sévit toujours à

l'état endémique dans les pays en voie de développement, en particulier au Maroc. L'amélioration des conditions de vie ainsi que la mise en place d'une démarche de lutte anti-tuberculose s'avèrent indispensables pour l'éradication de la maladie.

La leishmaniose cutanée du cuir chevelu : localisation exceptionnelle et trompeuse

K. Kandri Rody, N. Elaattoul, S. Amal, O. Hocar

Service de dermatologie et vénéréologie, CHU Mohammed VI- Marrakech- Maroc

Introduction :

La leishmaniose cutanée, endémique au Maroc, est caractérisée par un grand polymorphisme clinique parfois trompeur par sa localisation, dont l'atteinte du cuir chevelu jamais décrite dans la littérature. Nous proposons de déterminer les caractéristiques de la leishmaniose cutanée dans cette localisation inhabituelle et trompeuse à partir d'un cas suivie au service de dermatologie du CHU Mohammed VI de Marrakech.

Observation :

Il s'agit d'une femme âgée de 45 ans, originaire de Tahanaout (région endémique à la *Leishmania Tropica*), suivie dans notre formation pour une leishmaniose cutanée érysipéloïde au niveau jugal, au niveau de l'aile nasal et en péri auriculaire évoluant depuis 2 ans pour laquelle elle recevait une cure de clarithromycine associée à des séances de photothérapie dynamique au bleu de méthylène. Après deux mois de traitement, notre patiente a développé une lésion au niveau du cuir chevelu en regard du vertex, unique infiltrée annulaire d'un diamètre de 2 cm érosive surmontée d'une croûte, bordée par un halo érythémateux. La lésion était non douloureuse et alopeciante. La durée d'évolution de la lésion selon la patiente était de 6 semaines. Devant ces éléments cliniques, plusieurs diagnostics ont été évoqués dont la leishmaniose cutanée, laquelle a été confirmée par un frottis cutané. Nous avons préconisé en premier lieu l'antimoniote de méglumine en intralésionnel. Devant l'intolérance des injections par notre patiente, nous avons eu recours au fluconazole 200mg par jour avec une évolution marquée après deux mois par la régression de la lésion erythémato-croûteuse au prix d'une alopecie cicatricielle.

Discussion :

La leishmaniose cutanée est une grande simulatrice par des aspects et des localisations parfois trompeurs, dont la localisation au niveau du cuir chevelu qui est exceptionnelle et qui n'a jamais été mentionnée dans la littérature. Ce polymorphisme lésionnel peut entraîner des difficultés de diagnostic différentiel. Chez notre patiente, la forme était impétigoïde et la multiplicité des lésions de leishmaniose cutanée au niveau du visage a permis d'orienter le diagnostic. A savoir que la patiente porte le foulard jour et nuit en dehors du moment du bain qui se fait dans un milieu clos étroit chaud et humide, milieu optimal pour la nidation des phlébotomes. Ce qui nous mène à nous demander sur l'origine de cette atteinte : serait-



elle suite à une nouvelle piqure d'insecte ? ou suite à une propagation de l'infection des lésions du visage ? Le pronostic chez notre patiente dépend de la repousse ou non des cheveux.

Conclusion:

Malgré sa rareté, toute lésion du cuir chevelu en zone d'endémie comme le Maroc, doit faire évoquer une leishmaniose cutanée, particulièrement si d'autres lésions de leishmaniose sont associées, afin d'éviter un retard diagnostique et instaurer un traitement précoce permettant d'améliorer le pronostic esthétique.

Des Abscesses Froids A Répétition Révélant Un Syndrome D'hyperIgE

H.ABURABIE 1, A.KHOUNA 1, H.DAFLAOUI 1, N.ZIZI 1,2, S.DIKHAYE 1,2

1-Service de dermatologie, CHU Mohammed VI d'Oujda, Oujda, Maroc.

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

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

Introduction :

Les abscesses cutanées récidivantes sont de causes multiples. Ils sont parfois le témoin d'un déficit immunitaire acquis ou inné(1).

Nous rapportons le cas d'une fille de 6 ans, présentant des abscesses froids à répétition révélant le diagnostic d'un syndrome d'hyperIgE.

Observation:

Une fillette âgée de 5 ans, avec notion de consanguinité de 1^{er} degré, sans notion d'atopie familiale, sans dysmorphie faciale, a été admise pour des tuméfactions au niveau de la jambe droite, de la nuque et en retro-auriculaire, chez qui on note la notion d'abscesses froids à répétition depuis sa naissance. Vu le caractère récidivant des lésions dermatologiques, le diagnostic d'un déficit immunitaire a été suspecté. En effet, l'hémogramme révéla une éosinophilie à 2760/mm³ et le dosage des immunoglobulines a montré

une hyperimmunoglobulinémie E supérieure à 2 500 UI/L.

Le diagnostic d'un syndrome d'hyperIgE a été posé et la patiente a été mise sous traitement à base d'antibiothérapie avec bonne évolution des lésions dermatologiques, puis la patiente a été mise sous antibiothérapie prophylactique à base de sulfamide avec triméthoprime.

Discussion :

En 1966, Davis et al. ont rapporté l'observation de deux fillettes présentant des lésions eczémateuses, des abscesses froids, des infections pulmonaires récurrentes et des caractéristiques physiques semblables évoquant alors un syndrome polysystémique. Cette maladie a alors été nommée syndrome de Job, En 1972, Buckley a rapporté deux cas, présentant une dermatose chronique et des abscesses staphylococciques pulmonaires et articulaires. Les deux cas présentaient des taux élevés d'immunoglobulines E et une éosinophilie. Le terme de syndrome de Buckley fut alors proposé. C'est en 1973 que Clark, puis en 1974 que



Hill montrent que ces deux syndromes initialement décrits reposent sur un défaut du chimiotactisme des polynucléaires neutrophiles. Rapidement, ils furent regroupés sous le terme de syndrome d'hyperIgE(2). Le syndrome d'hyperIgE est un déficit immunitaire primitif qui est caractérisé par des eczéma, des abcès froids, des infections pulmonaires, une éosinophilie et une concentration sérique en IgE très élevée.

Le traitement du syndrome hyper-IgE consiste en des antibiotiques antistaphylococciques prophylactiques à vie, l'antibioprophylaxie par cotrimoxazole est généralement indiquée, des perfusions d'immunoglobulines peuvent être indiquées pour les formes graves(3).

Conclusion :

Devant des abcès cutanés à répétition, il faut penser aux déficits immunitaires primitifs, notamment le syndrome d'hyperIgE, dont le diagnostic précoce permet au patient de recevoir des traitements appropriés permettant dans de nombreux cas une vie quasi normale.

La ponction lombaire est-elle systématique dans la syphilis tardive ?

M. El mansouri, Fz. El.Fatoiki, H.Skali, F.Hali, S.Chiheb
Service de Dermatologie et Vénérologie CHU Ibn Rochd Casablanca

Introduction:

La neurosyphilis est l'une des complications les plus redoutées de la syphilis. Elle peut survenir à n'importe quel stade de la syphilis. Dans notre structure, la réalisation de la ponction lombaire (PL) est systématique devant toute syphilis tardive (latente ou tertiaire). L'intérêt de notre étude était d'évaluer cette pratique.

Matériel et méthodes:

Etude menée au service de dermatologie et de vénérologie d'un centre hospitalier tertiaire, incluant tous les malades ayant une syphilis tardive avec une sérologie syphilitique positive dans le sang et adressés pour une PL, de janvier 2013 à décembre 2019. La Neurosyphilis (NS) était définie par une sérologie positive dans le LCR qu'elle soit symptomatique ou non. La syphilis latente tardive (SLT) était définie par l'absence de signes cliniques de syphilis tertiaire et une PL normale.

Résultats : 85 patients ont été inclus, avec une prédominance masculine. La tranche d'âge [45-60ans] dominait avec plus de 54.1%. Un tiers des patients avaient reçu un traitement antérieur de la syphilis. La durée entre le chancre et l'hospitalisation pour syphilis tardive était indéterminée chez 65,8% (n=56). Le taux du VDRL sanguin était négatif chez 19 patients (22,4%). Les bilans cardiaque et ophtalmologique étaient normaux chez tous les patients. On avait 13 cas de neurosyphilis (15%) dont 8 cas (61,5%) étaient asymptomatiques et 5 cas symptomatiques [Tabès (n=3), céphalées et dysarthrie (n=2)]. Environ 94,1% des patients avaient reçu de la Benzathine Pénicilline.

Discussion: L'importance d'un diagnostic rapide de la NS est indiscutable car un traitement précoce et efficace peut non seulement empêcher la progression de la maladie, mais aussi



permettre une guérison complète. Cependant cette complication est longtemps sous diagnostiquée car elle peut être asymptomatique et par conséquent passer inaperçue. Il n'existe pas de consensus absolu concernant l'indication de la PL dans la syphilis tardive latente. La pratique systématique (indication élargie) d'une PL devant toute syphilis tardive nous a permis de dépister 61,5% de NS.

Leishmaniose cutanée atypique au Maroc : deux observations exceptionnelles

Z. Tazi Saoud 1 , F.Z. El Fetoiki 1 , H. Dahbi Skali 1 , F. Hali 1 , S. Chiheb 1

D. Darif 2 , A. Kihel 2 , I. Hammi 2 , M. Riyad 2

1 Service de dermatologie - CHU IBN ROCHD – Casablanca

2 Laboratoire de Parasitologie – Faculté de médecine et de pharmacie - Casablanca

Introduction :

La leishmaniose cutanée (LC) présente au Maroc est la LC localisée de l'Ancien Monde. Les localisations cutanéomuqueuses ou disséminées sont exceptionnelles. Nous rapportons deux cas de LC atypique au Maroc.

Observations :

Cas 1 : Patient de 45 ans, originaire de Zagora, consultait pour un placard papulo-pustuleux érosif du membre inférieur évoluant depuis 4 mois, survenant sur un lymphoedème. Il présentait 10 mois auparavant une lésion en regard de la cheville diagnostiquée et traitée comme LC localisée par une injection intralésionnelle de Glucantime. L'examen clinique retrouvait un lymphoedème du membre inférieur siège d'un placard papulo-pustuleux érosif remontant à la racine de la cuisse, 3 lésions ulcéro-nodulaires à bordure violacée au niveau des mains. Les muqueuses étaient sans anomalies. L'évolution a été marquée par l'apparition de lésions papulo-pustuleuses sur le membre controlatéral et la pointe du nez. La biopsie cutanée a objectivé de nombreuses formes amastigotes de Leishmanies. Le diagnostic retenu était celui d'une LC disséminée. La sérologie VIH était négative et celle de l'hépatite B positive. Le patient a bénéficié d'injection intra-musculaires d'antimoniote de méglumine (20 mg/J) avec bonne évolution.

Cas 2 : Patient de 36 ans, originaire de Tata, avec antécédent de leishmaniose viscérale (LV) traitée 2 ans auparavant est hospitalisé pour un placard papulo-nodulaire érythémateux de la face évoluant depuis 3 mois, associé à une atteinte de la muqueuse buccale. L'examen



dermatologique retrouvait un placard centrofacial papulo-nodulaire érythémateux prenant le nez et les deux joues, des lésions croûteuses et lupoides du front, du menton et autour des yeux, une lésion ulcéro-croûteuse et indolore du talon, associés à une ulcération du 1/3 postérieur de la langue et un aspect papillomateux du voile du palais. La biopsie et le frottis cutanés ainsi que le myélogramme retrouvaient quelques formes amastigotes de Leishmanies. La sérologie leishmaniose et la PCR étaient positives. La sérologie VIH était négative. Le diagnostic de leishmaniose dermique post-kala-azar était retenu. Le patient a bénéficié d'injection intra-musculaires d'antimoniote de méglumine (20 mg/J) avec bonne évolution.

Discussion :

L'intérêt de ces observations réside dans la sensibilisation sur l'apparition de nouvelles formes graves et atypiques dans notre contexte. Les facteurs environnementaux, le vecteur, le parasite, les facteurs inhérents à l'hôte (âge, sexe, groupe ethnique et surtout réponse immunitaire) peuvent influencer la multiplication du parasite, sa dissémination et donc la présentation clinique de la maladie.

Conclusion :

Devant l'importance de la variabilité et la complexité des présentations cliniques de la leishmaniose cutanée, il est intéressant de rapporter les formes et les localisations rares de cette parasitose pour un diagnostic rapide et une meilleure prise en charge.

Les pathologies dermatologiques des sujets âgés : Expérience de CHU Mohamed VI Oujda

H.Ragragui¹; H.Aburabie¹; H.Saddouk¹; Zizi^{1,2}; S.Dikhaye^{1,2}

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

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

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

Introduction :

La population gériatrique est composée de personnes de plus de 65 ans. Les pathologies cutanées du sujet âgé sont variées et constituent une véritable préoccupation pour les médecins en termes de diagnostic, de prise en charge et de suivi. Leurs manifestations cliniques peuvent ne pas être classiques et diffèrent de celle du sujet jeune. Les données concernant les affections dermatologiques chez le sujet âgé sont cependant rares. Le but de notre travail est de souligner le profil épidémiologique des différentes affections dermatologiques des sujets âgés.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive, portant sur toutes personnes âgées de plus de 65 ans, qui ont été hospitalisées au service de dermatologie de CHU Mohamed VI d'Oujda durant une période de 4 ans allant de Janvier 2016 au Juin 2020.

Résultats :



La fréquence d'hospitalisation des personnes âgées au cours de la période d'étude était à 19% par rapport au nombre total des hospitalisations. Nous avons colligé 160 patients dont la tranche d'âge variait entre 65 et 98 ans, avec une moyenne à 88 ans. Les malades se répartissaient en 89 hommes et de 71 femmes soit un sex-ratio H/F de 1,25. Une prédominance masculine était notée dans toutes les tranches d'âge.

La pathologie tumorale constituait le motif le plus fréquent d'hospitalisation des sujets âgés avec une incidence à 34%. Les tumeurs malignes constituaient le chef de fil, représentées principalement par le carcinome basocellulaire chez 15 cas, suivi par le carcinome épidermoïde chez 12 cas, le mélanome chez 7 cas, la maladie de Kaposi chez 4 cas, le mycosis fongoïde chez 2 cas et en dernier, le syndrome de Sézary, le dermatofibrosarcome de Darier Ferrand et le carcinome trichoblastique avec 1 seul cas pour chacun. Des lésions précancéreuses étaient notées dans 3 cas, représentées par les kératoses actiniques et les lésions paranéoplasiques notamment le syndrome de Leser-Trélat, retrouvé chez 1 seul patient. Les tumeurs bénignes étaient présentes chez 2 cas, il s'agissait d'un trichoblastome et d'un kyste trichilemmal proliférant.

La pathologie infectieuse venait en 2^{ème} rang avec une incidence à 28%, représentée principalement par les dermohypodermes non nécrosantes chez 39 cas, suivi par l'érythème polymorphe dans 2 cas. La syphilis, la leishmaniose et les condylomes périanaux occupaient la dernière position avec 1 seul cas pour chacun.

La pathologie auto-immune occupait le 3^{ème} rang avec une incidence à 20%, dominée par les dermatoses bulleuses dans 27 cas, représentées principalement par la pemphigoïde bulleuse chez 9 cas et le pemphigus vulgaire chez 8 cas. Le lupus venait en 2^{ème} lieu avec 3 cas. La dermatomyosite avec 2 cas et en dernier, on trouve, la morphee bulleuse avec 1 seul cas.

L'incidence de la pathologie inflammatoire au cours de notre étude était estimée à 7%, dominée par le prurit chronique et l'érythrodermie psoriasique avec 3 cas pour chaque dermatose, suivi par le prurigo avec 2 cas et en dernier, le lichen plan et l'amylose papuleuse avec 1 seul cas pour chacun.

La pathologie immuno-allergique occupait la 5^{ème} position, dont l'incidence était à 6%, représentée principalement par la toxidermie type DRESS syndrome et la pustulose exanthématique aiguë généralisée chez 7 cas.

Les autres dermatoses relevées lors de notre étude étaient représentées principalement par les vascularites, les ulcères de jambes avec une incidence de 3%. Les dermatoses neutrophiliques notamment le syndrome de SWEET et le trouble de différenciation épidermique dominé par l'ichtyose acquise venaient en dernier rang avec une incidence de 1% pour chacun.

Discussion :

Le vieillissement est un processus inévitable et continu avec un spectre variable de manifestations organiques, y compris la peau. Les problèmes de santé gériatrique sont devenus l'une des préoccupations majeures des autorités sanitaires en occident. Au Maroc, les personnes âgées représenteront 18.6% de la population totale en l'an 2037 contre 7.3% en 2007 et 6.5% en 1987, selon les projections effectuées par le centre d'études et de recherches démographiques.

Dans notre étude, les motifs de consultation du sujet âgé sont dominés par les pathologies dermatologiques chroniques plutôt que des problèmes esthétiques. La pathologie tumorale constitue le motif le plus fréquent de consultation soulignant ainsi l'importance d'une surveillance



rigoureuse des lésions précancéreuse et donc un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate par la suite.

Les résultats obtenus lors de notre étude concordent avec les résultats des études réalisées en Tunisie, au Canada, aux USA, au TAIWAN et au TOGO, montrant une prédominance des pathologies tumorales et infectieuses avec des incidences presque similaires.

Conclusion :

Les affections cutanées constituent une source importante de morbidité chez le sujet âgé perturbant de façon certaine leur qualité de vie et peuvent mettre en jeu le pronostic vital. Nous insistons sur l'intérêt de la sensibilisation des sujets âgés et des différents médecins de première ligne aux différentes affections dermatologiques afin d'assurer un diagnostic et un traitement précoces.

Références

1. K. Kombaté et al. Pathologie cutanée du sujet âgé en dermatologie à Lomé, Togo : étude de 325 cas. Pan African Medical Journal. 2014; 18:151 doi:10.11604/pamj.2014.18.151.3066.
2. B. Yalçın and al. The prevalence of skin diseases in the elderly: analysis of 4099 geriatric patients. International Journal of Dermatology 2006, 45, 672–676.
3. A. SOUISSI et al. Pathologie cutanée chez le sujet âgé. Étude multicentrique tunisienne. Ann Dermatol Venereol 2006;133:231-4
4. Y.H. Liao and al. Pattern of Skin Diseases in a Geriatric Patient Group in Taiwan: A 7-Year Survey from the Outpatient Clinic of a University Medical Center. Dermatology 2001;203:308–313.

L'ORF : une pathologie à ne pas méconnaître

H.Ragragui¹; L.Omahsan¹; S.Dikhay^{1,2}; N.Zizi^{1,2}

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

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

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

Introduction :

L'orf ou ecthyma contagieux est une zoonose mineure, se présentant sous forme d'une infection cutanée rare chez l'homme, liée au virus ORF de la famille des poxviridae, du genre Parapoxvirus et du groupe des virus à ADN. Les petits ruminants notamment les ovins et les caprins en sont les principaux réservoirs. Il est communément signalé après Aid El Adha islamique (la fête du sacrifice) au cours de laquelle les moutons sont manipulés à mains nues pour l'abattage. La transmission à l'humain se fait de manière directe par contact avec une peau lésée ou avec les muqueuses.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente, âgée de 54 ans, sans antécédents pathologiques notables, se présente en consultation pour une lésion cutanée palmaire gauche évoluant depuis 2 semaines après



un traumatisme par un couteau lors de la manipulation de la tête du mouton. A l'examen clinique, on retrouve une patiente en bon état général, qui présente une lésion nodulaire, hyperpigmentée, à bordure inflammatoire, la base légèrement indurée, la surface propre et à centre ulcéré en pseudo-cocarde, légèrement douloureuse et non prurigineuse, faisant 1.5 cm de grand axe et siégeant au niveau de la face palmaire de la main gauche. Sans autres lésions cutanées ou extra-cutanées.

L'examen au dermoscope objective une lésion érythémato-violine avec une petite érosion centrale, des zones blanches sans structure et des vaisseaux en pointillés. Aucun examen complémentaire n'a été effectué. La patiente était mise sous soins locaux pour prévenir une surinfection bactérienne. L'évolution était marquée par une très nette amélioration avec disparition totale de la lésion au bout de 2 semaines.

Discussion :

Orf ou dermatite pustuleuse contagieuse ou ecthyma contagieux, est une maladie virale des ovins et des caprins. Les agriculteurs, les bouchers, les bergers et les vétérinaires sont plus exposés au virus. Ce n'est pas une maladie endémique, mais elle peut provoquer des épidémies après la fête du sacrifice dans les pays musulmans.

Il est généralement asymptomatique et diagnostiqué cliniquement. Les immunocompétents ont généralement une seule lésion qui passe par 6 stades cliniques ; elle débute 3 à 7 jours après l'inoculation au stade maculopapuleux avec une macule ou une papule érythémateuse; puis le stade cible avec un centre nécrotique et un halo extérieur rouge; le stade aigu avec suintement; au stade régénératif, le nodule s'assèche; au stade du papillome, la lésion est devenue semblable à un papillome et forme une croûte sèche; enfin, la phase de régression où la peau retrouve son aspect normal souvent sans cicatrice résiduelle. La durée de l'infection prend en moyenne 6 à 8 semaines. L'Orf peut être compliqué par une surinfection bactérienne, un érysipèle, une lymphadénopathie, une lymphangite, des lésions récurrentes géantes et un érythème polymorphe. Généralement, une désinfection locale est recommandée pour prévenir les infections bactériennes, mais la cryothérapie, l'électrocoagulation, l'imiquimod ou la crème topique de cidofovir peuvent être utilisées pour les grandes lésions.

Conclusion :

L'orf est une pathologie virale bénigne, dont l'évolution spontanée est favorable ne nécessitant aucun traitement spécifique en dehors des complications qui restent rares. L'émergence de nouveaux cas, principalement lors de la fête du sacrifice, souligne l'importance d'une sensibilisation auprès de toute personne et surtout ceux exerçant des professions à risque.

Références :

1. A.Khouna et al. Multiforme erythema complicating an orf. Our Dermatol Online. 2019;10(1):68-70.
2. C. Bergqvist and al. Orf virus infection. Rev Med Virol. 2017;e1932. <https://doi.org/10.1002/rmv.1932>.
3. M. Mam et al. Ecthyma contagiosum compliqué d'érythème polymorphe : à propos d'un cas. Archives de Pédiatrie 2017. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2017.09.020>
4. S. Sonia Chavez-Alvarez and al. Dermoscopy of contagious ecthyma (orf nodule). J Am Acad Dermatol 2016;74:e95-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2015.10.047>.



5. Caravaglio JV and al. Orf Virus Infection in Humans: A Review With a Focus on Advances in Diagnosis and Treatment. J Drugs Dermatol. 2017 Jul 1;16(7):684-689.

Le mystère de l'érythème inter fessier

El Bennaye H, Douhi Z, Bennani M, Elloudi S, Bay Bay H, Mernissi F-Z
Service de Dermatologie. CHU Hassan II-Fès- Maroc.

Introduction :

La gale humaine est une ectoparasitose due au Sarcopte Scabei. Son diagnostic est généralement aisé devant un prurit familial aigu généralisé à exacerbation nocturne. Néanmoins des présentations atypiques peuvent dérouter le clinicien. Nous rapportons une description clinico-dermoscopique d'une gale atypique.

Observation :

Patient âgé de 69 ans, ayant comme antécédent une hépatite B depuis Juin 2018 sous TEFOVIR, consulte pour un prurit inter fessier évoluant depuis 2 mois. Il a été mis sous plusieurs traitements topiques antimycosiques et dermocorticoïdes sans amélioration. L'examen clinique trouve quelques nodules érythémateux, arrondies, bien limités de contours réguliers, de consistance ferme, mobiles par rapport aux plans superficiel et profond reposant sur un placard érythémateux excorié par endroit au niveau inter fessier.

L'examen dermoscopique a retrouvé des sillons scabieux, un signe du delta positif avec un fond érythémateux et quelques fines squames blanchâtres.

Le patient a été mis sous ASCABIOL avec une bonne évolution, régression du prurit et affaissement des nodules.

Discussion :

La gale représente une dermatose fréquente, très prurigineuse et contagieuse. La maladie est favorisée par la promiscuité, le manque d'hygiène et la pauvreté. Elle touche les hommes et les femmes, de tous les âges, toutes ethnies et tous niveaux socioéconomiques.

Les signes cliniques sont classiquement des vésicules, des sillons ou des nodules sur des sites préférentiels : espaces interdigitaux, face antérieure des poignets, coudes, creux axillaires, ombilic, fesses, aréoles mammaires ou organes génitaux externes. Le prurit est souvent intense, généralisé, à recrudescence nocturne.

Le diagnostic de référence repose sur l'examen direct parasitologique qui permet de visualiser au microscope le sarcopte, cependant, cet examen ne peut être réalisé en pratique courante.

Le diagnostic repose donc sur la clinique dans les formes typiques confirmé par le dermoscope qui permet d'obtenir la certitude diagnostique voir même de réorienter le diagnostic comme dans le cas chez notre patient.

Conclusion :

La gale est une dermatose fréquente, de diagnostic évident. Des formes atypiques avec localisations particulières ne doivent pas être méconnues.

Un cas d'ecthyma gangrenosum chez un adulte immunocompétent

H.Jabri ; F.Hali ; K.Baline ; S.Chiheb

Service de Dermatologie Vénérologie

CHU Ibn Rochd ; Casablanca ; Maroc



Introduction:

L'ecthyma gangrenosum (EG) est une infection cutanée sévère, presque toujours causée par le *Pseudomonas aeruginosa*. Elle est potentiellement mortelle, affecte préférentiellement les patients immunodéprimés, rarement les individus immunocompétents.

Nous rapportons le cas d'un patient immunocompétent diagnostiqué d'ecthyma gangrenosum.

Observation médicale:

Patient de 52 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, se présente pour des ulcérations nécrotiques évoluant depuis 4 mois avant sa consultation dans un contexte de conservation de l'état général. L'examen clinique avait retrouvé une ulcération nécrotique au niveau des 3 et 4 espaces interorteils du pied gauche arrivant à la face dorsale, entourée d'un halo inflammatoire, et 2 ulcérations au niveau de la face antérieure de la cuisse gauche et au niveau du pli interfessier.

Au bilan étiologique, la recherche de BK était négative, bilan de vascularite et paranéoplasique négatifs, l'histologie cutanée n'avait pas montré de signes en faveur d'un pyoderma gangrenosum, l'étude bactériologique de la biopsie cutanée a mis en évidence la présence du *Pseudomonas aeruginosa* sensible à la ciprofloxacine avec absence de bactériémie à l'hémoculture. Le patient fut mis sous ciprofloxacine avec bonne évolution et cicatrisation des lésions.

Discussion et conclusion:

L'ecthyma gangrenosum est considéré comme une forme rare de septicémie cutanée causée le plus souvent par le *Pseudomonas aeruginosa*, peut être causé également par d'autres micro-organismes, tels que le *Staphylococcus aureus*, *Serratiamarcescens*, *Escherichia Coli* et *klebsiella pneumoniae*.

Il atteint particulièrement les patients immunodéprimés principalement les neutropénies acquises ou congénitales.

Le diagnostic différentiel inclut la leishmaniose, le pyoderma gangrénosum, les escarres et les tuberculides papulo-nécrotiques.

C'est une infection sévère potentiellement mortelle. Le traitement nécessite une antibiothérapie adaptée au germe et à l'antibiogramme

L'EG doit être considéré comme un diagnostic possible même chez un patient immunocompétent et des hémocultures négatives.

LEISHMANIOSES CUTANEE DIFFUSES TRAITÉES PAR FLUCONAZOLE

H.ABURABIE 1, A.KHOUNA 1, H.DAFLAOUI 1, N.ZIZI 1, 2, S.DIKHAYE1, 2

1-Service de dermatologie, CHU Mohammed VI d'Oujda, Oujda, Maroc.

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

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



Introduction :

La leishmaniose cutanée (LC) est une infection cutanée provoquée par un parasite unicellulaire qui est transmis par des piqûres de phlébotome. La leishmaniose cutanée diffuse (LCD) représente la forme grave, avec des nodules disséminés sur le corps, récidivante et rebelle au traitement. Vu la toxicité des dérivés d'antimoine et les résultats encourageants d'une étude saoudienne et de quelques séries de cas évaluant l'efficacité du fluconazole per os sur la leishmaniose cutanée on a proposé ce traitement en première intention chez 3 patients.

Matériels et Méthodes : Etude prospective monocentrique réalisée au service de Dermatologie. Trois patients ont été inclus dans l'étude.

Cas rapportés: Il s'agissait de trois patients, deux hommes et une femme, âgés respectivement de 37, 43 ans et 40 ans. Les trois avaient une notion de séjour dans une zone d'endémie de leishmaniose. Ils se sont présentés en consultation pour des plaques ovalaires érythémateuses verruqueuses indolores et légèrement prurigineuses surmontées par endroit de croûtes tantôt brunâtre tantôt jaunâtre du visage, suivies quelques semaines plus tard par l'apparition de multiples papulo-nodules au niveau des 4 membres. Le frottis a mis en évidence des corps de leishman. La décision thérapeutique était de mettre les trois patients sous fluconazole 200mg/j jusqu'à cicatrisation totale des lésions, avec une surveillance rapprochée de la NFS et de la fonction hépatique. L'évolution était marquée par un blanchiment total, avec persistance de quelques lésions hyperpigmentées cicatricielles. La durée du traitement était de 3 mois chez la première patiente, de 04 mois chez le 2^{ème} patient. Et de 6 mois chez le 3^{ème} patient. Aucun effet indésirable n'a été noté avec un recul de 02 mois chez le 3^{ème} patient, 06 mois chez le 2^{ème} patient et de 14 mois chez la 1^{ère} patiente. sans récurrences.

Discussion : La LC se présente souvent sous forme de lésion ulcéreuse unique ou peu nombreuses douloureuses à bordures surélevées. Cependant d'autres formes cliniques plus sévères ont été décrites. La leishmaniose cutanée diffuse est caractérisée par un défaut de réponse immunitaire et les nombreux macrophages sont pleins d'amastigotes avec une faible réaction cellulaire lymphocytaire environnante. Elle débute par un nodule unique non ulcéré, le plus souvent à la face, qui est suivi par l'apparition extensive de multiples macules, papules, nodules, plaques, et par une infiltration diffuse de la peau, surtout des faces d'extension des membres et du visage.

Après des résultats encourageants d'une étude saoudienne publiée en 2001 évaluant l'efficacité du fluconazole per os dans la leishmaniose cutanée, plusieurs auteurs ont proposé ce traitement en première ligne. Plusieurs protocoles ont été publiés dont le plus répondeur était fluconazole 200mg/j pendant 6 semaines. Vu la multiplicité des lésions et le risque de récurrence, on a décidé de traiter nos patients jusqu'à cicatrisation totale des lésions, avec une surveillance rapprochée de la fonction hépatique. L'évolution était marquée par un blanchiment total au pris des cicatrices hyperpigmentées. Aucun effet indésirable n'a été notifié chez nos patients.

Conclusion : Ces nouvelles observations montrent que le fluconazole 200mg/j jusqu'à cicatrisation complète est efficace et bien toléré dans le traitement de la leishmaniose cutanée dans sa forme diffuse. Ce protocole peut donc être proposé en première ligne dans les formes diffuses.

Scleredema Adultorum : une complication cutanée sous-estimée du diabète

H.Daflaoui , A.Khouna, H.Aburabie, N.ZIZI 1,2, S.DIKHAYE 1,2.

1 Service de Dermatologie , Vénérologie et Allergologie .

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

3 Faculté de médecine et de pharmacie Oujda , Université Mohammed Premier, CHU Mohammed VI, Oujda .

Introduction :

Scleredema Adultorum de Buschke est une mucinose cutanée rare, caractérisée par une induration symétrique diffuse, d'origine inconnue. Elle est classiquement décrite sous trois formes cliniques distinctes, un type associé à une infection, un type associé à une paraprotéinémie, et un type associé au diabète sucré.

Nous rapportons le cas d'un sclérodème de Buschke chronique de découverte fortuite, associé à un diabète de type II.

Observation:

Il s'agit d'un homme âgé de 56ans, en surpoids. Il était suivi pour un diabète type II depuis 20ans, sous antidiabétiques oraux initialement puis sous l'insulinothérapie. Son diabète était mal équilibré. L'examen clinique lors de sa consultation, avait révélé un syndrome sclérodermiforme fait de placards érythémateux indurés bien limités sclérotiques au niveau de la nuque, la face supérieure des épaules et la région médiodorsale réalisant un aspect en pèlerine, évoluant depuis 10ans. Il existait une légère limitation de la mobilité cervicale et des membres supérieurs en abduction. La sphère oro-digestive était épargnée et l'augmentation thoracique était normale.

L'analyse histologique montrait un épiderme d'aspect normal surplombant un derme où siégeait un discret infiltrat lymphocytaire péri-vasculaire superficiel sans infiltrat éosinophile associé. Le derme et l'hypoderme présentaient une hyperplasie marquée des faisceaux de collagène séparés principalement au niveau du derme réticulaire par des dépôts de mucine, avec un réseau élastique fragmenté par endroit. Cet aspect était en accord avec le diagnostic suspecté cliniquement de sclérodème de Buschke. Il n'y avait pas de notion d'épisode infectieux précédant la symptomatologie, l'électrophorèse des protéines sériques était normale et aucune anomalie systémique n'a été décelée.

Le diagnostic du Scleredema Adultorum de Buschke était ainsi retenu. Vu le léger retentissement fonctionnel, le malade avait refusé toute thérapeutique. La surveillance de son diabète était recommandée. Le suivi sur deux ans montrait une stabilisation des lésions.

Discussion :

Scleredema Adultorum de Buschke de type 3 est une complication peu connue du diabète sucré. Sa prévalence est de 2.5 à 14% de tous les patients diabétiques. Sa pathogénie est inconnue et il existe une hypothèse suggérant une glycosylation enzymatique irréversible du collagène entraînant sa résistance à l'action des collagénases. Il se traduit cliniquement par une induration cutanée symétrique de la nuque et de la partie supérieure du tronc en pèlerine. Il est d'installation insidieuse et évolue de façon chronique, sans tendance à la guérison spontanée, contrairement au sclérodème post-infectieux qui s'améliore généralement en quelques mois. Le respect des extrémités permet d'éliminer le scléromyxœdème.



Outre l'atteinte cutanée qui a principalement un retentissement mécanique et esthétique, il existe parfois des formes plus sévères avec des épanchements pleuraux et péricardiques, une cardiomyopathie, une dysphagie, des atteintes ostéo-articulaires, parotidiennes, nerveuses et hépatospléniques. Le traitement est difficile, repose sur l'utilisation de PUVAthérapie, des traitements systémiques tels que les bolus de cyclophosphamide, le méthotrexate, la ciclosporine ou autres. L'abstention thérapeutique est l'attitude la plus fréquente. L'optimisation du contrôle glycémique est recommandée.

Conclusion :

La fréquence du sclérocœdème de Buschke est difficile à évaluer. Il faut y penser devant tout signe d'infiltration cutanée chez un patient diabétique.

Fasciite nécrosante orbito-palpébrale révélant une leucémie

M. Rimaoui ; F.Hali ; S.Chiheb

Service de dermatologie ; CHU Ibn Rochd ; Université Hassan II ; Casablanca ; Maroc

Introduction :

La fasciite orbitaire nécrosante est une affection ophtalmologique peu fréquente, elle est potentiellement grave engageant le pronostic fonctionnel oculaire et vital. Elle doit faire rechercher un terrain d'immunodépression sous-jacent. Nous rapportons l'observation d'un patient de 75ans qui présente une cellulite orbitaire nécrosante révélant une leucémie myéloïde aigue.

Observation

Un patient de 75ans , sans antécédents particuliers , se présente pour une tuméfaction palpébrale douloureuse évoluant dans un contexte fébrile depuis 7 jours.L'examen clinique retrouve un œdème palpébral droit important, un ptosis , une nécrose de la paupière , de l'aile du nez et de la commissure labiale gauches . L'examen de la muqueuse buccale retrouve une stomatite érythémateuse recouverte d'un enduit blanchâtre. La TDM crâniens-orbitaire a révélé une cellulite pré-septale non collectée. La NFS retrouve une pancytopenie avec présence de blastes.

Discussion

La fasciite nécrosante est un processus infectieux grave des tissus sous-cutanés avec une gangrène cutanée et des thromboses vasculaires. Outre sa progression rapide, d'autres signes peuvent caractériser les infections nécrosantes profondes, tels qu'une douleur disproportionnée par rapport à la lésion observée, une anesthésie cutanée, des bulles d'une coloration bleuâtre ou violacée ou la présence de gaz dans les tissus. La tomodensitométrie ou l'imagerie par résonance magnétique permettent de mieux préciser l'étendue de l'infection .Ainsi Le caractère extensif , nécrotique, la stomatite et la nécrose ecthyma like péri-orificielle dans notre cas a dû faire suggérer la recherche d'un terrain d'immunodépression.



Conclusion

Nous soulignons l'importance de la recherche d'un terrain d'immunodépression devant les cellulites à évolution nécrosante.

Impétigo herpétiforme : une dermatose rare de la grossesse

M.Mouradi, FZ.Elfatoiki,H.Sqalli,F.Hali,S.Chibab
CHU IBN ROCHD CASABLANCA

Introduction :

L'impétigo herpétiforme (IH) est une dermatose pustuleuse très rare et spécifique de la grossesse, pouvant menacer le pronostic vital de la mère et de l'enfant. Cette entité est considérée actuellement par certains auteurs comme une variante de psoriasis pustuleux, notamment après la découverte de mutations génétiques identiques au cours de l'IH et du psoriasis pustuleux généralisé. Nous en rapportons un nouveau cas.

Observation :

Patiente de 23 ans, primipare, sans antécédents notables, qui consulte pour une éruption érythémateuse prurigineuse ayant débuté au niveau du tronc avec extension vers la racine des membres et les sillons sous-mammaire. A l'examen clinique, il s'agissait de plaques érythémateuses annulaires à bordure légèrement surélevées surmontées de pustules planes non folliculaires, confluent en nappes par endroit. Le tout évoluant dans un contexte de fièvre et d'altération de l'état général sur une grossesse évolutive estimée à 7 mois. Le bilan paraclinique avait objectivé une anémie hypochrome microcytaire d'origine carentielle, une hyperleucocytose à PNN, sans hypocalcémie ni hypoprotidémie. La biopsie cutanée a confirmé le diagnostic d'IH. L'examen obstétrical retrouvait une grossesse monofoetale évolutive sans anomalies décelées. Un traitement à base de dermocorticoïdes a été initié sans nette amélioration, puis la patiente a été mise sous corticothérapie orale 0.5mg/kg/jour avec supplémentation en fer et vitamine D, avec une légère amélioration jusqu'au terme puis relai par acitretine (soriatane 25 mg/j) avec très bonne évolution.

Discussion :

L'impétigo herpétiforme est une dermatose pustuleuse qui survient pendant la grossesse, le plus souvent au troisième trimestre. De diagnostic clinico-histologique aisé, elle nécessite une prise en charge urgente pour éviter des complications dangereuses pour le couple materno-fœtal. Le tableau clinique est fait d'une éruption symétrique prédominant au niveau des plis, faite de plaques érythémateuses annulaires bordées de pustules non-folliculaires. L'IH s'accompagne souvent de complications systémiques, comme la fièvre, la tétanie, une hyperleucocytose, une hypocalcémie et une hypoprotidémie. La prise en charge thérapeutique de l'IH est mal codifiée et les cas rapportés dans la littérature ont été traités par la corticothérapie générale seule ou associée à d'autres traitements symptomatiques. D'autres molécules peuvent être utilisées mais avec des effets indésirables pendant la grossesse tel que la ciclosporine et le méthotrexate. Certains cas rapportent une résolution rapide de l'IH avec des produits biologiques, notamment l'infliximab, mais aussi l'adalimumab, l'éta nercept ou l'ustekinumab.

Conclusion :

L'impétigo herpétiforme est une dermatose dont le pronostic materno-fœtal peut être bon à condition d'un diagnostic et d'une prise en charge précoce et adaptés, cependant, il y a une

possibilité de récurrences dans les prochaines grossesses ou lors de l'utilisation de contraceptifs hormonaux.

Une Fasciite nécrosante de la face rapidement évolutive.

S.SEFRAOUI¹, S.Bouabdella, S.DIKHAYE^{1,2}. N.ZIZI^{1,2}.

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

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

Introduction :

La fasciite nécrosante est définie par l'infection des tissus cutanée et sous-cutanée s'accompagnant de nécrose,

Nous rapportons un cas rare de fasciite nécrosante du visage sur terrain d'immunodépression.

Observation :

C'est un patient âgé de 21ans, suivi en médecine interne depuis Juin 2019 pour leucémie aigüe lymphoïde, mis sous chimiothérapie (CVAD), le patient a reçu 3cures. Il s'est présenté pour des lésions de la face rapidement extensive, très douloureuse évoluant depuis 24h avant son admission dans un contexte de fièvre et d'AEG.

A l'examen clinique, le patient était fébrile à 40°C, hypotendu à 09/04 cmhg, tachycarde à 140bpm, stable sur le plan neurologique et respiratoire présentant un large placard nécrotique grossièrement ovalaire faisant 5*3cm au niveau de la région sous maxillaire droite, avec un large placard érosif centré par une lésion nécrotique arrondie siégeant à cheval entre la région jugale et la région cervicale droite faisant 6*3 cm, et une 3^{ème} lésion érythémato-violacée surmontée de phlyctènes centrée par une zone de nécrose faisant 5cm de diamètre se localisant au niveau de la région prétragienne droite.

Au bilan biologique : la numération formule sanguine a objectivé une pancytopenie (GB : 480^E/mm³, PNN :40/mm³, lymphocytes : 70/mm³, HG :9g/dl, PLQ :15000/mm³) CRP :300g/dl et une procalcitonine : 4.8ng/ml.

Le diagnostic d'une fasciite nécrosante a été retenu. Notre patient était traité par une antibiothérapie à large spectre associée à l'acyclovir injectable avec mise à plat et excision large. L'évolution était marquée par une bonne amélioration avec obtention de l'apyrexie dès 48h.

Discussion :

La fasciite nécrosante est une infection grave souvent mortelle, dont le germe le plus incriminé est le beta-hémolytique du groupe A, mais elle peut être poly-microbienne. Elle touche les membres, et le tronc, la localisation faciale reste rare. Elle survient le plus souvent sur un terrain particulier : maladie chronique, diabète, alcoolisme, immunosuppression, toxicomanie intraveineuse, sur des lésions cutanées préexistantes.



Le diagnostic est clinique, les examens complémentaires en l'occurrence l'IRM sont recommandées mais ne doivent pas retardés la prise en charge.

le traitement repose essentiellement sur la chirurgie avec une exeresse large des tissus nécrotique et une antibiothérapie à large spectre.

Conclusion

La fasciite nécrosante est une infection grave et mortelle, en particulier sur un terrain d'immunodépression où la rapidité de la prise conditionne le pronostic vital.

Lupus tuberculeux : à propos d'un cas

S.FARAS; M. SIDKI; ; S. Amal; O. Hocar
Service de dermatologie et vénérologie
Faculté de médecine et de pharmacie - université Cadi Ayyad
CHU Mohammed VI- Marrakech- Maroc

Introduction :

Le *Mycobacterium tuberculosis* ou bacille de Koch (BK) est réputé pour sa prédilection à atteindre plusieurs organes. Certaines localisations extra-pulmonaires, classiquement peu fréquentes, ont vu leur fréquence croître dans les pays où l'infection par le VIH est importante; La localisation cutanée de la maladie demeure une forme rare et représente seulement 2,1% des localisations. Son diagnostic est difficile en raison du polymorphisme des tableaux anatomo-cliniques et de la multiplicité des diagnostics différentiels. Nous rapportons un cas de lupus tuberculeux

Observation :

Patient âgé de 55ans, hospitalisé au service pour un placard érythémateux, infiltré surmonté de squames fines prenant tout le visage, le début remontait à 4 ans auparavant par une papule érythémateuse du sillon naso-génien évoluant vers l'extension de la lésion, traité par plusieurs antibiotiques sans amélioration, nous n'avons pas pu préciser la notion de vaccination par le BCG, Il n'y avait pas non plus d'antécédent de tuberculose chez le patient et son entourage, par ailleurs, la TDM thoracique avait objectivé des micro nodules intra parenchymateuses diffuses La recherche de bacille tuberculeux dans les crachats faite à trois reprises était négative, de même que les sérologies de la syphilis et du VIH. L'intra dermo réaction à la tuberculine était phlycténulaire. Par ailleurs, la biopsie cutanée avait objectivé un granulome épithélioïde et giganto-cellulaire fortement évocateur de tuberculose. Un traitement à base d'antituberculeux avait été instauré selon le schéma du programme national en vigueur. L'évolution avait été spectaculairement favorable déjà au bout de 2 mois de traitement

Discussion :

Le cas décrit correspond à une forme typique de lupus tuberculeux dans sa variété commune dite vulgaire. Il s'agit de la plus fréquente des tuberculoses cutanées, qui semble toutefois rare en Afrique en dehors du Maghreb. Cette variété est classée parmi les tuberculoses cutanées endogènes, et survient typiquement chez des sujets préalablement contaminés, ayant une forte sensibilité à la tuberculine. Volontiers localisé au visage, le lupus vulgaire comporte initialement des micronodules



dermiques mous, qui par coalescence constituent des placards papuleux ; il existe de nombreuses variantes cliniques (lupus plan, vorax, tumidus,...). Le diagnostic repose surtout sur l'histologie. Le granulome tuberculoïde est toujours présent. Les BAAR ne sont en règle pas mis en évidence par la coloration de Ziehl, ni la culture. Une tuberculose évolutive associée, qui serait plus volontiers ganglionnaire, est très inconstamment associée. Récemment, des techniques de détection d'ADN mycobactérien par amplification génique (PCR) ont été développées, techniques beaucoup plus sensibles mais d'interprétation délicate. Le traitement de la tuberculose cutanée est identique à celui de la tuberculose pulmonaire. Une surveillance à long terme est nécessaire du fait du risque de survenue de carcinome épidermoïde sur les lésions cicatricielles.

Conclusion :

Le lupus tuberculeux est une étiologie à prendre en compte devant une mutilation centro-faciale dans notre contexte d'exercice où la prévalence de la tuberculose reste élevée. Le diagnostic est souvent retenu devant un faisceau d'arguments cliniques et para-cliniques, notamment l'histologie et l'intradermoréaction à la tuberculine (IDR). L'évolution chronique est caractéristique.

Syndrome pieds-mains-bouche chez l'adulte : à propos d'un cas

M. SIDKI, K. KANDRI RODY, S. AMAL, O. HOCAR

Service de Dermatologie, CHU Mohammed VI, Marrakech

Laboratoire biosciences et santé

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech Université Cadi Ayyad

Introduction :

Le syndrome pieds-mains-bouche est une pathologie virale bénigne causée par plusieurs virus du genre Entérovirus, en particulier le Coxsackie A16. Elle affecte principalement les nourrissons et les enfants, rarement les adultes. Nous rapportons à partir d'un cas les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives du syndrome pieds-mains-bouche chez l'adulte.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 18 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui a été hospitalisé au service de Dermatologie du CHU Mohammed VI de Marrakech pour une éruption cutanéomuqueuse prurigineuse intéressant les membres supérieurs et inférieurs, ainsi que la muqueuse buccale, évoluant 2 jours avant son admission, dans un contexte de fièvre et d'altération de l'état général. L'interrogatoire n'avait pas retrouvé une notion de prise médicamenteuse, ou d'infection préalable notamment respiratoire. L'examen clinique avait objectivé des lésions vésiculo-bulleuses sur base érythémateuse, au niveau des mains étendues aux avants bras et au niveau des pieds étendus aux jambes confluant en placards, surinfectées par endroit, avec des aphtes et érosions buccales intéressant la lèvre inférieure et la langue. Le bilan biologique avait objectivé un syndrome inflammatoire fait d'une CRP à 182 et un taux de globules blancs à 16.000/mm³. Devant ces éléments cliniques et biologiques nous avons retenu le diagnostic de syndrome pieds-mains-bouche. Le patient a été mis sous traitement symptomatique fait de paracétamol et antibiothérapie anti staphylococcique, préparation topique à base de corticostéroïde et antihistaminique. L'évolution clinique était favorable à partir du 4^{ème} jour, avec régression de la fièvre et cicatrisation des lésions cutanées et muqueuses.



Discussion :

Le syndrome pieds-mains-bouche est une virose due habituellement au virus Coxsackie A16 mais aussi à d'autres Entérovirus, tels que l'Entérovirus 71 et le Coxsackie A6. Elle est très contagieuse par transmission orale ou fécale et touche essentiellement les enfants de moins de 6 ans. Cependant, les cas observés chez les patients adultes sont de plus en plus rapportés ces dernières années dans la littérature, notamment en rapport avec le virus Coxsackie A6. Ces cas sont caractérisés par la possibilité de formes cliniques graves et la morbidité élevée.

Conclusion :

La connaissance du syndrome pieds-mains-bouche chez l'adulte est primordiale afin d'établir précocement le diagnostic et mettre en œuvre une prise en charge adéquate.

Scrofuloderme : Un grand simulateur

Hasna Azendour 1, Sanae Sialiti¹, Kaoutar Znati², Mariame Meziane¹, Nadia Ismaili¹, Laila Benzekri¹,
Karima Senouci¹

1. Université Mohammed V, centre hospitalier universitaire Ibn Sina, service de dermatologie et de vénéréologie, 10170 Rabat, Maroc
2. Université Mohammed V, centre hospitalier universitaire Ibn Sina, service d'anatomo-pathologie, 10170 Rabat, Maroc

Correspondance :

Hasna Azendour, Université Mohammed V, centre hospitalier universitaire Ibn Sina, service de dermatologie et de vénéréologie, 10160 Rabat, Maroc.

hasna.azendour@gmail.com

Scrofuloderma : A great simulator

Une patiente de 62ans consultait dans notre formation pour de multiples ulcérations indolores de la main gauche évoluant depuis 3ans sans aucune amélioration suite à la mise sous antiseptique, traitement antibiotique et antifongique. Dans ses antécédents, on ne retrouvait pas de notion de traumatisme, de piqûre d'insecte ou de contagé tuberculeux. L'examen dermatologique objectivait de multiples lésions ulcéro-bourgeonnantes de la main gauche, dont la plus volumineuse mesurait 2 x 1,5cm, à bordures nettes et violacées, saignantes au contact avec présence de sérosités non purulentes et sans issu de grains. Les lésions reposaient sur un fond œdématisé légèrement pigmenté et siégeaient toutes au poignet, au pouce et au niveau de la face palmaire de l'annulaire. Il n'y avait pas d'atteinte muqueuse associée, les aires ganglionnaires étaient libres et le reste de l'examen somatique notait un gonflement avec déformation de la main gauche. L'étude anatomopathologique d'une biopsie cutanée objectivait une dermite granulomateuse épithéloïde et giganto-cellulaire non nécrosante, sans présence de cellules tumorales, le tout compatible avec une origine infectieuse, sans



individualisation de corps de Leishman ni de filaments mycéliens. L'examen mycologique ne retrouvait pas de mycoses profondes, l'examen cyto bactériologique des sérosités était négatif ainsi que le dosage d'interféron gamma dans le sang total (Quantiferon). La recherche du Bacille de Koch (BK) était négative aussi bien à l'examen direct que sur la culture, cependant elle était positive par polymérase chain reaction (PCR). Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du membre était en faveur d'une fasciite abcédées de la face dorsale de la main gauche avec ostéite du métacarpien de l'index. L'échographie des parties molles permettait de déceler une réaction périostée en regard de l'avant-bras gauche avec collection liquidienne. L'étude bactériologique à la recherche du BK sur prélèvement du liquide articulaire montrait un examen direct négatif, une culture et une PCR positives. Le diagnostic de Scrofuloderme sur un foyer tuberculeux ostéo-articulaire a été retenu. La patiente a reçu un traitement par antibacillaires à base de Rifampicine, Isoniazide, Ethambutol et Pirazinamide pour une durée de 9mois, avec bonne évolution clinique et cicatrisation totale des lésions au bout de 4mois de traitement .

Médecine interne :

LUPUS CUTANÉ CHEZ L'HOMME : À PROPOS DE 7 CAS

C. Jroundi, S. Elloudi, S. Mrabat, A. Oulehri, Z. Douhi, H. Baybay, FZ. Mernissi

Introduction :

Le lupus érythémateux cutané est une dermatose auto-immune qui se manifeste par plusieurs formes cliniques. Il est rarement décrit chez le sujet de sexe masculin, chez qui la forme de lupus chronique discoïde est la plus communément observée.

Matériels et Méthodes :

Étude rétro-prospective menée dans le service de dermatologie du centre hospitalier Hassan II de Fès-Maroc, incluant 7 patients de sexe masculin présentant un lupus cutané.

Résultats :

L'âge moyen des patients était de 46,1ans, avec des extrêmes d'âge allant de 29 à 61ans. L'antécédent de tabagisme chronique était retrouvé chez 5 patients. La notion de photosensibilité était notée chez 4 patients. La durée d'évolution moyenne était de 6,3ans variant entre 1 à 12ans. 6 patients étaient de phototype 4 et 1 patient de phototype 3. Les formes cliniques retrouvées étaient 5 cas de lupus discoïde, 1 cas de lupus tumidus et 1 cas de lupus subaigu annulaire. La localisation au niveau du visage était constante chez tous nos patient, les lésions siégeaient également au niveau du tronc, membres supérieurs. Une localisation particulière de lupus discoïde au niveau génital était retrouvé chez un patient. Un phénomène de Koebner était noté chez un patient avec des lésions de lupus discoïde au niveau des tatouages et des cicatrices d'automutilation. En dermoscopie l'aspect de bouchons cornés, fond érythémateux, vaisseaux linéaires, squames blanchâtres était retrouvé dans tous les cas de lupus discoïde. Les AAN étaient positifs chez 4 patients. Aucun de nos patients n'avait des signes systémiques extracutanés dans le cadre du lupus.

Discussion :

Le lupus érythémateux cutané (LEC) est beaucoup moins fréquent chez les hommes avec un sexe ratio H/F de 1/9. Bien que plusieurs études aient décrit certaines caractéristiques cliniques du lupus cutané chez les hommes des données épidémiologiques et cliniques précises n'ont pas été obtenues. La prévalence du lupus cutané, en particulier chez les



hommes, est plus élevée que celle du lupus systémique et son incidence augmente régulièrement avec l'âge. Le tabagisme paraît jouer un rôle dans la pathogénie du lupus cutané chez l'homme. La forme clinique la plus fréquente reste le lupus discoïde comme est le cas dans notre série. Cliniquement, la forme de lupus subaigu annulaire reste rare chez l'homme et prédomine surtout au niveau des zones photoexposées, certains cas induits par des médicaments ont été décrits dans la littérature. Peu de cas du phénomène de Koebner survenant chez des patients atteints de lupus érythémateux ont été rapportés. Un de nos cas illustre une description particulière de ce phénomène sur des tatouages et des cicatrices de mutilation.

Selon les études le lupus cutané chez l'homme est jugé de bon pronostic pour la majorité des patients et a été associé à un faible risque de développer une atteinte systémique.

Conclusion :

Le lupus érythémateux cutané n'est pas exclusivement féminin, il est important de soulever cette entité et ses différentes caractéristiques chez l'homme.

Calcinose cutanée au cours d'un syndrome de Cushing : une cause rare d'ulcère de jambe

A.Khouna 1, S.Dikhaye 1 ;2, N.Zizi 1;2 .

1 Service de Dermatologie , Vénérologie et Allergologie .

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

CHU Mohammed VI ,Oujda ,Maroc

Introduction :

L'ulcère de jambe est un symptôme de diverses pathologies. Il est rarement secondaire aux calcinose cutanées, vues souvent au cours de l'insuffisance veineuse, du lupus, de la sclérodermie et de la dermatomyosite. Notre connaissance l'association de la calcinose cutanée à un syndrome de Cushing chez un Homme n'a jamais été rapporté dans la littérature, quoiqu'elle est fréquente chez les chiens.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une femme de 33 ans, suivie pour une maladie de Cushing, ayant présenté un ulcère arrondi, propre, douloureux de la jambe droite, surmonté de multiples calcifications blanchâtres . Les radiographies osseuses ont montré de multiples calcifications sous cutanées des 2 jambes (figure 1,b). La biopsie cutanée a montré une panniculite calcifiante avec élimination transépidermique du matériel calcifié. Le bilan biologique : calcémie, phosphorémie, créatinine, AAN, CPK étaient normaux. La TDM CTAP était sans particularités. La patiente a bénéficié d'une surrénalectomie bilatérale et a été mise sous hydrocortisone 30 mg/j. Elle a été mise également sous bisphosphonate 70 mg/ semaine en association avec la colchicine à raison de 1mg/jour avec une cicatrisation complète de son ulcère ainsi qu'une régression de la calcinose sous cutanée à la radiographie osseuse.



Discussion :

Malgré que la majorité des ulcères de jambe provient des causes vasculaires, les causes plus rares devraient être considérées, comme la calcinose cutanée, qui correspond à des dépôts d'hydroxyapatite, forme cristalline du phosphate de calcium, dans la peau. Selon le mécanisme pathogénique impliqué, on distingue la calcinose dystrophique, la calcinose métastatique, la calcinose idiopathique et la calcinose iatrogène. La calcification dystrophique est la cause la plus fréquente et est associée principalement aux connectivites : la sclérodermie systémique, la dermatomyosite, le lupus. Plus rarement elle est associée à la polyarthrite rhumatoïde, le syndrome de Sjögren et la porphyrie cutanée tardive. A notre connaissance nous rapportons le premier cas humain associant une calcinose à une maladie de Cushing. Cette association est rapportée dans la littérature chez les chiens et les chinchillas qui développent une calcinose en réponse à l'hyperadrénocorticisme endogène. Toutefois, sa pathogénie n'est pas encore connue. Deux cas rapportant un ulcère de jambe secondaire à une calcinose sont décrits dans la littérature, l'un au cours d'une sclérodermie et l'autre au cours d'une arthrite rhumatoïde.

Conclusion :

la calcinose cutanée reste une cause très rare de l'ulcère de jambe, un diagnostic et un traitement précoce permettra une cicatrisation de l'ulcère et une éviction des complications telle que l'ossification et les déformations articulaires.

Morphee (à propos de 50 cas): expérience du Service de Dermatologie Ibn Sina

F.El Hadadi¹, L.Mezni¹, K.Znati², M.Meziane¹, N.Ismaili¹, L.Benzekri¹, K.Senouci¹

(1) Department of dermatology
(2) Department of dermatopathology

Mohammed V University in Rabat, Ibn Sina University Hospital, Rabat, Morocco.

Introduction :

morphee ou sclérodermie localisée (LoS) est une forme de sclérose quasi-exclusive de la peau. Nous avons réalisé une étude de 50 cas dont le but était de souligner les aspects épidémiologiques de la morphee au Maroc afin de réaliser un registre national de prise en charge adapté à notre contexte.

Matériel & méthodes :

étude rétrospective descriptive réalisée sur 20 ans (janvier 2000 – Janvier 2020). Les données ont été extraites des dossiers médicaux des patients suivis au service de dermatologie du CHU Ibn Sina de Rabat. Tous nos malades ont été classés selon la classification de Peterson et al. Le traitement des données a été effectué par le logiciel Excel et SPSS. Nos résultats ont été comparés avec



ceux publiées à l'échelle nationale et internationale sur la base de recherches électroniques de PubMed, Sciencedirect et Cochrane Library.

Résultats :

50 cas de morphee ont été colligés. Le sexe ratio était de 4F/1H. L'âge moyen était de 37,86 ans (9 à 80 ans) avec 16% de morphee juvénile. Le délai moyen de consultation était de 29.3 mois. L'association à des maladies autoimmunes été retrouvée dans 18% cas : 4 vitiligo, 3 dysthyroïdie, 2 diabète. Les signes fonctionnels retrouvés étaient des arthralgies chez 4 cas et une dyspnée chez 3 cas.

La morphee en bande était la forme la plus fréquente (54% cas) : 13 formes monoméliques, 6 en coup de sabre, 5 biméliques, 4 tétraméliques. Les membres inférieurs étaient la localisation de prédilection dans 36% cas. La morphee en plaques représentait 42% soit 21 cas. Les autres formes cliniques recueillies étaient : 4 cas de morphee généralisée, 2 cas d'hémiatrophie faciale, 2 cas de fasciite Schulmann suivi de la forme bulleuse, chéloïdienne et l'atrophodermie de Pierni Pasini : 1 cas chacun. 10 patients avaient une association de deux formes (bande et plaque) en même temps. La biopsie cutanée

était réalisée dans 70% cas. La sérologie borréliose réalisée chez 5 patients était négative les AAN étaient

positif chez 17 patients. L'IRM a confirmé l'extension en profondeur de morphee dans 3 cas. La durée moyenne de ttt était de 12 mois. 38% des cas ont nécessité un traitement local (14 dermocorticoïde classe forte et 2 calcipotriol et 3 tacrolimus 0,01%), 52% ont bénéficié d'un traitement général (1cas corticothérapie seul, 12 cas de corticothérapie associé au méthotrexate, 2 patients ont bénéficié d'une

corticothérapie associée à la colchicine, 3 cas un traitement par Piascaldine et 3 cas de photothérapie UVB. Les patients atteints de Parry Romberg ont bénéficié d'une lipostructure. L'évolution était jugée favorable chez 34%, 24% d'échec, 22% de perdus de vue, 14% sont toujours en cours de suivi avec 3 cas de récurrence. Des séquelles fonctionnelles et esthétiques étaient observées dans 4 cas (1 morphee en

bande, 1 morphee en coup de sabre et 2 Parry et Romberg).

Discussion :

au Maroc, la morphee est une entité rare. Elle est plus fréquente chez la femme d'un âge moyen entre 35-39 ans avec un délai de consultation de 24 mois. Ces données épidémiologiques publiées à l'échelle nationale et internationale rejoignent notre étude. La sclérodermie linéaire est le sous-type le plus fréquent, et on remarque que certains de nos cas sont souvent associés à des plaques

on parle de « morphees mixtes » spécialement chez l'enfant. Dans ce cas, les corticoïdes et le méthotrexate représentent le traitement de première intention.

L'amylose cutanée nodulaire primitive, un défi diagnostique



S. Mrabat, Z. Douhi, K. Achehboune, S. Elloudi, H. Baybay, FZ. Mernissi
Service de Dermatologie, CHU Hassan II de Fès

Introduction :

L'amylose cutanée nodulaire primitive (ACNP) la forme la plus rare de l'amylose cutanée primitive localisée (ACPL). Elle correspond à un dépôt dermique de chaînes légères d'immunoglobulines. Nous en rapportons une nouvelle observation.

Observation :

Une femme de 58 ans, présentait depuis 2 ans des lésions asymptomatiques des membres inférieurs et du tronc sans autres signes associés. L'examen a trouvé de multiples plaques jaunes pour la plupart ; parfois violines ou jaune-violacées ; à surface lisse, anéodermique pour certaines. La dermoscopie montrait un fond jaune homogène, entouré par endroits de vaisseaux télangiectasiques. La biopsie cutanée a montré des dépôts faits de vastes nappes d'une substance éosinophile au niveau du derme papillaire et réticulaire. Les colorations aux PAS, Cristal Violet et Rouge Congo étaient positives. Le diagnostic de l'amylose cutanée primitive a été retenu. Le bilan à la recherche de maladie auto-immunes et de gammopathies monoclonales associés est en cours.

Discussion :

L'amylose cutanée nodulaire primitive est la forme la plus rare d'amylose cutanée. Sa prévalence n'est pas bien définie, avec une cinquantaine de cas rapportés dans la littérature. L'âge moyen d'apparition est de 60 ans, sans prédilection de sexe. Sur le plan clinique, il s'agit d'une lésion le plus souvent unique à type de nodule ou de plaque infiltrée, lisse, brillante, d'aspect cireux jaune orangé, parfois hémorragique ou bulleuse, localisée aux membres inférieurs, à la face, au cuir chevelu ou aux organes génitaux. À l'examen histologique, la substance amyloïde apparaît comme une substance amorphe homogène et éosinophile. Seule la coloration par le rouge Congo permet de caractériser les dépôts amyloïdes, avec une biréfringence verte en lumière polarisée. L'immunohistochimie permet de savoir la nature des chaînes légères d'immunoglobuline, Kappa ou Lambda.

Conclusion :

Bien qu'initialement localisée à la peau, elle peut évoluer vers une amylose systémique. Le passage à la forme systémique est estimé à 7 %, ce qui impose la réalisation d'un bilan pour éliminer un myélome, ainsi qu'une surveillance prolongée des patients. En revanche, il n'existe aucun consensus concernant la prise en charge thérapeutique de ces lésions.

LE SYNDROME SAPHO : A PROPOS D'UN CAS.

H.ABURABIE 1, A.KHOUNA 1, H.SADDOUK, N.ZIZI 1,2, S.DIKHAYE 1,2

1-Service de dermatologie, CHU Mohammed VI d'Oujda, Oujda, Maroc.

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

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

INTRODUCTION :

Le syndrome synovite, acné, pustulose palmo-plantaire, hyperostose, ostéite (SAPHO) est une entité



regroupant plusieurs pathologies possédant des caractéristiques communes. Il est essentiellement responsable de manifestations cutanées et ostéo- articulaires, en particulier d'ostéite aseptique. Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 16 ans, chez qui le diagnostic d'un syndrome SAPHO a été retenu et un traitement par adalimumab sera envisagé.

Observation :

A.A est un patient de 16 ans, consultant pour des lésions ulcérao-nécrotique du visage, évoluant depuis 7 mois avant son admission. Notre patient a comme antécédent : une Polyarthralgie récente remonte à deux mois avant son admission, et un épisode de gonflement de sa cheville gauche. L'examen général a trouvé un patient en bon état général avec à l'examen dermatologique : la présence de multiples lésions ulcéro-nécrotique pustuleuse et d'autres végétantes au niveau des deux tempes, de la face latérale des deux joues et au niveau du cou. Le reste de l'examen somatique était sans particularité notamment l'examen abdominal et ophtalmologique. Par ailleurs, l'IRM sacro-iliaque a mis en évidence une sacroiliite bilatérale. Le diagnostic d'un syndrome SAPHO a été retenu, et un traitement par adalimumab a été envisagé.

Discussion :

Le syndrome SAPHO est une affection rare, décrit par Pr.Kahn en 1987 et la Société Française de Rhumatologie. L'étiopathogénie du syndrome SAPHO étant encore mystérieuse, Certaines études suggèrent que les manifestations du syndrome SAPHO font intervenir un mécanisme auto-immun. Il est probable que cette réaction auto-immune soit déclenchée: par une infection microbienne à laquelle l'organisme réagirait de façon inappropriée, ou par des bactéries « mimant » les cellules de l'organisme notamment la peau, les os et les articulations. Le diagnostic du syndrome SAPHO est souvent difficile, d'autant plus que les symptômes varient beaucoup d'une personne à l'autre, et qu'ils n'apparaissent pas tous en même temps. Les auteurs ont défini deux situations qui suffisent à diagnostiquer un syndrome SAPHO : Le cas d'une inflammation osseuse stérile, avec ou sans lésions cutanées, ou le cas d'une atteinte articulaire associée à des lésions cutanées. Il n'existe pas de consensus thérapeutique. Le traitement repose sur les AINS, la sulfasalazine, le méthotrexate ou des corticoïdes à faible dose et sur une courte durée. Enfin, les bisphosphonates ont montré une action favorable non seulement sur les douleurs, mais aussi sur les lésions de pustulose. Certains auteurs ont proposé le recours à un traitement antibiotique prolongé, en tenant compte de la possible implication initiale de bactéries à développement lent dans l'apparition du syndrome SAPHO. Les biothérapies, notamment les anti TNF-alpha ont déjà donné de bons résultats et peuvent être une alternative intéressante, elles permettent de bloquer le TNFalpha, molécule produite naturellement par l'organisme et directement impliquée dans l'inflammation chronique du syndrome SAPHO.

Conclusion :

La recherche génétique qui s'oriente d'une part vers une meilleure compréhension des mécanismes de la maladie, et d'autre part vers de nouvelles solutions thérapeutiques plus ciblées et plus efficaces, améliorera certainement la prise en charge de cette maladie, et permet d'éviter une antibiothérapie prolongée.

" Main de mécanicien" révélant une scléromyosite au anticorps PM-SCL positif.

R.Ajaaouani, F.Z El Fatoiki, H.Skali ,F.Hali, S.Chiheb

Service de dermatologie vénérologie

CHU Ibn Rochd de Casablanca. Maroc

Introduction :

La scléromyosite est un syndrome de chevauchement impliquant deux maladies auto-immunes distinctes, la sclérodermie systémique et, soit la polymyosite (PM), soit la dermatomyosite (DM). C'est le plus commun des syndromes de chevauchement. Nous rapportons un cas colligé dans notre service de dermatologie.

Observation :

Patiente âgée de 20 ans sans antécédents pathologiques particuliers, présentait depuis 3mois une keratodermie palmoplantaire fissuraire avec un prurit généralisé. Le tableau s'est complété par la suite par l'apparition d'une fatigabilité musculaire généralisé associé à des myalgies spontanées, un phénomène de Raynaud et des arthralgies inflammatoires des grosses articulations. Sans photosensibilité ni dysphagie ni dyspnée. L'examen clinique trouvait une hyperkératose fissuraire des pulpes et des bords latéraux des doigts avec un aspect boudiné des doigts, un œdème et érythème palpébrale, un déficit musculaire proximal au niveau de la ceinture pelvienne et membre supérieur, une limitation de l'ouverture buccale à 2cm, sans sclérose cutanée de la face ni sclerodactylie. Au bilan biologique il y avait une rhabdomyolyse avec des créatinine-phosphokinase (CPK) à 16243UI/L, des lactico-déshydrogénase (LDH) à 2212UI/L et des aldolases à 312 UI/L. Il n'y avait pas de syndrome inflammatoire biologique. Sa fonction rénale était normale, le bilan immunologique montrait des anticorps anti-nucléaires positif à 640 d'aspect nucleolaire moucheté avec des anticorps PM100 et anticorps PM75 positif. Une capillaroscopie montrait un aspect de vasculopathie, l'échocoeur était normale. Le scanner thoracique montrait des épaissements septaux postero-baseaux bilatéraux non spécifique. L'électromyogramme a montré un tracé myogène avec des signes myositiques et la biopsie musculaire aspect de myopathie inflammatoire. Le bilan paranéoplasique est revenu négatif. La patiente a été traitée par une corticothérapie 1,5 mg /Kg /j et du méthotrexate à 15 mg /semaine.

Discussion :

La scléromyosite est un syndrome de chevauchement, associant des signes cliniques de la sclérodermie et de la polymyosite ou la dermatomyosite, avec des anticorps anti PM-SCL positif. L'hyperkératose fissuraire des mains donnant un aspect des "mains de mécanicien" est un signe précoce annonciateur d'une scléromyosite, mais aussi d'autre myopathie inflammatoire, il permet également de prédire l'atteinte pulmonaire ce signe clinique a été décrit pour la première fois par Stahl et al. En 1947 chez 8 patients présentant des myopathies inflammatoires. Les anticorps anti PM-



SCL sont typiquement retrouvés dans la scleromyosite, elles sont positifs dans 70% à 90%, cependant ils ne sont pas pathognomoniques, elles peuvent être observés dans d'autres maladies rares. L'originalité de notre observation demeure dans la rareté de la scléromyosite avec anticorps anti PM-SCL positif, ce dernier permet de prédire le pronostic de la maladie.

Ongles et pelade

S. Ben Salem¹; S. Sefraoui¹; N. Zizi^{1,2}; S. Dikhayé^{1,2}

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

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

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

Introduction:

La pelade est une pathologie bénigne, d'origine auto-immune, spécifique d'organe (follicule pileux et ongle), caractérisée par une alopécie non cicatricielle. En effet, la pelade est la cause la plus fréquente de chute de cheveux d'origine inflammatoire (1). Des atteintes oculaires et sudorales ont été rapportées chez des patients peladiques, toutefois, l'atteinte unguéale reste la plus fréquente et la plus caractéristique de la pelade. Le but de notre étude est d'étudier les différentes atteintes unguéales au cours de la pelade.

Matériel et méthodes:

Nous avons mené une étude rétrospective, incluant la totalité des dossiers des patients hospitalisés pour une pelade entre juin 2014 et août 2020. Les dossiers retenus étaient analysés selon une grille comprenant l'âge, le sexe, les antécédents, les atteintes unguéales, la sévérité et l'évolution de la pelade.

Résultats:

Nous avons recensé 21 cas de pelade. Parmi ces patients, 17 avaient une atteinte unguéale soit 81%. L'âge moyen des patients était de $29,4 \pm 12,9$ ans (extrêmes allant de 10 à 66 ans). Nous avons noté une prédominance féminine avec un sexe-ratio H/F de 0,3. Six patients présentaient des antécédents familiaux de pelade soit 29%.

Quant à l'atteinte unguéale, elle concernait uniquement les mains dans 8 cas (38%), uniquement les pieds dans 4 cas (19%) et simultanément les mains et les pieds dans 5 cas (19%). Cette atteinte était à type de ponctuations en dé à coudre chez 10 patients (48%), de striations dans 4 cas (19%), de xanthychie dans 4 cas (19%), de trachyonychie dans 3 cas (14%), de leuconychie dans un cas (5%) et d'onycholyse dans 3 cas (14%). Un même patient pouvait présenter plusieurs atteintes unguéales simultanément (28%)

L'atteinte unguéale était associée à une forme clinique modérée de pelade dans 2 cas (9,5%) et à une forme sévère (décalvante totale, universelle) dans 15 cas (71%).

Parmi les patients avec atteinte unguéale, 2 patients ont eu une bonne évolution de leur pelade avec une repousse (11%) et 15 une évolution défavorable (88%).

Discussion:

La pelade est une pathologie auto-immune touchant essentiellement le cuir chevelu mais aussi, et de façon non négligeable, l'appareil unguéal et cette atteinte unguéale est fortement corrélée à la sévérité de la pelade et à son profil évolutif. Le mécanisme physiopathologique de la pelade ainsi que de l'atteinte unguéale qui l'accompagne reste toutefois mal élucidé. Des phénomènes génétiques et immunologiques sont probablement intriqués dans cette pathologie.

Les résultats de notre étude sont similaires à ceux de la littérature concernant le type d'anomalies retrouvées. En effet, les signes unguéaux sont dominés par les ponctuations en dé à coudre et la trachyonychie. Les autres atteintes retrouvées dans notre étude ont aussi été rapportées dans la littérature, notamment les stries longitudinales, l'oncholyse et la leuconychie. Il est rapporté que les atteintes les moins fréquentes, notamment la trachyonychie et la leuconychie peuvent être secondaires à d'autres affections notamment la présence simultanée d'onychomycoses.

Cependant la fréquence de l'atteinte unguéale est plus élevée dans notre série (88% par rapport à 30-66%) mais cela peut être dû à un biais de sélection (hospitalisation des formes étendues)

Conclusion:

L'atteinte unguéale est fréquente au cours de la pelade. Elle peut prendre plusieurs aspects et peut précéder, accompagner ou faire suite à l'atteinte du cuir chevelu. Toutefois, jusqu'à ce jour, les résultats du traitement de la pelade demeurent décevants.

Références :

1. K Chelidze, SR Lipner Nail changes in alopecia areata: an update and review International Journal of Dermatology, 10 Jan 2018, 57(7):776-783
2. Les ongles au cours de la pelade : résultats d'une étude prospective
December 2017 Annales de Dermatologie et de Vénérologie 144(12):S230
3. Tosti A, Morelli R, Bardazzi F, Peluso AM. Prevalence of nail abnormalities in children with alopecia areata. *Pediatr Dermatol* 1994; **11**:112-5.
4. 2 Kasumagic-Halilovic E, Prohic A. Nail changes in alopecia areata: frequency and clinical presentation. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; 23: 240–241.

Eruption cutanée photo-distribuée chez un sujet âgé dénutri : évoquer la pellagre

M. SIDKI, S. FARAS, O.HOCAR, S. AMAL

Service de Dermatologie, CHU Mohammed VI, Marrakech

Laboratoire biosciences et santé

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech Université Cadi Ayyad



Introduction :

La pellagre est une maladie carencielle rare causée par un déficit en niacine (vitamine B3 ou PP). Elle associe des manifestations cutanées, digestives et neuropsychiatriques. La prise en charge repose sur le diagnostic précoce et la substitution vitaminique adéquate. Nous rapportons l'observation d'un cas de pellagre survenue chez un sujet âgé dénutri.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 70 ans, suivi pour une névralgie faciale sous carbamazépine, édenté avec notion de dénutrition, qui s'était présenté pour une éruption cutanée des zones photo-exposées associée à des diarrhées évoluant depuis 1 mois dans un contexte d'apyrexie et d'altération de l'état général. L'interrogatoire n'avait pas rapporté la notion d'éthylisme chronique ni d'autres prises médicamenteuses. A l'examen clinique, le patient était asthénique et cachectique, l'examen cutanéomuqueux trouvait des lésions en plaques pigmentées et érythémateuses avec desquamation et fissuration au niveau des mains, des avant bras, des pieds et des jambes, surinfectées par endroit, avec un aspect pigmenté et croûteux des pavillons des oreilles, et une chéilite sèche croûteuse. Le reste de l'examen était sans particularités. Le bilan biologique avait révélé un syndrome de malabsorption avec syndrome inflammatoire. Le diagnostic de pellagre a été retenu et le patient a été mis sous traitement associant des soins locaux et une antibiothérapie anti staphylococcique, avec supplémentation multivitaminique, et adressé en consultation de gastro-entérologie pour complément d'exploration. L'évolution clinique sous traitement était favorable avec amélioration rapide des lésions, ce qui constitue un test diagnostique en faveur de la maladie.

Discussion :

La pellagre est une forme rare et grave de carence en niacine, vitamine qui joue un rôle essentiel au sein de l'organisme. La carence peut être secondaire à plusieurs étiologies notamment un syndrome de malabsorption, ou une carence d'apport. L'éthylisme chronique, et certains médicaments tels que le 5-fluoro-uracile, l'isoniazide et le phénobarbital peuvent également être en cause. Le diagnostic positif est clinique et associe une éruption cutanée photo-distribuée, des signes digestifs et neurologiques. Le dosage vitaminique n'est pas indispensable au diagnostic. Le traitement comporte deux volets : La supplémentation vitaminique qui entraîne une amélioration rapide des signes cutanés, neurologiques et digestifs, et le traitement étiologique. Le pronostic dépend de la précocité du diagnostic et l'adéquation de la prise en charge. Sans traitement, l'évolution se fait vers des troubles neurologiques sévères aboutissant au décès. En revanche, sous un traitement bien conduit, le pronostic est favorable et la guérison est rapidement obtenue.

Conclusion :

Bien que la pellagre soit devenue de plus en plus rare dans les pays développés, elle persiste encore dans des pays en voie de développement. C'est un diagnostic qu'il faut savoir évoquer devant une éruption cutanée photo-distribuée notamment chez le sujet âgé dénutri, afin d'établir une prise en charge précoce.

Syndrome de Sweet : un diagnostic à ne pas manquer

S.SEFRAOUI1.M.Benaakrache 1, N.ZIZI1,2 S DIKHAYE1,2



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

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

Introduction :

Le syndrome de Sweet, appelé également dermatose aigue fébrile neutrophilique, est une pathologie rare, décrite pour la première en 1964 par le Dr. Rober Douglas Sweet, elle associe des anomalies cliniques, histologiques et biologiques caractéristiques.

Dans cette observation nous rapportons une présentation clinique atypique chez un patient suivi pour lymphome B à grandes cellules

Observation :

C'est un patient âgé de 40ans, suivi pour un lymphome B diffus à grandes cellules évoluant depuis 3 mois auparavant, ayant présenté une éruption cutanée papulo-pustuleuse folliculaire douloureuse légèrement prurigineuse évoluant vers la nécrose centrale des membres inférieurs dans un contexte de fièvre chiffrée à 38,5°C, faisant évoquer en premier un ecthyma. L'étude bactériologique des pustules était stérile, l'étude histologique a révélé la présence d'un infiltrat neutrophilique majoritairement non altéré en péri vasculaire.

Sur le plan biologique, le patient avait présenté une leucocytose à 12000E/mm³, avec neutrophilie sanguine, une vitesse de sédimentation accélérée, avec élévation de la CRP.

La symptomatologie s'est améliorée avec cicatrisation totale de toutes les lésions sous amoxicilline protégée 3g/jour en association à la chimiothérapie RCHOP.

Discussion :

Le syndrome de Sweet est une dermatose neutrophilique rare, se présentant classiquement et de façon brutale par des lésions douloureuses sous forme de papules, nodules ou plaques érythémateuses asymétriques localisées préférentiellement sur les extrémités supérieures, le visage et le cou, associées à une fièvre élevée, chez notre patient le tableau clinique était atypique, avec présence de lésions pustuleuses folliculaires évoluant vers la nécrose centrale puis la guérison.

Une neutrophilie sanguine et un infiltrat diffus de neutrophiles dans le derme sont caractéristiques.

Le syndrome de Sweet est paranéoplasique dans 10 à 20% des cas, accompagnant, révélant ou faisant suite à une affection maligne qui est hématologique dans 85% des cas, la leucémies en est la cause la plus fréquente, ou solide dans 15% des cas, Les syndrome de Sweet para-inflammatoires sont associés à une maladie du groupe dysimmunitaire telle que la rectocolite ulcéro-hémorragique et la maladie de Crohn. Les infections les plus souvent rapportées sont celles des voies respiratoires supérieures. Les formes secondaires à une prise médicamenteuse incriminent plusieurs classes thérapeutiques et notamment les facteurs de croissance hématopoïétique. Alors que les formes classiques ou idiopathiques sont les plus fréquentes (75%).

Le traitement repose en première intention sur la corticothérapie, généralement suffisante pour atteindre une rémission en association au traitement étiologique, par ailleurs, d'autres alternatives

notamment la colchicine, le méthotrexate ont prouvé leur efficacité dans le traitement de cette pathologie

Conclusion :

Nous rapportons le cas d'un syndrome de Sweet secondaire à un lymphome B à grande cellule qui constitue une association rarement décrite dans la littérature. La connaissance de cette entité est essentielle pour débiter une démarche diagnostique, étiologique et thérapeutique en temps opportun.

Référence :

- A.Caroline et al Neutrophilic dermatoses, pathogenesis, Sweet syndrome, neutrophilic eccrine, hidradenitis, and Behçet disease.. Continuing Medical Education. April.2018
- N.Chemli et al Profil 2tiologique et Clinique du syndrome de Sweet.. La revue de Medecine interne. juin 2015
- H.Bouzidi et al Syndrome de Sweet : étude clinique et anatomopathologique sur 5ans. The Pan African Medical Journal. Avril 2015
- PR. Cohen Sweet's syndrome . a comprehensive review of an acute febrile neutrophilic dermatosis. Orphanet J Rare Dis 2007

Von den Driesch P. Sweet's syndrome (acute febrile neutrophilic dermatosis) J Am Acad Dermatol. 1994;31(4):535–56

Autres :

L'apprentissage en ligne à l'ère de la pandémie COVID 19 : une solution de secours ou une métamorphose de l'enseignement ?

S.Aouali (1); K.Sof (1); N.Zizi (1,2); S.Dikhaye (1,2)

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

(2) Groupe de travail sur le tégument - Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique – Faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda - UMP

Introduction :

À l'heure de la pandémie actuelle et après l'état d'urgence sanitaire déclaré au Maroc, il s'est avéré nécessaire d'avoir recours à la technologie à fin d'assurer la continuité de l'activité pédagogique à tous les niveaux. En particulier les dermatologues qui ont fait preuve d'un dynamisme impressionnant et ont porté un grand intérêt au « e-learning ». L'objectif de notre étude est de décrire l'attitude des résidents en dermatologie marocains et d'évaluer leur degré de satisfaction en ce qui concerne l'apprentissage à distance.



Matériels et méthodes :

C'est une étude transversale descriptive réalisée en Juin 2020, incluant les résidents en dermatologie des 7 centres hospitaliers universitaires du Maroc.

Nous avons utilisé un questionnaire anonyme, comportant 13 questions, portant sur différents items : l'apprentissage en ligne (webinaires / cours en ligne), sa fréquence, le degré de satisfaction, les thèmes des formations choisies et la comparaison avec la formation présentielle.

Résultats :

Quarante huit résidents en dermatologie ont répondu au questionnaire, Nous notons une nette prédominance féminine avec un sexe femme/homme à 23. L'âge moyen est de 27,5 ans. Notre échantillon comporte des résidents des 7 différents CHU du Maroc. Tous les résidents de notre échantillon ont déjà assisté à un webinaire ou un cours en ligne durant la pandémie, dont 55,2% l'ont fait à plusieurs fois par semaine. Les 3 thèmes les plus fréquemment choisis étaient : dermatologie et COVID, dermatologie générale et pathologie unguéale. Des réunions en ligne étaient organisées chez uniquement 32,3 % des participants, dont 18,8 % en faisait de façon quotidienne. 79,2% des résidents étaient satisfaits à très satisfaits de l'apprentissage en ligne. 62 % des participants trouve que cette méthode d'apprentissage à distance offre une opportunité d'assister à des conférences de renommée, 52,1% se concentrent plus facilement en ligne. Alors que 22,9% pensent que la formation présentielle a plus d'impact sur leur apprentissage. Pour les événements scientifiques à venir, 66,7% préfèrent un format hybride (présentiel et en ligne à la fois). les $\frac{3}{4}$ des résidents expriment leur envie de poursuivre l'apprentissage en ligne après le déconfinement.

Discussion :

La pandémie du coronavirus est venue forcer le monde entier à s'orienter brusquement vers le monde virtuel. L'état d'urgence sanitaire a imposé la suspension abrupte des cours présentiels, ce qui a fait de la formation en ligne l'unique moyen d'assurer la continuité de l'apprentissage. A l'instar de tous les domaines, la dermatologie a connu une impulsion à l'apprentissage en ligne, une méthode qui a commencé comme une solution d'urgence et qui a fini comme une véritable opportunité. Les technologies d'aide à l'apprentissage mettent à disposition de nouvelles possibilités d'accès à l'information où les frontières nationales ne jouent plus aucun rôle, avec l'organisation de webinaires dont la majorité sont accessibles sans restriction à tous les résidents. Cependant, l'inconvénient reste le côté relationnel qui se perd dans ces progrès technologiques, ainsi que les risques de sécurité de l'information et des défauts techniques. Suite à l'expérience de l'université de Pékin, des recommandations sur le bon usage de l'apprentissage en ligne étaient publiées, dont le but est d'assurer une meilleure assimilation des cours.

Conclusion :

Le recours à l'apprentissage en ligne était initialement une pure solution de secours, mais ses qualités de praticabilité et d'accessibilité mènent à reconsidérer sa place en particulier dans notre spécialité qui est en perpétuel développement.



Cadre médico-légal en dermatologie : connaissances, attitudes et pratiques des dermatologues marocains

A.Khouna 1, N.Zizi 1;2, S.Dikhaye 1;2.

1 Service de Dermatologie , Vénérologie et Allergologie .

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

CHU Mohammed VI ,Oujda ,Maroc

Introduction :

L'éthique fait partie intégrante de la pratique médicale, englobant un ensemble de principes moraux qui applique des valeurs à la pratique de la médecine clinique et à la recherche scientifique, que ça soit en dermatologie ainsi qu'en esthétique. La présente étude a pour objectif d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques comportementales liées à l'éthique en pratique médicale chez les dermatologues marocains.

Matériels et méthodes :

C'est une étude connaissances, attitudes et pratiques (étude CAP), descriptive transversale étalée sur 4 mois (Mai 2020 – Aout 2020). Un formulaire de 15 questions crée sur Google forms, a été envoyé par email aux dermatologues marocains.

Résultats :

Nous avons colligé 68 réponses, avec une prédominance féminine de 83%. Soixante-six pourcent travaillaient dans le secteur public. Soixante douze % affirmaient n'avoir jamais reçu une formation en déontologie médicale marocaine et 47 % jugeaient avoir des connaissances insuffisantes en déontologie dermatologique et esthétique. Les interrogés ont jugé le consentement nécessaire lors de la prise des photos des patients en premier lieu, suivi des traitements chirurgicaux et/ou interventionnels, suivi des traitements médicaux et puis des examens para-cliniques avec des pourcentages respectivement de 32%, 26% et de 12%. Et puis en dernier lieu l'examen clinique (8%) et l'interrogatoire (4%). Le consentement était oral dans 67% des cas et écrit dans 33% des cas. Une explication détaillée sur le traitement proposé, son efficacité, ses complications, son coût, les alternatives thérapeutiques étaient fournis à tous les patients par 38% des dermatologues, au cas par cas par 33 % et jamais fournis dans 11% des cas.

Discussion :

Le patient dispose d'un recours judiciaire pour faire valoir ses droits et engager en cas de préjudice la responsabilité des auteurs de ces violations. Plus que les 2/3 des dermatologues jugent avoir des connaissances éthiques insuffisantes, par rapport au tiers des médecins toutes spécialités confondues rapporté par une étude marocaine récente. Le consentement libre et éclairé est exigé par environ le tiers des dermatologues. En particulier, en dermatologie, la photographie d'un patient est un acte

médical courant. Dans notre étude elle occupe la première place en matière de demande de consentement.

Conclusion :

L'éthique médicale repose sur un ensemble de valeurs auxquelles les professionnels de santé peuvent faire référence en cas de conflit ou de problèmes éthiques. Pour y remédier, une bonne maîtrise du code déontologique s'avère nécessaire.

Qualité de vie des patients consultant pour un ongle incarné

M.Mouradi, FZ.Elfatoiki, H.Sqalli, F.Hali,S.Chiheb

Introduction :

Les ongles incarnés sont fréquents chez les jeunes adultes. Les facteurs favorisants sont divers dominés par la compression mécanique. Ils causent différents signes fonctionnels qui affectent la qualité de vie du patient. Peu d'études se sont penchées sur cet aspect de cette pathologie pourtant très fréquente.

Matériel et Méthodes :

Etude prospective entre Mai 2019 et Décembre 2019 incluant 30 patients ayant consulté pour ongle incarné au CHU Ibn Rochd Casablanca.

Après interrogatoire et examen clinique, les patients ont répondu au questionnaire du DLQI traduit en arabe et adapté au contexte marocain validé après consentement avisé.

Résultats :

L'âge moyen des patients était de 27,9 ans avec des extrêmes de 7 à 62 ans. 85% était d'origine urbaine. Les facteurs favorisants les plus retrouvés étaient une pratique sportive régulière 53,3%, le port de chaussures étroites 43,3% et les mauvaises habitudes de couper ongles 40%. Les comorbidités les plus associées étaient le tabagisme et l'atteinte neurologique périphérique. L'examen clinique retrouvait une atteinte unilatérale dans 66% des cas, avec une atteinte prédictive du gros orteil. 60% des patients avaient des atteintes sévères classées stades 2 et 3. Le score de DLQI objectivait un effet important avec un score 11 à 20/30 chez 57% des patients, un effet extrêmement important entre 21-30/30 chez 30% des cas. Les items les plus concernés étaient le choix de chaussures, la douleur au quotidien, puis la pratique de sport et de loisirs.

Discussion :

L'ongle incarné a un impact sur la qualité de vie qui varie de modéré à sévère avec un score total de DLQI classé comme «important» et une altération «très importante» de la qualité de vie comparé à d'autres pathologies dermatologiques chroniques et affichantes comme le psoriasis ou encore le vitiligo. Il est important de souligner que la principale population touchée est constituée d'adultes jeunes en âge de travailler. Le sexe féminin, le jeune âge, et une atteinte clinique sévère (atteinte bilatérale, 2 GO, STADE 3) sont associés à un score DLQI plus élevé.

Conclusion :

L'ongle incarné est une pathologie courante accessible à un traitement chirurgical efficace, quand bien pratiqué par un professionnel. Une sensibilisation avec des campagnes concernant la prévention



des facteurs de risque, et un traitement précoce et adapté peut réduire la morbidité et l'impact négatif sur la qualité de vie des patients.

Impact de la pandémie au Covid 19 sur la pratique médicale

des dermatologues marocains

A.Khouna 1, N.Zizi 1;2 , S.Dikhaye 1;2.

1 Service de Dermatologie , Vénérologie et Allergologie .

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

CHU Mohammed VI ,Oujda ,Maroc

Introduction :

La pandémie liée au coronavirus (SARS-CoV-2), responsable de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), a constitué une situation particulière et délicate en matière des pratiques médicales, poussant les dermatologues à changer leurs attitudes médicales afin de s'adapter à cette situation.

Note étude avait pour but d'évaluer l'impact de cette pandémie sur la pratique médicale quotidienne des dermatologues marocains.

Matériels et méthodes :

Un formulaire de 20 questions était créé sur Google forms, contenant des questions sur le dermatologue (anonyme) et sur ses attitudes durant la pandémie. Le formulaire a été partagé sur les groupes de dermatologues sur les réseaux sociaux (What's app, Facebook), ainsi que par email.

Résultats :

Nous avons colligé 76 réponses, avec une prédominance féminine de 87%. Soixante deux pourcent travaillaient dans le milieu public. Les consultations des urgences étaient maintenues chez 83% des dermatologues et arrêtées par 17% des cas. La téléconsultation était utilisée par 78% des médecins et 14% des dermatologues pensaient qu'elle peut remplacer une consultation présentielle, tandis que 42% étaient contre la télédermatologie. Le réseau social le plus utilisé pour la téléconsultation était le What's app dans 87% des cas. Le motif le plus fréquent de consultation était la dermite irritative des mains dans 46% des cas. Soixante deux pourcent des dermatologues n'adhéraient pas littéralement aux nouvelles opinions publiées concernant la prise en charge des différentes pathologies à l'ère de la pandémie. Pour la corticothérapie orale au long cours, 63 % ont baissé la dose à une dose minimale efficace. Concernant les biothérapies, les anti TNF alpha, anti IL12/IL23 et les anti IL17 étaient maintenues par 62% des dermatologues. Cependant, 73% des dermatologues ont reporté les perfusions du Rituximab. Quatre vingt pourcent assistaient aux conférences en ligne et 57% souhaitaient une continuité de cette activité après la pandémie.

Discussion :



La situation actuelle a forcé la fermeture de nombreux services de dermatologie dans la plupart des pays. La majorité des consultations (sauf les urgences) en dermatologie étaient reportées par mesure de précaution pour limiter la propagation du SARS-CoV-2, ralentir la pandémie et contrôler les taux d'incidence élevés. La télédermatologie est devenue un impératif, cependant elle n'a pas pu être implantée dans tous les pays, notamment les pays en voie de développement, en raison des problèmes de prise en charge et de remboursement. Le covid 19 a fait couler beaucoup d'encre, avec une moyenne de 64 publications par jour, parlant des manifestations dermatologiques du Covid-19 ainsi que les différentes réflexions visant à gérer les différentes dermatoses.

Conclusion :

Les dermatologues marocains ont pu s'adapter à cette situation sans précédent en favorisant la télédermatologie et la télé-information.

Dermatologie à l'officine : connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des pharmaciens.

A.Khouna 1, H.Aburabie 1, H.Daflaoui 1, S.Dikhaye 1,2, N.Zizi 1,2.

1 Service de Dermatologie , Vénérologie et Allergologie.

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

CHU Mohammed VI ,Oujda ,Maroc

Introduction :

Le pharmacien est amené à recevoir plusieurs demandes de conseils ou consultations dermatologiques à cause du caractère visible des dermatoses. En effet le pharmacien d'officine est souvent le premier professionnel de santé consulté face à un problème dermatologique. Notre étude vise à étudier la fréquence et la nature des demandes de conseils en Dermatologie dans une pharmacie d'officine au Maroc ainsi que les pratiques courantes des pharmaciens d'officine.

Matériels et méthodes :

Un questionnaire était partagé sur des réseaux sociaux (Facebook, what's app) via des groupes de pharmaciens. Le questionnaire comprenait des données sur le profil du pharmacien répondeur (anonyme) et 15 items sur ses connaissances, croyances et pratiques professionnelles.

Résultats :

Trois cent quarante deux pharmaciens d'officine ont répondu au questionnaire. La moyenne d'âge était 36 ans. Cinquante sept pourcent affirmaient avoir participé à une formation en dermatologie. Le pourcentage des patients qui consultaient en premier en pharmacie allait de 30 à 40 % chez 53% des pharmaciens. La pathologie dermatologique constituait le quart de l'ensemble de la consultation chez 38% des pharmaciens. Les demandes étaient faites par les femmes selon 90% des pharmaciens. Elles concernaient la pathologie



dermatologique dans 63,4% des cas et la cosmétologie dans 36,6% des cas. Les pathologies les plus fréquentes étaient les mycoses (46,7%), l'eczéma (23,3%) suivis par l'acné (13,3%). Les traitements le plus souvent conseillés sont les traitements locaux dans 56,8%, représenté par les antimycosiques dans 60% des cas. Les traitements oraux les plus conseillés étaient les antihistaminiques dans 57% des cas. Pour les dermocorticoïdes 43,3% des pharmaciens se jugent maitriser les classes des dermocorticoïdes, tandis que 18% sont demandeurs d'une formation dans ce sens.

Discussion :

La dermatologie à l'officine a été étudiée sur le plan théorique dans de nombreux travaux et notamment dans diverses thèses. Rares sont les études visant à évaluer la pratique quotidienne d'un pharmacien d'officine.

Dans la littérature, les demandes d'avis dermatologiques variaient de 0,3% à 0,6% de l'ensemble des consultations. Le pourcentage élevé des consultations en officine dans notre cas pourrait être expliqué par la difficulté d'accès au soin dans notre pays.

Nous rejoignons les autres études par la prédominance des consultations de pathologie, prédominées par les femmes avec un pourcentage de 60% des cas en France. Dans la littérature, 70% des cas et chez plus que la moitié des pharmaciens de notre étude, le traitement topique est proposé en premier.

Contrairement à notre étude, dans la littérature, les anti-herpétiques topiques sont conseillés en seconde position, après les antiseptiques et les pansements, suivis par les antibactériens et les dermocorticoïdes.

Conclusion :

Notre étude a permis de rapporter la fréquence et la nature des demandes d'avis en Dermatologie en pharmacie d'officine, ainsi que les décisions diagnostiques et thérapeutiques prises par le pharmacien.

Des bulles de la face dorsale des mains et des pieds, à quoi penseriez-vous ?

I.BENSLIMANE KAMAL¹, F.HALI¹, K.BALINE¹, O. BATTAS²,S.CHIHEB¹

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

² Service de psychiatrie, CHU Ibn Rochd Casablanca, Maroc

Introduction :

La pathomimie est un type de trouble factice, provoqué consciemment par le patient lui-même et pour laquelle il nie toute responsabilité. Nous rapportons un cas de pathomimie cutanée chez un adulte, dont le diagnostic a erré, conduisant à une hospitalisation et des bilans abusifs.

Observation :

Un patient de 58 ans, suivi pour hépatite virale C et maladie de Crohn sous corticothérapie et salazopyrine. Avait présenté 15 jours avant son hospitalisation, l'apparition au niveau de la face



dorsale des deux mains puis après quelques jours au niveau de la face dorsale des deux pieds, de lésions bulleuses, douloureuses, confluentes laissant place à de larges érosions et une grosse jambe rouge gauche dans un contexte de fièvre. L'interrogatoire avait précisé la notion d'arrêt du traitement de fond de son crohn3 semaines avant l'apparition des lésions cutanées. Cette donnée nous avait conduit en erreur, ainsi des bilans biologiques et de multiples biopsies cutanées étaient réalisés, révélant une nécrose épidermique. Devant l'aspect clinique des lésions typiques de brûlure sur des zones accessibles et incompatibilité des lésions avec une dermatose définie, le diagnostic de pathomimie était suspecté. L'examen psychiatrique avait révélé des idées suicidaires sur un terrain psychotique. Le patient était mis sous antibiothérapie pour son érysipèle, sous bain antiseptique avec pansement quotidien adapté; avec début de cicatrisation des lésions; et sous traitement de sa psychose. Après sa sortie, notre patienta été perdu de vue.

Discussion :

Nous rapportons ce cas sa leur valeur didactique. La pathomimie cutanée est un type de trouble factice, provoqué par le patient lui-même, on assiste alors à la création d'autolésions cutanées et le patient nie toute participation à leur création et à leur entretien. Le tableau est souvent stéréotypé avec des lésions bizarres sur des zones accessibles et une histoire clinique floue. La pathomimie touche principalement les femmes (13F/1M). Le diagnostic est souvent tardif. Le spectre clinique s'étend de l'érosion superficielle le plus fréquemment, à des lésions hyper ou hypopigmentées, des excoriations, des lésions ulcérées; créées par des agents physiques ou chimiques; lésions infectieuses cutanées à type d'abcès ou de cellulites par injection de matériel souillé, granulomes unguéaux, contusion, purpuriques, jusqu'à un stade plus évolué de croûtes et de cicatrices. L'anxiété, la dépression et les troubles de la personnalité sont souvent notés chez ces patients. La disparition forcée des lésions est possible par pansement occlusif, avec pour conséquence possible l'apparition de lésions semblables ailleurs. La difficulté réside dans la prise en charge psychologique, il est déconseillé de confronter directement le patient, la meilleure attitude est de lui cacher que l'on a compris. La proposition d'emblée d'une consultation psychiatrique peut être perçue comme un rejet de la part du médecin avec un risque d'aggravation des lésions. Néanmoins la nécessité d'une consultation psychiatrique s'impose par la suite.

Conclusion:

La pathomimie cutanée est un diagnostic d'élimination, il doit être suspecté quand les lésions cutanées ne cadrent avec aucune dermatose et si les lésions siègent sur des zones accessibles à la main dominante. Il s'agit d'une manifestation psychopathologique difficile à prendre en charge et nécessitant une coopération entre dermatologue et psychiatre.



**Bilan d'une enquête de dépistage des maladies cutanées en
faveur des tanneurs de cuir de la ville de Marrakech**

Lyda El faqyr, Ouafa Hocar, Said Amal
Service de Dermatologie-Vénérologie
Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI
Faculté de Médecine et de Pharmacie-Université Caddi Ayyad
Marrakech

Introduction :

Les tanneurs de Marrakech ont fait leur apparition depuis la fondation de la ville en 1062, le tannage et la production de produits en cuir constituent encore une activité à valeur traditionnelle et économique importante. La transformation d'une peau brute en cuir fini se fait en plusieurs étapes. Le pré-tannage (trempage, épilation et chaulage, délimitation, lavage, badigeonnage et dégraissage), tannage (décapage, tannage au chrome, stockage humide, tri, fendage et rasage), finition humide (dos mouillé, neutralisation, retannage, lavage, liquéfaction des graisses, teinture et lavage), procédé à la machine à sec (durcissement, séchage, empilage, rasage, parage et pressage) et finition (pulvérisation, séchage et polissage). Les 130 produits chimiques identifiés (à travers le monde) utilisés dans le tout le processus varient du sel commun (chlorure de sodium) au sulfate de chrome. Ce travail laborieux qui a lieu sous les rayons solaires expose les tanneurs à être en contact avec de nombreux produits chimiques toxiques.

Matériels et Méthodes :

A l'occasion de la sixième édition de la semaine nationale de l'artisanat, une caravane médicale multidisciplinaire a été organisée en faveur de 400 personnes, englobant les tanneurs de la ville de Marrakech et leurs familles. Les prestations médicales ont concerné la médecine générale, la neurologie, l'ophtalmologie, la pneumologie, et la dermatologie. Le triage des patients en fonction de leurs plaintes a été fait par des infirmiers polyvalents. Nous rapportons les résultats de l'examen dermatologique réalisé chez les tanneurs qui sont venus pour une plainte cutanée au premier plan, les membres de famille n'ont pas été inclus.

Résultats : Nous avons inclus 36 tanneurs, tous des hommes, avec un âge moyen de 45 ans, avec des extrêmes allant de 31 à 62 ans. Tous travaillaient dans les tanneries de cuir à des niveaux différents. Le tiers des patients étaient des tabagiques chroniques. Le quart des patients avaient déclaré ne pas utiliser des gants de protection. 48 % des patients avaient une kératodermie palmaire et/ou plantaire. 52% avaient des altérations unguéales (onycholyse, pachyonychie, onychoschizie, mélanonychie, paronychie chronique). 22% des patients avaient un eczéma chronique des mains. 8% des patients avaient un prurit chronique sans lésions dermatologiques. 10% avaient des mycoses superficielles. Deux patients avaient un psoriasis, un patient avait un lichen scléreux extra-génital, et un patient avait un hamartome de Jadassohn avec suspicion de transformation, un patient avait un kyste scrotal, et un patient avait des cicatrices chéloïdes.



Discussion :

Les dermatoses professionnelles sont définies par toute altération de la peau induite ou aggravée par l'environnement du travail. Peu d'entre elles présentent un aspect clinique ou paraclinique pathognomonique. A cause de la grande surface cutanée, cet organe est particulièrement vulnérable aux dermatoses professionnelles. La présente série a retrouvé essentiellement des kératodermie palmo-plantaire, et des altérations unguéales secondaires aux traumatismes répétés lors de la manipulation des machines destinées à l'épilation et le dégraissage. Des dermatoses d'hypersensibilité, la capacité du chrome (indispensable pour le tannage) à se lier aux protéines épidermiques produit des complexes Ag-Ac responsables de cette sensibilisation. La fréquence des mycoses superficielles est expliquée par les environnement humides utilisés dans les tanneries, la manipulation de peau animale potentiellement contaminée et le manque des mesures d'hygiène. Les travailleurs des tanneries sont exposés à des produits potentiellement carcinogènes (sels de chrome, l'arsenic, le benzène et le formaldéhyde, et autres), cependant nous n'avons pas relevé de cas de cancer cutané, hormis un cas d'hamartome de Jadassohn érodé et saignant dont l'exérèse était refusée par le patient. Pour les dermatoses inflammatoires, nous avons relevé 2 cas de psoriasis en plaque (soit 5% des patients) et 1 seul cas de lichen scléreux (soit 2,6% des patients), incidence qui ne semble pas différente d'une population non exposée, pourtant le rôle des substances chimiques sus-citées pourrait être éventuellement discuté dans le déclenchement du processus inflammatoire.

Conclusion :

Les dermatoses mécaniques, d'hypersensibilité et les dermatoses infectieuses s'avèrent les plus fréquentes chez les tanneurs de cuir. Une attention particulière doit être accordée à la santé de ces ouvriers, par la mise en place d'un service de médecine de travail, et par l'organisation à plus grande échelle de caravanes médicales multidisciplinaires incluant au mieux des prélèvements microbiologiques, cutanés et phanériens, et des tests épicutanés pour appuyer le caractère professionnel de ces dermatoses.

Pathomimie : carrefour dermato-psychiatrique

L. Araqi Houssaini (1), F. Hali (1), M. Alami Mejjati (2), S. Chiheb (1)
(1) : Service de dermatologie et de vénéréologie, CHU Ibn Rochd de Casablanca
(2) : Service de psychiatrie, CHU Ibn Rochd de Casablanca
Université Hassan II, Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

Introduction

La pathomimie cutanée est une forme particulière de troubles factices caractérisée par des lésions cutanées entretenues pour satisfaire un besoin psychologique dont le patient n'a pas conscience.

Nous en rapportons un cas révélé par des lésions du visage.



Observation

Patiente de 23 ans, sans antécédents pathologiques, consultait pour des lésions du visage évoluant depuis deux ans. L'examen clinique retrouvait un érythème du visage en vespertilio, surmonté de lésions érosives, sans photosensibilité, ni chute de cheveux ni arthralgies ni autres signes à l'examen. Toutefois, devant la disposition des lésions, un bilan immunologique et une biopsie cutanée ont été

réalisés afin d'éliminer un lupus ; revenant normaux. Devant l'absence de signes orientateurs vers une pathologie cutanée connue ainsi que la négativité des examens paracliniques, une pathomimie cutanée a été évoquée. La patiente a bénéficié d'un entretien psychologique révélant une personnalité borderline associée à un syndrome dépressif. Le diagnostic de pathomimie cutanée a été retenu. La patiente a été mise sous crème cicatrisante avec pansement occlusif et traitement antidépresseur. L'évolution a été marquée par la cicatrisation des lésions.

Discussion

La pathomimie est une maladie auto provoquée de la peau faisant suite à une souffrance psychique. Elle constitue l'un des problèmes diagnostiques les plus complexes en raison de la multiplicité de ses aspects cliniques. Chez notre patiente, la disposition en vespertilio mimait un lupus. En effet, cette pathologie est un diagnostic d'élimination reposant sur un faisceau d'arguments : l'âge jeune, la localisation au niveau des zones accessibles, les lésions n'appartenant à aucune affection cutanée connue, les bilans paracliniques normaux et la présence d'arguments positifs psychologiques.

La collaboration entre dermatologue et psychiatre est essentielle afin d'élaborer un projet thérapeutique commun. Parfois, l'hospitalisation est nécessaire afin d'éloigner le patient de son entourage pouvant être source de ses troubles, et améliorer ainsi sa prise en charge.

Mais que cache ce sein?

Hasna Kerrouch^o, Rachid Frikh, Naoufal Hjira

^oService de Dermatologie de l'hôpital Militaire d'instruction Mohammed V- RABAT-MAROC

Contact: Hasna Kerrouch Email: hasnakerrouch@gmail.com

Introduction

La pathomimie cutanée est une forme particulière de troubles factices, relativement rare, caractérisée par des lésions cutanées entretenues pour satisfaire un besoin psychologique, dont le patient n'a pas conscience. Nous rapportons un cas de pathomimie révélée par des lésions cutanées unilatérales atypiques.

Observation

Patiente de 40 ans, célibataire, suivie depuis 2 ans pour une dépression sous antidépresseurs sans nette amélioration, qui présentait depuis 1 ans un placard inflammatoire douloureux du sein droit associé à des érosions du quadrant inféro-externe et interne du sein droit (Figure 1) Il n'y avait pas



d'écoulement mamelonnaire, de nodule palpable ni d'adénopathies, le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général.

Les diagnostics évoqués étaient : une maladie de Paget, une mastite carcinomateuse, un érythème pigmenté fixe bulleux. Le bilan biologique, les prélèvements bactériologiques et mycologiques ainsi que l'échographie mammaire étaient sans anomalies. La biopsie cutanée avait montré un infiltrat inflammatoire non spécifique sans atypies cyto-nucléaires.

L'évolution a été marquée par la persistance des lésions sous traitement local et antibiothérapie orale. La patiente a été hospitalisée 15 jours plus tard. L'évolution était marquée par une cicatrisation rapide de toutes les lésions sous pansement sec et

traitement local uniquement. Par ailleurs, un interrogatoire plus poussé avait révélé un milieu familial conflictuel avec des troubles du sommeil et une fragilité émotionnelle excessive. Le diagnostic de pathomimie a été alors retenu.

Discussion

La pathomimie est une maladie relativement rare, auto-provoquée dans un état de conscience par le patient lui-même, au niveau de son revêtement cutané-muqueux ou de ses phanères. Elle constitue l'un des problèmes diagnostiques et thérapeutiques les plus complexes en dermatologie. Les aspects cliniques cutanés sont très variés mimant des infections à répétition ou des plaies chroniques tardant à cicatriser. Le tableau est souvent stéréotypé avec des lésions bizarres situées sur des zones facilement accessibles.

Dans notre cas, le diagnostic de pathomimie a été retenu devant un faisceau d'arguments cliniques, et la négativité des données paracliniques avec l'absence de lésions spécifiques histologiques éliminant une dermatose connue, dans un contexte social conflictuel particulier. La prise en charge de la pathomimie repose sur un traitement médical associé à une prise en charge psychologique.

Conclusion

La pathomimie est une affection rare dont le pronostic est mal connu. Une collaboration entre dermatologue et psychiatre semble essentielle afin d'élaborer un projet thérapeutique commun.

Le profil épidémiologique des affections dermatologiques au Moyen Atlas : une étude Rétrospective.

A. Bahi ; S. Amal ; W. Hocar

Service de dermatologie, Hôpital Arrazi, CHU de Marrakech, Maroc

Introduction :

La Région d'Azilal et son entourage est caractérisée par un profil épidémiologique des affections dermatologiques favorisé par la pauvreté, la précarité et les conditions météorologiques défavorables.

La rareté des études relatives au profil épidémiologique des dermatoses dans ce milieu justifie cette étude.

Matériel et Méthode :

Nous présentons une étude rétrospective étalée sur une



durée d'un mois du 28/11/2018 au 28/12/2018 au sein de l'hôpital militaire médico-chirurgical de compagnie implanté à Ouaouzghat (Azilal) au sein du moyen atlas.

Observations :

Nous avons fait l'étude de 113 consultations vues au sein de l'hôpital militaire de compagnie durant la période du 28/11/2018 au 28/12/2018. Les variables étudiées étaient l'Age, le sexe et le type de pathologie dermatologique.

Résultats :

Les affections les plus fréquentes étaient les dermatoses Infectieuses 34% (Gale :12,81% , Mycose :8,84% , Furoncle :1,76% Ecoulement Génital 3,53% Erysipèle: 2,65%, Zona 1,76%, Leishmaniose : 2,65% suivies des dermatose Immuno Allergiques 27% dominées par l'Eczéma, la pathologie tumorale: 16,81% (Lipome :9,73%, Loupe : 4,42%, Suspicion de pathologies tumorale malignes: 2,65%) et les autres dermatoses; Acné: 5,42%, Prurit 7.04%, Lupus: 2,65%, Rosacé 1,76%, Hypodermites: 2,65%, les Acro Syndromes: 2,65%.

Discussion :

Ces résultats donnent une idée sur le profil épidémiologique des maladies dermatologiques dans une zone isolée au Maroc caractérisée par la prédominance des pathologies infectieuses favorisées par la pauvreté et le manque d'hygiène et les pathologies immuno- allergiques dont le rôle du climat paraît très important .

Conclusion :

Une étude du profil épidémiologique des maladies dermatologiques au sein du moyen atlas permet de mettre en œuvre des stratégies thérapeutiques adaptées à cet endroit isolé du Maroc.

Les urgences dermatologiques au CHU Ibn Rochd de Casablanca : à

propos de 843 cas

El Arabi Y, Hali F, Dahbi Skali H, Chiheb S.
Service de dermatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.

Introduction :



L'urgence dermatologique est une dermatose aiguë, apparue en moins de 5 jours, invalidante par son caractère douloureux et pouvant engager le pronostic fonctionnel ou vital du patient. Son traitement s'impose dans les plus brefs délais. L'objectif de notre travail est de déterminer la fréquence des pathologies reçues en urgence au service de dermatologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca.

Matériel et méthodes :

C'est une étude rétrospective descriptive, menée du 1^{er} Mai 2018 au 1^{er} Mai 2020, incluant tous les patients vus pour une urgence dermatologique.

Résultats :

Il s'agit de 843 patients vus pour une urgence dermatologique vraie et dont l'âge moyen est de 46,95 ans avec une prédominance masculine (53,2%). La population étudiée est composée de 709 adultes (84,10%) et 134 enfants (15,9%). Les patients provenaient en majorité des services des urgences (53,5%). Les pathologies les plus fréquentes rencontrées chez les adultes sont : les érysipèles (34,04%), différentes dermatoses infectieuses (15,18%) notamment les zozas (7,59%), les toxidermies (10,2%) qui se présentent sous forme d'exanthème maculo-papuleux simple (5,93%), de syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse (1,66%), de syndrome de Lyell (0,95%), de pustulose exanthématique aiguë généralisée (0,71%), de syndrome de Stevens-Johnson (0,47%) et d'érythème pigmenté fixe (0,47%), ainsi que les dermatoses bulleuses auto-immunes (9,25%). Quant à la sous-population pédiatrique, les pathologies fréquemment rencontrées sont : les éruptions virales (6,4%) principalement la varicelle (3,55%) et la gingivo-stomatite herpétique (2,37%), ainsi que les toxidermies (4,74%) à type d'exanthème maculo-papuleux simple (4,03%) et de syndrome de Stevens-Johnson (0,71%). Par ailleurs, 235 patients, tout âge confondu, ont nécessité une hospitalisation (27,88%), alors que le reste des patients a pu suivre une prise en charge à titre externe avec une bonne évolution.

Discussion :

Peu de travaux ont été consacrés à la prévalence des urgences dermatologiques. Leur fréquence reste importante dans notre pays, vu le nombre de patients reçus. Les pathologies rencontrées sont très diverses et sont susceptibles d'entraîner une morbi-mortalité non négligeable en absence de prise en charge optimale dès les premières heures. Par rapport aux travaux antérieurs, notre série se différencie par la fréquence importante des dermatoses infectieuses (58,08%) alors qu'elle ne dépasse pas une moyenne de 30 % dans la littérature. Ces dermatoses sont essentiellement dues à la fréquence des déséquilibres diabétiques, à la négligence des portes d'entrée, au non-respect des mesures d'hygiène et à la difficulté d'accès aux structures de soins.

Conclusion :

L'analyse des motifs dermatologiques de consultation en urgence démontre la prédominance des dermatoses infectieuses dans notre contexte, ce qui permettra d'élaborer un guide pratique pour une prise en charge optimale dans le futur.



Qualité de vie des patients consultant pour un ongle incarné

M.Mouradi, FZ.Elfatoiki, H.Sqalli, F.Hali,S.Chiheb

Introduction :

Les ongles incarnés sont fréquents chez les jeunes adultes. Les facteurs favorisants sont divers dominés par la compression mécanique. Ils causent différents signes fonctionnels qui affectent la qualité de vie du patient. Peu d'études se sont penchées sur cet aspect de cette pathologie pourtant très fréquente.

Matériel et Méthodes :

Etude prospective entre Mai 2019 et Décembre 2019 incluant 30 patients ayant consulté pour ongle incarné au CHU Ibn Rochd Casablanca.

Après interrogatoire et examen clinique, les patients ont répondu au questionnaire du DLQI traduit en arabe et adapté au contexte marocain validé après consentement avisé.

Résultats :

L'Age moyen des patients était de 27,9 ans avec des extrêmes de 7 à 62 ans. 85% était d'origine urbaine. Les facteurs favorisants les plus retrouvés étaient une pratique sportive régulière 53,3%, le port de chaussures étroites 43,3% et les mauvaises habitudes de couper ongles 40%. Les comorbidités les plus associées étaient le tabagisme et l'atteinte neurologique périphérique. L'examen clinique retrouvait une atteinte unilatérale dans 66% des cas, avec une atteinte prédictive du gros orteil. 60% des patients avaient des atteintes sévères classées stades 2 et 3. Le score de DLQI objectivait un effet important avec un score 11 à 20/30 chez 57% des patients, un effet extrêmement important entre 21-30/30 chez 30% des cas. Les items les plus concernés étaient le choix de chaussures, la douleur au quotidien, puis la pratique de sport et de loisirs.

Discussion :

L'ongle incarné a un impact sur la qualité de vie qui varie de modéré à sévère avec un score total de DLQI classé comme «important» et une altération «très importante» de la qualité de vie comparé à d'autres pathologies dermatologiques chroniques et affichantes comme le psoriasis ou encore le vitiligo. Il est important de souligner que la principale population touchée est constituée d'adultes jeunes en âge de travailler. Le sexe féminin, le jeune âge, et une atteinte clinique sévère (atteinte bilatérale, 2 GO, STADE 3) sont associés à un score DLQI plus élevée.

Conclusion :

L'ongle incarné est une pathologie courante accessible à un traitement chirurgical efficace, quand bien pratiqué par un professionnel. Une sensibilisation avec des campagnes concernant la prévention des facteurs de risque, et un traitement précoce et adapté peut réduire la morbidité et l'impact négatif sur la qualité de vie des patients.

Erythrodermie : étude épidémiologique et pronostique

S.Ben Salem¹; S.Sefraoui¹; S.Dikhaye^{1,2}; N.Zizi^{1,2}

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

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

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

Introduction :

L'érythrodermie, par définition, est une urgence dermatologique, caractérisée par une éruption érythémateuse généralisée atteignant plus de 90% de la surface corporelle et d'évolution prolongée. A travers cette étude, nous nous sommes proposé d'étudier le profil épidémiologique, clinique et pronostique des patients admis pour érythrodermie au sein du service de Dermatologie du CHU Med VI d'Oujda.

Matériel et méthodes :

Nous avons mené une étude rétrospective, incluant la totalité des dossiers des patients hospitalisés pour une érythrodermie entre juin 2015 et août 2020. Les dossiers retenus étaient analysés selon une grille comprenant les données étudiées. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS.

Résultats:

Nous avons recensé 14 cas d'érythrodermie. L'âge moyen était de 46 ans (17-81) avec une légère prédominance masculine (sexe ration H/F=1.3). Concernant les comorbidités, un psoriasis est retrouvé chez 8 patients (57%), une hypertension artérielle chez 4 patients (28%), un diabète chez 2 patients (14%) et une insuffisance rénale chronique chez 2 patients (14%). Le délai de consultation était en moyenne de 2 mois (7jours-9mois).

Quant à l'examen clinique, une fièvre était présente chez 10 patients soit 71%, et le prurit chez tous les patients (100%). L'examen cutané trouvait un œdème du visage (14%), une kératose palmo-plantaire (64%) et des érosions (21%). On note une atteinte des muqueuses (conjonctivite, énanthème, chéilite) chez 9 patients (64%). L'examen des phanères trouvait des lésions érythémato-squameuses du cuir chevelu (85%) et des anomalies unguéales (92%) Les adénopathies périphériques étaient présentes dans 7 cas (50%).

Sur le plan biologique, nous avons retrouvé un syndrome inflammatoire (85%), une anémie (28%), une hyperéosinophilie (35%), une insuffisance rénale aigue (14%), une cytolysé hépatique (14%).

Les causes de l'érythrodermie retenues étaient, un psoriasis érythrodermique (50%), une toxidermie (14%), une fièvre typhoïde (7%), un mycosis fongioïde (7%), un syndrome d'hyperéosinophilie (7%). Dans 2 cas (14%), aucune cause n'est retrouvée.

L'ensemble des patients a bénéficié d'un traitement symptomatique (corticostéroïdes topiques et émollient) et d'un traitement étiologique en fonction de la cause retenue (méthotrexate, antibiotiques, antiparasitaires).

L'évolution était favorable chez 13 patients (92%), un patient est décédé.

Discussion:

L'érythrodermie est une pathologie rare, certes, toutefois c'est une urgence en dermatologie. Dans la littérature, il est rapporté que l'âge moyen de survenue est de 55 ans (46 ans dans notre étude) avec une prédominance masculine.

Sur le plan clinique, parmi les signes communs aux érythrodermies indépendamment de la cause, on trouve la fièvre souvent bien tolérée, le prurit qui est constant, une hyperkératose des régions palmo-plantaires et l'œdème périorbitaire. Les muqueuses sont généralement épargnées, mais des cas de chéilite, gingivostomatite et vulvovaginite peuvent être observés. L'atteinte des phanères est représentée par une perte de cheveux ainsi qu'une modification progressive des ongles. Les adénopathies peuvent aussi être présentes. Ces principaux signes cliniques sont retrouvés dans notre série.

Le bilan biologique est réalisé essentiellement pour évaluer le retentissement, à la recherche de troubles hémodynamiques et hydro-électrolytiques.

Les principales causes d'érythrodermie retrouvées au cours de notre étude sont le psoriasis (7 cas), les toxidermies (2 cas) et les lymphomes cutanés T (1 cas).

Les résultats de notre étude rejoignent ceux d'une étude tunisienne qui ont pu retenir un psoriasis (43%), une toxidermie (22%), un lymphome cutané (11%), un eczéma général (11%).

La prise en charge thérapeutique de l'érythrodermie repose à la fois sur un traitement symptomatique et étiologique en fonction de la cause. Quant au pronostic, il dépend essentiellement de la cause, mais la décompensation des comorbidités préexistantes engage parfois le pronostic vital comme était le cas d'un malade de notre série.

Conclusion:

L'érythrodermie est avant tout une urgence, dont la prise en charge consiste d'abord en une évaluation du retentissement de la maladie, et la recherche de la cause à travers les différents outils diagnostiques, afin d'adopter la prise en charge adéquate.

Référence :

1. Erythrodermie de l'adulte : étude épidémiologique-clinique et pronostique
C. Chouk *, W. Hafsi , I. Ben Lagha , F.Z. Alaoui , M. Mokni
Dermatologie, hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie
2. SageT, FaureM. Conduite à tenir devant les érythrodermies de l'adulte.
Ann Dermatol Venerol 1989;116:747-52
3. Akhyani M, Ghodsi ZS, Toosi S, Dabbaghian H. Erythroderma: a clinical study of 97 cases. *BMC Dermatol* 2005;5:1-5
4. SigurdssonV, Toonstra J, VanVlotenWA. Erythrodermia. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;140:1592-5



Prévalence, caractéristiques et signification clinique du prurit chez les patients atteints de vitiligo

Aida Oulehri, Jroundi chaymae, Ghita squalli houssaini, Hanane Baybay, Sara Elloudi, Zakia Douhi, Fatima Zahra Mernissi

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

Introduction

Le prurit est un symptôme majeur en dermatologie, il est défini comme « une sensation déplaisante qui provoque le besoin de se gratter ». Au même titre que la douleur ou l'asphyxie, il peut être à l'origine d'une souffrance importante et d'une altération considérable de la qualité de vie. Le vitiligo n'est pas classé dans les dermatoses prurigineuses¹. Pourtant très peu d'études se sont intéressées à sa prévalence et ses différentes caractéristiques.

Matériel et méthodes :

Nous avons réalisé une enquête transversale au moyen d'un questionnaire électronique qui était rempli à chaque consultation. Ont été inclus dans l'étude tous les patients qui ont consulté dans notre formation entre Janvier et Juillet 2020 pour vitiligo confirmé.

Résultats :

Au total 120 patients, adultes et enfants ont été inclus dans l'étude. L'âge des patients variait entre 5 ans et 75 ans avec une moyenne de 32.9 ans. La population pédiatrique constituait 24% de l'échantillon. Une prédominance féminine a été notée avec un pourcentage de 57.3%, un antécédent psychiatrique a été retrouvé chez 20% des patients. 66% des patients présentaient un vitiligo progressif. La forme non segmentaire était prédominante avec 96.6%. Le siège le plus touché était le tronc (57.3%), suivi des mains (49.5%), des pieds (46%), des membres sup(46%), et du visage(43.4%). 4 patients soit 3.4% des patients présentaient une forme segmentaire au niveau du visage. 33.9% des patients étaient naïfs. Pour les patients sous traitement 33.9% étaient sous lumière excimer et Tacrolimus, 22.6% étaient sous Tacrolimus seul, 31% sous dermocorticoïdes, 9.5% sous mini-pulse de corticothérapie orale et enfin 3% sous photothérapie UVB localisé. 25% ont rapportés utiliser également des traitements traditionnels.

58 patients ont rapporté avoir un prurit associé à leur maladie soit un pourcentage de 48.3% de l'ensemble de l'échantillon. La population pédiatrique constituait 17% de l'échantillon. Une prédominance féminine a été notée avec un pourcentage de 63.7%, un antécédent psychiatrique a été retrouvé chez 27.5% des patients. 48% des patients présentaient un vitiligo progressif. Les 4 patients qui présentaient une forme segmentaire ont rapporté un prurit.

L'intensité du prurit sur une échelle de 10 variait entre 1 et 7 avec une moyenne de 3.7. La fréquence du prurit était jugée survenant "Parfois" chez 64.3 % des patients, "souvent" chez 27.1% et toujours chez 8.6%. Chez 63.7% des cas le prurit était concomitant aux lésions de vitiligo. 43.1% ont ressenti la sensation de prurit avant l'apparition des plaques de vitiligo et 5.8% avaient un prurit au cours de la repigmentation des plaques. En ce qui concerne les facteurs aggravants et atténuant le prurit ; le Tacrolimus et la photothérapie se sont révélés les deux moyens thérapeutiques générateurs de prurit chez les patients, avec un pourcentage de respectivement 13.7% et 20.6%. La perturbation du sommeil par le prurit a été notée chez 3 patients (5.1%) et la perturbation des activités quotidiennes chez 8 patients (13.7%). Les dermocorticoïdes et le froid étaient les deux principaux facteurs atténuant le prurit avec respectivement un pourcentage de 22.4% et 10.3%. Le miel a été appliqué par une seule patiente comme traitement du prurit. A noter que des picotements ont également été

rapportés comme un autre signe fonctionnel chez 8.6% des patients. L'analyse statistique a trouvé une corrélation significative ($p < 0.05$) avec l'âge inférieur à 18 ans, la forme non segmentaire et le siège au niveau des lèvres.

Discussion

Seuls deux séries dans la littérature se sont intéressées à la prévalence du prurit chez les patients atteints de vitiligo, avec un pourcentage de 10%² et 29.4%³. Nous avons trouvé une prévalence beaucoup plus élevée de 48.3%. La moyenne de sévérité était de 3.7 inférieure à un travail similaire ou elle était de 5. Presque la moitié des patients ont ressenti le prurit avant l'apparition des plaques, des chiffres très similaires ont été retrouvés dans la littérature³, le prurit pourrait dans ce cas avoir une signification d'un point de vue physiopathologique. Il faut également être vigilant par rapport aux traitements qui peuvent déclencher ou aggraver le prurit chez les patients, comme le Tacrolimus et la photothérapie, pour toujours chercher cet effet secondaire et le traiter, car nous avons pu constater qu'il peut être très gênant pour le patient. Le prurit est souvent rapporté dans la littérature comme un signe d'activité du vitiligo, toutefois une récente revue systématique de la littérature⁴ n'a pas confirmé ce lien. Dans notre travail 70.6% des patients avec prurit présentaient un vitiligo progressif, mais aucune association statistiquement significative n'a été retrouvée. Nous avons également trouvé que le vitiligo segmentaire était statistiquement corrélé au prurit ce qui confirme les données précédemment publiés. Enfin une altération de la qualité de vie a été constatée dans tous les travaux qui se sont intéressés au prurit et vitiligo, ce qui a été confirmé par notre travail.

Conclusion

Nous avons pu constater de par notre travail et la revue de la littérature, que le prurit chez les patients atteints de vitiligo n'est pas chose rare. En tant que dermatologues, il est important de reconnaître que le prurit est un aspect important du vitiligo, pour pouvoir le chercher et le prendre en charge. Les conclusions de ce travail constituent une première étape pour l'amélioration des connaissances physiopathologiques et cliniques concernant le prurit dans le vitiligo.

Références

1. Zeidler C, Pereira MP, Huet F, Misery L, Steinbrink K, Ständer S. Pruritus in Autoimmune and Inflammatory Dermatoses. *Front Immunol.* 2019;10:1303. doi:10.3389/fimmu.2019.01303
2. Khurram H, AlGhamdi KM, Bedaiwi KM, AlBalahi NM. Multivariate Analysis of Factors Associated with the Koebner Phenomenon in Vitiligo: An Observational Study of 381 Patients. *Ann Dermatol.* 2017;29(3):302-306. doi:10.5021/ad.2017.29.3.302
3. Vachiramon V, Onprasert W, Harnchoowong S, Chanprapaph K. Prevalence and Clinical Characteristics of Itch in Vitiligo and Its Clinical Significance. *Biomed Res Int.* 2017;2017:5617838. doi:10.1155/2017/5617838
4. van Geel N, Grine L, De Wispelaere P, Mertens D, Prinsen CAC, Speeckaert R. Clinical visible signs of disease activity in vitiligo: a systematic review and meta-analysis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019;33(9):1667-1675. doi:10.1111/jdv.15604

Gale norvégienne :à propos d'un cas

N.Khedim, F.ElFatoiki, H.Skalli, F.Hali, S.Chiheb

Service de dermatologie et vénéréologie, CHU IBN ROCHD, Casablanca, Maroc



Introduction:

La gale croûteuse généralisée ou gale norvégienne est une forme de gale hyperkératosique rare due à une infestation par des Sarcoptes scabieux, qui survient le plus souvent sur un terrain d'immunodépression et chez personnes âgées.

Nous rapportons un cas de gale norvégienne chez un sujet abandonné.

Observation:

-Il s'agit d'un patient âgé de 67 ans, sans domicile fixe, à hygiène réduite, sans antécédents pathologiques particuliers, qui présentait des lésions hyperkératosiques prurigineuses diffuses depuis 1 mois, l'examen retrouvait une érythrodermie sèche hyperkératosique farineuse, une keratodermie palmo-plantaire avec périonyxis et une onycholyse distale.

-Le prélèvement au vaccinostyle d'une squame, examiné au microscope à faible grossissement a mis en évidence de très nombreux sarcoptes vivants.

Le patient a été mis sous les scabicides topiques en applications répétées et sous d'ivermectine (Stromectol®) 200 µg/kg en doses répétées à 14 jours d'intervalle, avec bonne évolution clinique.

Discussion:

L'intérêt de notre observation réside dans la rareté de cette entité.

- La gale norvégienne est une forme clinique particulièrement rare de la gale extrêmement contagieuse, qui doit faire rechercher immunodépression sous-jacente : infection à VIH/Sida et surtout infection à HTLV1, se présente sous forme d'érythrodermie peu prurigineuse avec hyperkératose palmoplantaire farineuse avec une atteinte préférentielle du dos et du cuir chevelu ou parfois des extrémités seules, elle se distingue de la gale commune.

Le traitement est local par les scabicides topiques en applications répétées jusqu'à la négativation du prélèvement parasitologique avec de la vaseline salicylée (minimum à 10 %) et général par l'ivermectine en doses répétées (Stromectol®)

200 µg/kg à 14 jours d'intervalle, sans oublier de traiter l'entourage avec une décontamination de la literie et une prise en charge de du terrain sous-jacent.

Les dermatoses en hospitalier : quel impact sur la qualité de vie ?

K. Sof¹; S.Aouali ;N. Zizi ¹⁻²;S. Dikhay¹⁻²

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

(2) Groupe de travail sur le tégument - Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique – Faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda – Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Mots clés : DLQI, qualité de vie, dermatologie

Introduction :

Les pathologies dermatologiques peuvent être responsables d'un réel handicap chez les patients affectant ainsi leur estime de soi, leur vie professionnelle et sociale.



Le but de l'étude est d'évaluer le retentissement des maladies sur la qualité de vie des patients hospitalisés en dermatologie.

Matériel et méthodes :

C'est une étude rétrospective incluant tous les patients d'âge supérieur à 18 ans, hospitalisés au service de dermatologie du CHU Mohammed VI d'Oujda de Janvier 2018 à Décembre 2019. La version arabe du DLQI validée a été utilisée pour tous les patients ¹.

Résultats :

Nous avons colligé 294 patients d'âge moyen 53,95 ans, de sex ratio H/F : 0,85.

Les motifs d'hospitalisation les plus fréquents étaient les dermohypodermes infectieuses (51), les dermatoses bulleuses auto-immunes (23), les toxidermies graves (20), les génodermatoses (17), les tumeurs cutanées mélanocytaires (9) et non mélanocytaires (17), le psoriasis sévère (17), les lymphomes cutanés (11), les pelades (10), les dermatomyosites (8) et la maladie de Verneuil (5).

Le DLQI était impossible à réaliser chez 11 patients, la moyenne du DLQI de tous les patients était de 10,20 correspondant à un effet modéré sur la qualité de vie.

La moyenne du DLQI était comme suit : maladie de Verneuil (17,4) ; psoriasis sévère (16,6) ; dermatomyosites (14,42) ; génodermatoses (12,37) ; lymphomes cutanés (11,45) ; toxidermies graves (11) ; pelades (10,5) ; DBAI (9,67) ; tumeurs cutanées (7,76) ; DHD (7,52).

Discussion :

Le DLQI est le premier indice mesurant la qualité de vie en dermatologie et qui reste toujours largement utilisé aujourd'hui. Le nombre de publications concernant le retentissement des pathologies dermatologiques sur la qualité de vie n'a cessé de croître ces dernières années ³.

Nos résultats ont montré que le DLQI était élevé chez les patients atteints de maladie de Verneuil, psoriasis sévère et de dermatomyosite.

Ces résultats rejoignent les données de la littérature, beaucoup de publications ont montré que le psoriasis altérait gravement la qualité de vie et était responsable d'une anxiété sociale chez les patients ⁴. La maladie de Verneuil est également responsable d'une altération importante de la qualité de vie essentiellement par les troubles sexuels engendrés par cette pathologie ⁵.

Une autre étude concernant la dermatomyosite a montré qu'il existe une corrélation significative entre la sévérité des signes cutanés et la qualité de vie des patients ⁶.

Conclusion :

Les pathologies dermatologiques se distinguent des autres pathologies par leur caractère affichant responsable d'un important retentissement sur la qualité de vie des patients. La prise en charge des patients en dermatologie nécessite un accompagnement psychologique en plus des thérapeutiques classiques. Cependant, ces pathologies demeurent toujours non reconnues comme maladie à longue durée au Maroc.

Références :

1. I. Khoudri ; Traduction, adaptation transculturelle et validation de la version arabe pour le Maroc du Dermatology Life Quality Index (DLQI), Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique Volume 57, n° S1 page 35 (mai 2009).
2. M. Laurin Council, MD; Quality of Life and the Dermatologist, JAMA Dermatology June 2018 Volume 154, Number 6.
3. Pavel V. Chernyshov ; The Evolution of Quality of Life Assessment and Use in Dermatology, Dermatology 2019;235:167–174.
4. Noro Psikiyatr Ars. 2020 Jan 27;57(2):148-153. doi: 10.29399/npa.24854. eCollection 2020 Jun.



5. Carlos Cuenca-Barrales, Sexual Impairment in Patients With Hidradenitis Suppurativa: A Systematic Review, *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020 Jun 12. doi: 10.1111/jdv.16726.
6. Renato Goreschi, Quality of life in dermatomyositis, *J Am Acad Dermatol*. 2011 Dec; 65(6): 1107–1116.



Les membres du bureau de la SMD

Pr. Said AMAL (Président)

Pr. FZ MERNISSI (Vice-présidente)

Pr. Salim GALLOUJ (Secrétaire général)

Dr. Mohamed LAGLAOUI (Vice-secrétaire général)

Dr. Assia RAKIB (Trésorière)

Dr. Said BENKIRANE (Vice-Trésorier)

Les membres du conseil d'administration de la SMD

Amal said	Mernissi Fatima zahra	Said Benkirane	Rakib Assia
Laglaoui Mohamed	Salim Gallouj	Soumia Chiheb	Kawtar Zouhir
Chakiri Radia	Nada Zizi	Mohamed Ait Ourhroui	Rahmani Abderrahman
Belgnaoui Fatim zahra	Bennaoui Mohamed	Dikhaye Siham	Senouci Karima
Cherti Karim	Ismaili Nadia	Haouri Mohamed	Benzekri Laila
Benchechi Hakima			