

Compte rendu des 13^{es} Journées Nationales Provinciales de Dermatologie du Havre (21-23 mars 2019)

Aurélie Acher¹
Michel Le Maître²

¹ Caen

² Colleville-Montgomery
mic.le.maitre@me.com

Voici quelques extraits du programme scientifique des Journées Provinciales du Havre. Le programme était dense et riche en informations. Ce compte rendu n'est évidemment pas exhaustif. Nous rapportons quelques éléments forts des sessions auxquelles nos reporters ont pu assister. Nos reporters étaient : Aurélie Acher, Sophie Baricault, Jean-Marc Chevallier, Florence Corgibet, Nicole Laeengh, Claire Laumailée, Xavier Martin-Dore. Nous les remercions vivement de leur aide.

Atelier 10 : cas cliniques difficiles de cancérologie

Sixtine de Raucourt, Anne Bénédicte Duval-Modeste, Marie-Thérèse Leccia
(d'après le reportage de Sophie Baricault)

La problématique des patients très âgés atteints de cancers cutanés est exposée par Sixtine de Raucourt.

La réponse à la question « est-il raisonnable d'opérer ? » repose sur l'analyse d'un certain nombre de difficultés : fragilité physique et psychique, comorbidités et traitements, effets secondaires. L'évaluation de la fragilité du patient, de l'espérance de vie et du risque chirurgical est difficile.

Il existe pour cela des unités de coordination en oncogériatrie qui élaborent des parcours de soins adaptés et qui renforcent la recherche clinique à cet âge.

Une consultation en oncogériatrie comprend plusieurs étapes. D'abord une évaluation par une infirmière des activités quotidiennes, de la motricité, du risque de chute, des fonctions sensorielles,

de l'état psychique et cognitif des patients. Un bilan nutritionnel et social est réalisé. L'examen médical, permet une évaluation des comorbidités et de la iatrogénie. La conclusion donne un avis sur la faisabilité du traitement.

Anne-Bénédicte Duval-Modeste présente de nombreux **cas cliniques** à partir desquels des critères du choix du traitement sont proposés pour différents types de tumeurs. Nous en rapportons ici quelques exemples.

Lymphome cutané TCD30+ à grandes cellules :

Dans les lésions uniques de petite taille, on observe un tiers de régressions spontanées, avec une possibilité de traitement local par clobétasol local associé à une surveillance.

Les lésions uniques de grande taille ou une atteinte localisée sont une indication de la radiothérapie.

Les lésions multifocales peuvent être traitées par méthotrexate.

Syndrome de Sézary chez un homme de 42 ans :

Une photophérèse extracorporelle peut être proposée, surtout s'il y a beaucoup de cellules de Sézary, avec une association possible à l'interféron, au méthotrexate ou encore au bexarotène (Targretin[®]).

En deuxième ligne de traitement, une chimiothérapie par doxorubicine liposomale pégylée (Caelyx[®]) peut être proposée.

Enfin, l'utilisation du mogamulizumab est possible en ATU (autorisation temporaire d'utilisation). Il s'agit d'un anticorps monoclonal ciblant le récepteur de chimiokine CCR 4.

Carcinome basocellulaire (CBC) de la columelle, cryochirurgie après biopsie :

Les indications de la cryochirurgie sont essentielle-ment : le sujet âgé, les CBC superficiels ou nodulaires (voire, si le patient est très âgé, les CBC histologiquement infiltrants) et la maladie de Bowen.

La cryochirurgie est contre-indiquée pour le traitement du CBC sclérodermiforme, les CBC clinique-ment infiltrants, les zones de fusion.



Avant le traitement, on effectue un repérage de la lésion, puis une anesthésie locale. Les marges sont déterminées de façon identique à la chirurgie. On peut réaliser un curetage préalable s'il s'agit d'un CBC nodulaire. Un œdème est consécutif à la cryochirurgie pendant 10 jours. La cicatrisation se fait en trois semaines ou plus longtemps pour les jambes.

Paget génital sans néoplasie associée

Le Paget est une maladie chronique. Il faut être le plus conservateur possible. Quel que soit le traitement (chirurgie, imiquimod, photothérapie dynamique, cryochirurgie, radiothérapie), les récurrences sont inévitables.

La surveillance est indispensable. Il faut vérifier tous les ans l'absence de néoplasie sous-jacente.

Sixtine de Raucourt aborde le sujet délicat de **l'annonce d'un dommage associé aux soins** (Référence : guide HAS 2011).

Ce dommage peut être lié à la pathologie, à l'aléa thérapeutique mais aussi à un dysfonctionnement ou une erreur médicale. Dans tous les cas, il faut prendre en considération le patient et apaiser notre relation avec lui. Il faut annoncer au plus vite, ce qui diminue angoisse et colère.

Il est fondamental de préparer cette annonce en rassemblant les informations sur le dommage, en élaborant un plan de soins pour réparer. Il faut connaître le praticien référent pour la suite. Il est

important de prendre de la distance par rapport à ses émotions.

L'annonce doit être faite par le professionnel de santé, si possible avec le soutien d'un collègue, après accord du patient, dans un lieu calme où la confidentialité est possible.

L'annonce doit être faite avec sincérité, transparence, écoute et empathie. Des excuses sont présentées au patient. Une trace doit figurer dans le dossier.

Atelier 35 : Cas cliniques normands. Associations Haute et Basse Normandie

Sophie Baricault, Patricia Berger, Jean-Marc Chevallier

(d'après le reportage de Sophie Baricault)

Voici quelques points-clés des cas présentés :

Adiponécrose, survenue quelques semaines après une séance de mésothérapie, au niveau des points d'injection (piroxicam + procaïne). Il y a peu de données dans la littérature. Le traitement proposé est un lipofilling avec graisse autologue.

Vaste ulcération nécrotique de l'hémi-scalp droit, survenue brutalement le lendemain d'une chirurgie de cataracte controlatérale, chez un homme de 86 ans. L'anamnèse a permis de retrouver un contexte d'altération de l'état général et de céphalées. L'intervention ophtalmologique avait été, en fait, réalisée devant une cécité brutale. La VS élevée et la biopsie de l'artère temporelle ont permis de conclure

à une maladie de Horton. Message : penser à un Horton devant une nécrose du scalp, surtout si elle est unilatérale. Elle est un facteur de gravité de la maladie.

Syndrome de Gorlin chez une jeune fille de 16 ans avec kératokystes mandibulaires, hypertélorisme, macrocéphalie, calcifications de la faux du cerveau, mutation du gène *PTCH1*. Sur le plan dermatologique, elle ne présente pour l'instant que de volumineux kystes épidermiques prédominant aux extrémités.

Urticaire chronique au sartan ? Chez une femme de 66 ans, apparition de plaques urticariennes très œdémateuses, du front essentiellement (le plus souvent une seule plaque de 5 à 6 cm de grand axe), une fois par mois, depuis 10 ans, durant 2-3 jours, non prurigineuses. L'histologie montre une dermatite urticariforme, sans flammèche, sans vascularite. Seul l'arrêt de l'irbesartan (Aprovel[®]) pris depuis 13 ans a permis la guérison.

Œdème de l'hémi-lèvre inférieure gauche permanent, depuis un an, chez un homme de 49 ans. L'écho-doppler permet d'éliminer une malformation vasculaire. L'histologie n'est pas en faveur d'une chéilite granulomateuse. Par contre, le traitement d'une infection dentaire a permis une régression complète de l'œdème. Les infections dentaires sont une cause rare d'œdème permanent de la lèvre.

Deux cas de dermatite herpétiforme avec quelques particularités : adulte de 64 ans avec atteinte du visage (ce qui est rare) et enfant de 5 ans avec atteinte dès l'âge de 3 ans (âge jeune) et peu de prurit (ce qui est rare aussi).

NB : Le régime sans gluten n'est intéressant que s'il est suivi strictement et poursuivi indéfiniment. Son intérêt dans la prévention du lymphome digestif est discuté. En cas d'absence de prédisposition génétique *HLA-DQ2* et *HLA-DQ8*, la maladie cœliaque est peu probable (bonne valeur prédictive négative).

Infection à mycobactérie atypique (probablement *M. marinum*) du dos de la main chez un aquariophile, traitée par clarithromycine (Zeclar[®]) 500 mg, deux fois/jour pendant trois mois. Message : Penser à bien se laver les mains après entretien d'un aquarium, protéger toutes les plaies et faire un entretien très régulier de l'aquarium.

Atelier 26 : cas cliniques de dermatologie libérale

Isabelle Buffière, Marie-Hélène Jegou, Marc Reverte

(d'après le reportage de Sophie Baricault)

Dermatose à IgA linéaire (DIGAL) médicamenteuse

La vancomycine est la première cause. Elle survient deux à trente jours après le début du traitement. Les lésions ne sont pas typiques. Il n'y a pas d'atteinte des muqueuses. L'hyperéosinophilie est plus fréquente. L'histologie montre la présence de polynucléaires éosinophiles ou une nécrose. La régression est rapide à l'arrêt du médicament.

Dans le cas présenté : il s'agit plutôt d'une DIGAL idiopathique. On peut discuter le rôle de l'atorvastatine comme facteur déclenchant mais il n'y a pas eu de régression rapide à l'arrêt.

Pemphigus superficiel : 70 % des patients traités par rituximab sont sevrés en corticothérapie après 6 mois de traitement.

Quatre cas d'atteintes cutanées du sein liées à un adénocarcinome :

- Squirrhe : cancer caractérisé par sa dureté et la rétraction importante des tissus atteints. L'histologie montre une récurrence de l'adénocarcinome.
- Placard infiltré du sein. L'histologie montre une métastase cutanée de l'adénocarcinome.
- Semis de papules infiltrées avec écoulement hémorragique du sein. L'histologie montre un adénocarcinome.
- « Érysipèle chronique » bilatéral des seins sous la forme de placards érythémato-violacés puis apparition d'une adénopathie, suivie d'une extension lymphangitique. L'histologie montre des embolies vasculaires de cellules adénocarcinomateuses. La mise en évidence du cancer est faite par l'IRM (la mammographie était normale).

Les signes cutanés des cancers du sein sont nombreux et polymorphes : rétraction, induration, placards inflammatoires, peau d'orange, ulcération, écoulement, palpation d'une masse, lymphangite, maladie de Paget.

Les effets indésirables de la radiothérapie des cancers du sein sont d'apparition parfois tardive :

- Pemphigoïde bulleuse (PB) localisée, lichen bulleux, morphee : peuvent apparaître plusieurs années après la dernière séance. Les PB localisées : siègent au niveau de la zone irradiée mais peuvent la déborder. La latence est longue (jusqu'à 16 ans). La guérison peut se faire avec des dermocorticoïdes.
- Le lichen bulleux apparaît quelques mois jusqu'à plus de dix ans après, seulement sur la zone irradiée. Une morphee est souvent associée.

Cas de télangiectasies acquises. Il en existe différents types :

Télangiectasies nævoïdes.

Elles sont souvent unilatérales, blaschko-linéaires, avec un halo anémique. Elles sont plutôt congénitales

mais leur apparition se fait dans contexte d'hyperœstrogénie (puberté, grossesse, hépatopathie).

Télangiectasies linéaires des membres inférieurs liées aux parvovirus.

Lésions purpuriques linéaires, liées à une pathologie.

Télangiectasies linéaires unilatérales des chevilles, suivies d'une ascension sur trois à quatre semaines sur tout le membre inférieur (télangiectasies progressives essentielles ascendantes). Elles se voient surtout chez la femme sous la forme d'une éruption de très nombreux chevelus capillaires. Elles guérissent spontanément en 3 à 4 semaines.

Pseudo-angiomatose éruptive. Ce sont de pseudo-angiomes rubis entourés d'un halo, surtout chez l'enfant et l'adulte jeune. Elles sont probablement virales, et guérissent spontanément.

Syndrome de Fegeler (angiome plan acquis). Il siège surtout sur le visage. Il est souvent idiopathique mais il faut rechercher une anomalie médullaire notamment traumatique.

Vasculopathie collagénique. Elle est idiopathique, sans atteinte systémique. Elle siège surtout aux membres inférieurs. Le diagnostic est histologique (à distinguer des télangiectasies essentielles).

Mastocytose télangiectasique. Le diagnostic est difficile. Le signe de Darier est souvent négatif. Elle n'est pas toujours symétrique. La tryptase est basse alors que l'atteinte systémique est possible.

Télangiectasies et cancer. Elles surviennent dans des circonstances variées :

- Lymphome B intravasculaire. Le diagnostic est souvent tardif. L'aspect clinique est un livedo avec télangiectasies arborescentes et éruption d'angiomes rubis. Il y a une atteinte ganglionnaire et neurologique. L'histologie est la clé du diagnostic avec deux formes : occidentale surtout cutanée, et asiatique avec syndrome d'activation macrophagique.
- Syndrome cave.
- Télangiectasies paranéoplasiques.
- Tumeurs neuroendocrines avec une atteinte cutanée et muqueuse survenant six mois avant découverte du cancer.

Atelier 31 : L'éthique ou le poil à gratter
Animé par Dominique Penso et Antoine Petit,
membres du GED
(d'après le reportage de Xavier Marin-Doré)

Le GED (Groupe de Réflexion Ethique en Dermatologie, affilié à la SFD) est composé de membres aux profils très divers (dermatologues, psychologues, docteurs en droit, philosophes) et affiche l'objectif de nous faire revenir à « l'action bonne pour le patient, quitte à bousculer les règles et recomman-

dations pour s'intéresser à la personne, au patient dont nous nous occupons ».

Cet atelier avait pour but d'amener les participants à une réflexion autour de l'éthique dans notre pratique quotidienne en consultation. À partir de situations très concrètes vécues par les organisateurs ou les participants, nous avons pu partager et parfois confronter nos ressentis et nos opinions sur des sujets très divers : Peut-on s'opposer à une décision collégiale ? Peut-on refuser ou imposer un traitement à son patient ? Comment aborder et pratiquer l'examen d'un sujet dénudé ? Comment prendre une photographie, pour en faire quoi et comment ? Peut-on mentir ou dissimuler la vérité ?

La collégialité, la convivialité, l'écoute mutuelle, la liberté de parole, la confiance, l'absence de jugement et l'expérience des orateurs dans cet exercice, ont fait de ce moment de 90 minutes un vrai « groupe de parole » très enrichissant pour chaque participant.

Flash actualités 1 : Médecine Interne

Didier Bessis, Hervé Levesque (d'après

le reportage d'Aurélie Acher et Claire Laumaillé)

Le Pr Levesque nous rappelle brièvement les données récentes de la sclérodémie systémique en s'appuyant sur le protocole national de diagnostic et de soins rédigé en 2017 (PNDS Sclérodémie systémique – Centre de référence des maladies auto-immunes systémiques rares 2017).

La sclérodémie systémique est une affection généralisée du tissu conjonctif, des artérioles et microvaisseaux caractérisée par la survenue de phénomènes de fibrose et d'oblitération vasculaire. Il existe essentiellement deux formes : une forme cutanée limitée aux extrémités (sous les coudes et genoux), et une forme diffuse de plus mauvais pronostic. L'atteinte dermatologique est caractérisée par une sclérose cutanée, des doigts boudinés, un syndrome de Raynaud parfois sévère, des ulcères pulpaux digitaux et des cicatrices, des calcifications sous-cutanées, des troubles pigmentaires et des télangiectasies.

La gravité de la maladie est liée aux atteintes d'organes potentielles et notamment pulmonaires avec une pneumopathie infiltrante diffuse, cardiaques (hypertension artérielle pulmonaire, atteinte myocardique) et rénales. La sclérose cutanée peu quant à elle grever le pronostic fonctionnel et est évaluée par le score de Rodnan modifié.

En ce qui concerne la prise en charge thérapeutique de la « maladie dermatologique » :

Le syndrome de Raynaud peut nécessiter :

1. Des inhibiteurs calciques dans des formes « non retard » ; si tous fonctionnent, seule la nifédipine a obtenu une AMM.

2. Des analogues de la prostacycline : iloprost par cure de cinq jours.
3. Des inhibiteurs de la phosphodiesterase de type V : sildénafil, tadalafil et vardenafil, avec une amélioration néanmoins modeste (hors AMM).
4. Des vasodilatateurs avec deux molécules ayant l'AMM mais sans efficacité majeure : le chlorhydrate de moxisylyte et la prazosine.
5. Le losartan à 50 mg peut être proposé en cas d'intolérance aux inhibiteurs calciques.
6. La fluoxetine à 20 mg par jour est citée dans les recommandations EULAR 2017 à la place des vasodilatateurs.

Le traitement des nécroses digitales passe par une détersion mécanique et des pansements. Dans les formes sévères, une détersion chirurgicale avec des greffes cutanées peut être proposée. Là aussi les inhibiteurs calciques ont leur place mais avec une efficacité moindre ; de même pour la prostacycline qui diminuerait le temps de cicatrisation. Le bosentan (antagonistes des récepteurs de l'endothéline) a montré surtout un intérêt en prévention des ulcères digitaux mais pas dans la phase curative. Le sildénafil permettrait de réduire le temps de cicatrisation et peut être utilisé en deuxième intention en cas d'échec ou intolérance à l'iloprost.

Concernant la sclérose, l'utilisation de prednisone < 15 mg est proposée par certains pour des formes de sclérodermies œdémateuses. Le méthotrexate a été plus documenté dans des formes diffuses d'apparition récente à des posologies de 10 à 15 mg par semaine. Dans des formes cutanées sévères, le cyclophosphamide, le mycophénolate mofétil et les autogreffes de cellules souches hématopoïétiques seront à discuter en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire. Il ne faut pas oublier les soins locaux avec l'application quotidienne d'émollients et des séances de massage par des kinésithérapeutes.

En cas de démangeaisons, des anti-histaminiques de type anti-H1 seront proposés. Aucune biothérapie n'a montré pour l'instant un intérêt dans la sclérodermie systémique.

Dermatomyosite et rôles diagnostique et pronostique des anticorps spécifiques (Didier Bessis)

Les anticorps spécifiques antimyosite retrouvés dans la dermatomyosite s'avèrent être exclusifs (c'est-à-dire que si l'un est positif les autres ne le seront pas), quasi pathognomoniques et associés à une présentation clinique. Attention, ces points ne sont à considérer que chez l'adulte de plus de 40 ans et ne concernent pas les enfants.

La présence d'anticorps anti-MDA5 (10-30 %) est associée à des formes de dermatomyosites amyopathiques, avec atteinte articulaire. L'atteinte cutanée est évocatrice avec la présence de macules et papules violacées des plis interdigitaux palmaires ; avec des ulcérations digitales et une atteinte des mains à type de mains de « mécaniciens » des trois premiers doigts. Parfois on retrouve une atteinte orale érosive. Le plus souvent il n'y a pas d'association avec un cancer. L'existence d'anticorps anti-MDA5 doit être reconnue car elle est associée à un risque de pneumopathie interstitielle rapidement évolutive avec un taux de mortalité avoisinant 40 %.

Les anti-TIF1 sont présents dans 17 % des dermatomyosites. L'atteinte cutanée montre les lésions photodistribuées parfois psoriasiformes. L'atteinte de macules rouges sur fond blanc touchant le tronc et la racine des membres est caractéristique, de même que les papules kératosiques des plis palmaires digitaux ; enfin, on peut observer des macules rouges ovoïdes palatines. La présence d'anti-TIF1 est associée à un risque de cancer avec un OR à 9 après 40 ans.

Les anti-NXP2 sont associées à un risque de calcinose et d'œdèmes périphériques ; le risque de cancer est plus controversé.

Enfin, les anti-SAE (7 à 8 % des cas) sont essentiellement associées à une atteinte cutanée en « aile d'ange ».

Les angioœdèmes bradykinines :

Ils restent un diagnostic rare, loin derrière les angioœdèmes histaminiques (associés ou non à une urticaire). Le diagnostic nécessite un dosage pondéral et fonctionnel du C1inh en ce qui concerne les formes les plus classiques et le dosage du C4.

Les formes iatrogènes sont en très forte augmentation (multipliées par dix ces dernières années) notamment avec les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC). Il faut parfois plusieurs années de traitement par IEC avant l'apparition de l'angioœdème. La toux sous IEC est possiblement un signe précurseur. Les thrombolytiques mis en route dans la prise en charge précoce des AVC sont aussi en cause.

La prise en charge thérapeutique s'est elle aussi enrichie. En plus de l'acide tranexamique (qui inhibe la production de plasmine), ou du danazol (qui augmente la synthèse du C1Inh hépatique) s'ajoute maintenant le remplacement du C1inh (en injectable) en aigu au cours de la crise : le conestat alfa (Ruconest[®]), l'inhibiteur de la c[1] esterase d'origine humaine (Cinryze[®],



Berinert[®]), l'icatibant, antagoniste sélectif du récepteur β_2 (Firazyr[®]) en sous-cutané, et les inhibiteurs de la kallibréine plasmatique (en phase d'évaluation).

Atelier 21 cuir chevelu

Philippe Assouly, Rémi Maghia, Bruno Matard, Pascal Reygagne

(d'après le reportage d'Aurélie Acher)

Connaissez-vous **le syndrome des cheveux crépus acquis dans sa forme primitive** (syndrome Kinky hair acquis) ?

B. Matard nous expose le cas typique d'un jeune homme qui au cours de l'adolescence a vu apparaître une modification de ses cheveux. Ils sont en effet devenus plus ternes, de calibres différents, avec un aspect crépu et une modification de leur couleur. La cause n'est pas connue. Les diagnostics différentiels sont le syndrome des cheveux crépus d'origine médicamenteuse et le syndrome des cheveux laineux partiels diffus qui débute aussi à la puberté avec une double population de cheveux mais sans modification de la couleur.

Un deuxième cas très intéressant, toujours de B. Matard, nous rappelle ce que sont les **gainnes coulissantes péri-pilaires idiopathiques**.

Celles-ci donnent un aspect de pseudo-lentes et correspondent à des squames tubulaires parakératosiques liées à la persistance de gainnes épithéliales souvent externes, parfois internes, ou encore les deux. Elles sont plus fréquentes dans l'enfance et notamment chez la petite fille qui porte une queue-de-cheval (rôle de la traction chronique). On ne doit pas méconnaître pour

autant une authentique pédiculose avec des lentes et une piedra blanche, qui est une mycose superficielle asymptomatique liée à un trichosporon observée surtout dans les milieux tropicaux. Enfin, il peut exister également des gainnes coulissantes péri-pilaires dans les lésions de lichen plan pileaire et de folliculites décalvantes, mais le contexte et le tableau clinique sont alors tout autres.

Le Dr P. Assouly nous apporte des précisions sur **l'alopecie fibrosante frontale post-ménopausique**.

Celle-ci peut aussi toucher les sourcils. Un authentique lichen pigmentogène peut parfois la précéder avec une pigmentation réticulée, et des télangiectasies principalement sur des phototypes IV. Enfin, il faut vérifier l'absence de lichen plan cutané classique et surtout de lichen scléro-atrophique encore asymptomatique.

Le Dr P. Assouly nous parle aussi du **syndrome des cheveux anagènes courts** à ne pas confondre avec le syndrome des cheveux anagènes caducs.

Il s'agit typiquement d'une fillette dont les cheveux restent courts et donnent l'impression de ne pas pousser ; la densité est pourtant normale ainsi que la vitesse de croissance du cheveu. La phase anagène est raccourcie de quelques mois à un an au lieu de deux à six ans avec un rapport anagène/télogène égal à 1. La cause n'est pas connue et le traitement reste le minoxidil au long cours. Le syndrome des cheveux anagènes caducs quant à lui touche aussi les fillettes surtout blondes et se caractérise par la présence de cheveux facilement arrachables et sans douleur ; la majorité des cheveux sont en phase anagène et dépourvus de gainnes épithéliales

externes. Ce dernier syndrome s'améliore en revanche avec l'âge.

Enfin, le Dr P. Reygagne insiste sur l'**alopécie triangulaire temporale** qui n'est pas rare.

Elle est congénitale ou observée dans les premières années de vie, le plus souvent unilatérale et de forme triangulaire avec une base antérieure renflée d'une bordure de cheveux. Celle-ci est stable dans le temps. Parfois on note une touffe de cheveux centrale ou un duvet.

Flash actualités 2 : Pédiatrie

Xavier Balguerie, Christine Bodemer

(d'après le reportage de Claire Laumailée)

Le Pr Ch. Bodemer nous expose les nouvelles thérapeutiques dans la prise en charge des épidermolyses bulleuses.

La thérapie génique *ex vivo* avec une prise de greffe en peau saine, sa culture en présence d'un vecteur viral qui intègre le génome de la protéine manquante, puis la greffe sur le patient des zones lésées.

Les repositionnements de médicaments, avec un coût beaucoup plus abordable.

Le cas des mutations avec codons stop prématurés est abordé.

La gentamycine permet le forçage de la lecture au-delà du codon stop avec synthèse d'un ARN messager complet, les concentrations nécessaires ne permettent que des applications locales sans pouvoir traiter les atteintes profondes (notamment œsophagiennes).

Les synéchies des cicatrices dans les épidermolyses bulleuses sont associées à une augmentation du TGFβ. Le losartan, qui a une action anti-TGFβ, est en cours d'étude (phases II et III).

Dans les dysplasies ectodermiques liées à l'X avec restauration de la sudation, on utilise des injections *in utero* d'une molécule recombinante FC-EDA.

Quelques points importants de l'exposé du Dr X. Balguerie :

- La fréquence et la durée de la dermatite atopique (DA) continue à s'accroître.
- L'élévation de la tryptase est un facteur de gravité.
- La colonisation par le staphylocoque ne serait plus la conséquence mais la cause de la poussée de DA.
- Les nodules vaccinaux sont *a priori* secondaires à une allergie à l'aluminium. Cette allergie régresserait vers l'âge de cinq ans. La prévention se fait par une injection suffisamment profonde, bien en intramusculaire et en ayant soin de ne pas purger l'air dans la seringue (comme pour les héparines injectables).

Flash actualités 3 : Actualités thérapeutiques en dermatologie libérale

Florence Corgibet, Nicole Jouan (d'après le reportage Claire Laumailée et Nicole Laeengh)
Quelques points forts de la présentation de N. Jouan :

Les recommandations émises par la HAS concernant la maladie de Lyme n'ont pas l'assentiment de toutes les sociétés savantes en raison de l'intégration au spectre diagnostique du très discuté « syndrome persistant polymorphe post-piqûre de tique ».

Concernant les perturbateurs endocriniens, leur présence dans les cosmétiques ne représente qu'une petite partie émergée de l'iceberg.

L'androcure est déconseillée dans l'alopecie féminine. Un nouvel anti-androgène la cortexolone (dérivé de la 11-déoxycortisone) est à l'étude pour le traitement de l'acné et de l'alopecie androgénogénétique.

Quelques points forts de la présentation de Fl. Corgibet :

La pirfenidone utilisée dans le traitement de la fibrose pulmonaire idiopathique peut induire une phototoxicité et/ou photoallergie parfois retardées à deux à trois mois de l'introduction.

La terbinafine et la griséofulvine peuvent induire des complications hépatiques certaines mais très rares avec alors une traduction clinique. Le bilan hépatique systématique à un mois n'est plus recommandé sauf en cas de signes évocateurs. La biologie pré-thérapeutique (NFS et Bilan hépatique) en revanche garde toute sa place.

Dans les effets indésirables des antipaludéens de synthèse on relève en particulier la pigmentation, le prurit aquagénique mais finalement peu de maculopathie.

L'arrêt doit être définitif en cas d'allergie ou de rétinopathie.

Méthotrexate : la toxicité est augmentée en cas d'association avec pénicilline, ciprofloxacine et triméthoprim.

Les cancers sous hydrochlorothiazide ont été observés uniquement sur de fortes doses cumulées et concernaient essentiellement des cancers photo-induits avec un effet cumulatif probable. Il convient d'être prudent en cas d'antécédents de cancer cutané.

Les allergies fréquentes à la chlorhexidine dans la population pédiatrique souligne la nécessité de ne plus faire de désinfection du cordon mais uniquement des soins à l'eau et au savon.

L'huile de coco est en vogue dans des soins cosmétiques « naturels ». Il n'y a pas actuellement de publication d'allergie chez l'enfant ; ce qui laisse à penser que l'on peut être rassurant quant à son usage comme émollient quand les parents le souhaitent. Quant à l'huile d'olive, elle ne semble pas être adaptée car elle déséquilibrerait le film lipidique de la peau.

Flash actualités 4 : IST

Nicolas Dupin, Nathalie Spenatto

(d'après le reportage Claire Laumillée)

Quelques points forts de la présentation du Dr N. Spenatto :

Les **gonococcies** sont en recrudescence avec de plus en plus de résistance, et des formes asymptomatiques.

La résistance à l'azythromycine est en constante augmentation, probablement en raison de sa demi-vie longue, mais à dose infrathérapeutique, dans les muqueuses.

Les fluoroquinolones ne sont plus prescrites depuis les années 2000.

Les échanges d'information entre les gonocoques et les méningocoques « commensaux » avec acquisition de résistance du méningocoque à la ceftriaxone est un sujet d'inquiétude.

En pratique, la culture est indispensable avec prélèvement génital, anal et pharyngé. Le traitement minutes par ceftriaxone 500 mg doit être associé à un traitement anti-chlamydia. Le contrôle à J7 est indispensable.

En cas d'allergie aux bêta-lactamines, on peut proposer azithromycine 2 g (dose unique) ou gentamicine 240 mg IM dose unique ou ciprofloxacine 500 mg per os (dose unique) avec un contrôle bactériologique à J7 de tous les sites infectés à J0.

Mycoplasma genitalium (MG) a un pic d'incidence entre 20 et 40 ans. La transmission est sexuelle mais il n'y a pas de portage pharyngé. L'incubation est longue, de plusieurs mois. Sa présence est asymptomatique dans 90 % des cas, avec une clairance spontanée mais lente. Elle induit chez l'homme des rectites, prostatites et épидидymites, et chez la femme des cervicites, des infections tubaires, des avortements et des accouchements prématurés.

Le traitement repose sur les cyclines, macrolides, et les quinolones :

- azithromycine : 500 mg à J1, puis 250 mg/jour de J2 à J5 (soit 1,5 g sur 5 jours) ;
- ou moxifloxacine 400 mg/jour durant 10 jours.

En cas de dépistage « accidentel » (fait par le labo de façon systématique mais non sollicité) par le médecin, il est recommandé d'interroger, de ne pas

traiter les patients asymptomatiques, de ne pas traiter le partenaire.

Les juniors piègent les seniors

Reportage de Fl. Corgibet

Les sessions conjointes FFFCEDV/CEDEF nous ont permis d'entendre des communications des internes fort intéressantes et présentées de façon très claire. L'alternance avec les cas cliniques et travaux de groupe des libéraux a donné à ces sessions un caractère dynamique et convivial apprécié de tous.

Deux prix ont été décernés par le CEDEF pour les deux meilleures communications : la dame bleue et bon pied, bon œil. Les lauréats reçoivent chacun un dermatoscope.

Une ulcération à deux visages

P. Cirotteau de Bordeaux présente le cas d'une femme de 43 ans hospitalisée en Italie pour une lésion inguinale droite avec une fièvre à 40° et choc septique dans un contexte d'AREB. L'évolution devient très rapidement nécrotique et résiste à une antibiothérapie probabiliste et au parage superficiel effectué dans l'hypothèse d'une fasciite nécrosante. La biopsie retrouve des polynucléaires altérés mais les hémocultures restent négatives. En fait, le diagnostic est celui de pyoderma gangrenosum (la patiente guérira sous corticothérapie générale) mais probablement déclenché par une infection au départ.

Une brûlante plongée

A. Soeren de Nantes présente un homme de 32 ans consultant pour des lésions douloureuses axillaires droites, nodulaires ainsi que des lésions infiltrées des deux aréoles mammaires. L'histologie montre que le processus inflammatoire se concentre au niveau des glandes apocrines avec de nombreux polynucléaires altérés. Les prélèvements montrent un *Pseudomonas aeruginosa*. L'interrogatoire retrouve alors la pratique intensive de la plongée aquatique en combinaison. Il s'agit donc d'une hidradénite à localisation axillaire et mammaire à *P. aeruginosa*. Le tableau est souvent spontanément régressif sans antibiothérapie chez le sujet immunocompétent, ce qui a été le cas chez ce patient après avoir interrompu son activité de plongée.

Une urticaire à toute épreuve

P.-M. Dugourd de Nice expose le cas d'une femme de 72 ans aux antécédents de cancer ovarien qui présente une urticaire faites de lésions fixes très prurigineuses avec quelques éléments bulleux et une hyperéosinophilie jusqu'à 13 000/mm³. En histologie, il existe une acantholyse, une spongiose à éosinophiles et des dépôts d'IgG et de C3 en mailles interkératinocytaires. Le diagnostic est celui d'un pemphigus herpétiforme qui sera

contrôlé par deux traitements par rituximab espacés de 15 jours sans récurrence à ce jour.

La dame bleue

C. Borjesson de Toulouse nous parle d'une femme de 62 ans, diagnostiquée comme bipolaire ayant pour principal autre antécédent un cancer du sein à 22 ans, prise en charge pour une pigmentation noire-bleutée prédominant sur le visage, le cou, le décolleté, les avant-bras, les cuisses. Les hypothèses sont toxiques, métaboliques (argyrie), certaines surcharges (amylose, etc.), mais aussi tumorales (mélanose métastatique...), ce d'autant qu'il existe une masse sous-cutanée jugulaire qui fait craindre une adénopathie. La biopsie de cette masse en retrouve que du pigment dont l'analyse révélera qu'il contient du carbone colloïdal. Des granulations rondes sont retrouvées en microscopie électronique. Il est conclu à des autotatouages dans le cadre d'une dermatopathomimie et à la nécessité d'une prise en charge psychiatrique pour en fait une psychose mal étiquetée.

Quand l'érysipèle se complique

C. Landais de Chalon-sur-Saône décrit la survenue d'un placard inflammatoire du sein gauche chez une femme traitée par Imurel pour myasthénie au décours d'une infection urinaire. Ce placard pris pour un érysipèle résiste à une antibiothérapie par amoxicilline et se complique d'une ulcération, puis d'une nécrose atteignant tout le flanc gauche avec un amaigrissement de 10 kg sur 8 mois. L'hypothèse d'un pyoderma gangrenosum est suggérée mais l'association à une lymphopénie, une hypogammaglobulinémie, une miliaire pulmonaire motivant des explorations fibroscopiques vont permettre de poser le diagnostic de tuberculose sur patiente immunodéprimée associant une atteinte pulmonaire, urinaire, ganglionnaire et cutanée sous la forme de gommages tuberculeuses.

Bon pied, bon œil

B. Telbirt de Rouen décrit le cas d'un patient de 48 ans ayant pour principal antécédent un trauma-

tisme crânien grave à 20 ans. Il est suivi pour une dégénérescence cornéenne lipidique récidivant après greffe de cornée. Il est vu en dermatologie pour des nodules cutanés évocateurs de xanthomes confirmés par la présence de cellules de Touton en histologie. Le bilan lipidique retrouve une NASH, un dosage de fer sérique à 1 058, une hypertriglycéridémie à 4,84 g/L et surtout une hypercholestérolémie à 7,81 g/L. L'association à une très profonde hypothyroïdie centrale recherchée du fait de l'hypercholestérolémie permet de retrouver un déficit de l'axe antéhypophysaire avec un panhypopituitarisme ancien lié au traumatisme cérébral lors de l'accident de circulation.

C'est de la simulation

N. Zitouni d'Amiens montre l'observation d'un patient atteint d'une éruption papulo-pustuleuse du tronc et des membres, croûteuse, très polymorphe, laissant une alopecie séquellaire sur les avant-bras et étiquetée folliculite aiguë avec réaction granulomateuse en voie de résorption en histologie. La résistance au traitement et le caractère très polymorphe de l'éruption font rechercher la présence de spirochètes en immunomarquage qui se révélera positif. Il s'agit donc d'une syphilis.

Un ulcère pas comme les autres

C. Leblais de Lille rapporte le cas d'un patient de 67 ans présentant un ulcère du gland. Il est porteur d'une insuffisance rénale, souffre d'une artérite et a un rétrécissement aortique. Les hypothèses sont médicamenteuses, tumorales, infectieuses (sérologie de syphilis négative), inflammatoires (calciphylaxie). En fait, ce seront les explorations artérielles qui permettront de poser le diagnostic d'ulcère artériel par thrombose iliaque interne.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.