

Tour d'été

Dermatologie



Quentin Hardy

Interne de dermatologie (Brest)

quentin.hardy@chu-brest.fr











ECN 2023

Wooclap.com



code : MBGJUL

Q1 22 lundi



Question 1 - Question à choix unique 5 propositions de réponse

Chez cet homme de 75 ans qui présente cette lésion pré auriculaire d'augmentation progressive de taille depuis 1 an, quel est le diagnostic le plus probable ?



☐ Proposition A

Carcinome épidermoïde

☐ Proposition B

Naevus dermique

☐ Proposition C

Kératose séborrhéique

☐ Proposition D

Carcinome baso-cellulaire

☐ Proposition E

Mélanome achromique

KFP 23 lundi



KFP 23

Une femme âgée de 60 ans, hospitalisée depuis plusieurs années pour troubles psychiatriques, est conduite à la consultation de dermatologie pour l'aggravation d'une dermatose évoluant depuis environ 6 mois et couvrant progressivement l'ensemble du corps, sans atteinte notable du visage. L'interrogatoire vous apprend qu'il n'y a pas d'antécédent dermatologique personnel ou familial particulier, pas d'introduction récente de médicament, pas d'altération de l'état général en dehors de troubles du sommeil liés à des démangeaisons. L'examen clinique n'objective pas d'adénopathie ou d'hépatosplénomégalie.

KFP 23 lundi



KFP 23 lundi



KFP 23 lundi



Question 1 - Question à réponse ouverte et courte

Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ? (en 1 à 5 mots sans abréviation)

Réponse :

KFP 23 lundi



Question 2 - Question à nombre de réponses précisé XL 11 propositions de réponse

Quels sont les 5 éléments sémiologiques en faveur de cette hypothèse lors de l'examen clinique dermatologique ?

☐ Proposition A

Pustules

☐ Proposition B

Erythème

☐ Proposition C

Plaques urticariennes

☐ Proposition D

Squames

☐ Proposition E

Vésicules

☐ Proposition F

Excoriations

☐ Proposition G

Bulles

☐ Proposition H

Nodules

☐ Proposition I

Erythrodermie

☐ Proposition J

Purpura

☐ Proposition K

Kératodermie palmaire

KFP 23 lundi



Question 3 - Question à choix multiple 5 propositions de réponse

Vous avez évoqué une gale profuse, confirmée par le prélèvement cutané montrant de nombreux *Sarcoptes*.
Quelle prise en charge proposez-vous ? (une ou plusieurs réponses exactes)

☐ Proposition A

Hospitalisation en chambre seule

☐ Proposition B

Traitement local par perméthrine et traitement systémique par ivermectine

☐ Proposition C

Traitement systémique seul par ivermectine

☐ Proposition D

Traitement local par perméthrine de l'ensemble des cas contacts

☐ Proposition E

Traitement local seul par perméthrine



Plan

Plan



Généralités

Items

Dermatoses faciales
Dermatoses bulleuses
Tests allergologiques
Toxidermie
Urticaire aiguë
Toxidermie
Tumeurs cutanées
Érysipèle



Généralités

Sémiologie



| | |
|------------------|--|
| Macule | Rouge, jaune, marron, achromique, etc. |
| Papule (<1cm) | |
| Nodule (>1cm) | |
| Vésicule (<3 mm) | |
| Bulle (>1cm) | |
| Pustules | folliculaires vs non folliculaires |

Sémiologie



macules érythémateuses
(livedo racemosa)



macules érythémateuses
(angiome plan)

Sémiologie



macule pigmentée
(tache café-au-lait)



macules achromiques
(vitiligo)

Sémiologie



Sémiologie



purpura muqueux



bulles hémorragiques

Sémiologie



nodule (sarcoïdose)



papules (syndrome de Birt-Hogg-Dubé)

Sémiologie



plaque (mycosis fungoïde)

Sémiologie



bulles (pemphigoïde bulleuse)



vésicules (herpès)

Sémiologie



pustules non folliculaires (PEAG)



pustules folliculaires (folliculite)

Sémiologie



squames (lymphoedème)

Sémiologie



ulcère
(pyoderma
gangrenosum)

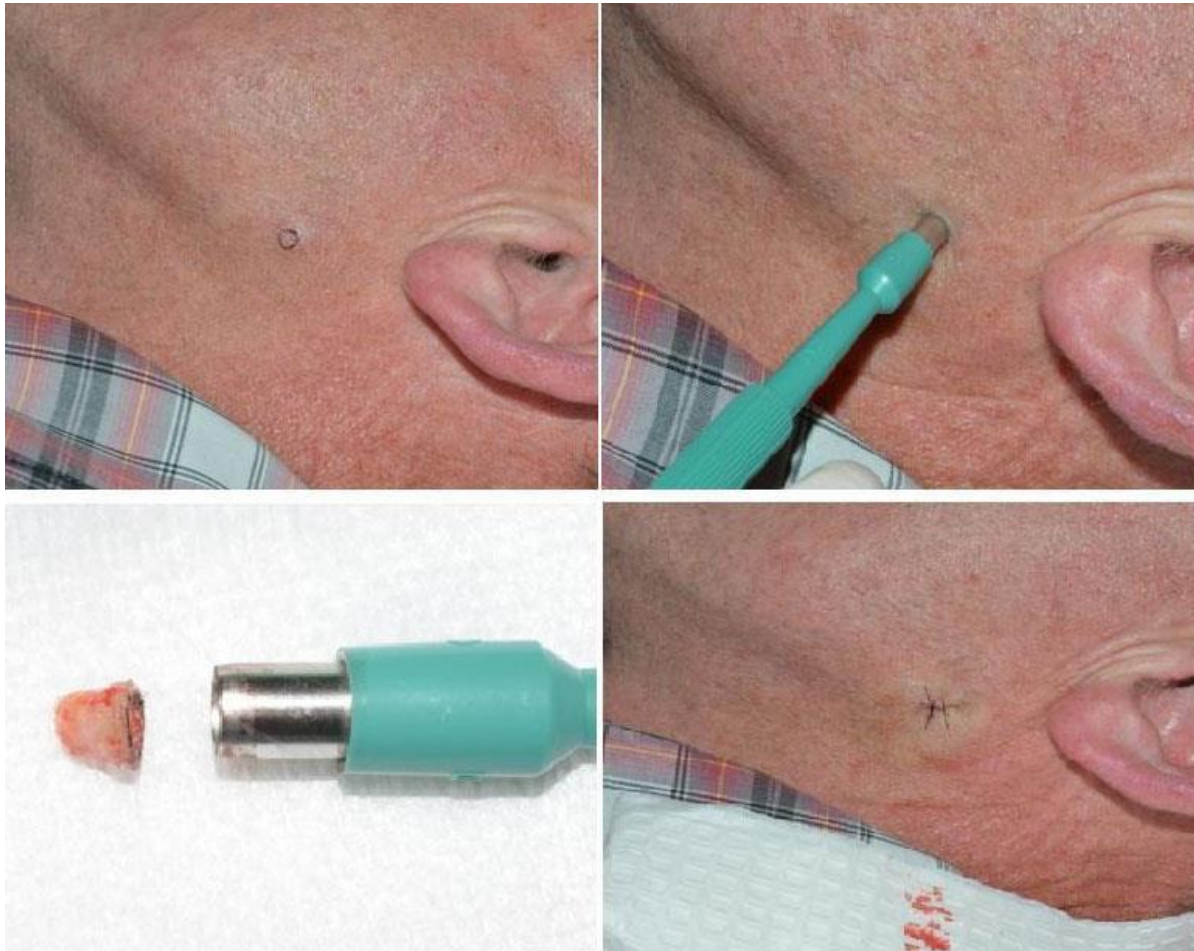
Sémiologie



cocardes (érythème polymorphe majeur)



Biopsie cutanée



Biopsie cutanée



conservation

- par défaut : formol
- si fluorescence : conservation autre

| <u>Pas de formol</u> | | |
|----------------------|-----------|---|
| fluorescence | PBR | biopsie cutanée (bulles, lymphomes cutanés, etc.) |
| génétique | lymphomes | sarcomes |

Où biopsier ?



principes généraux

la lésion la plus récente, la plus infiltrée, la moins traitée

dermatoses bulleuses

- histologie : bulle entière, ou jonction bulle peau saine
- fluorescence : peau érythémateuse, non bulleuse

purpura

- biopsier le purpura (envoi microbio)

ulcère

- biopsier les berges actives



Quand biopsier ?

CBC et CEC

- si lésion petite et typique, exérèse d'emblée (**avec** marges)
- si non : biopsie puis exérèse (**avec** marges)



Items



Dermatoses faciales

Acné



comédons fermés



comédons ouverts

Acné



Δd

- rosacée papulo-pustuleuse
> comédons ? anomalies vasculaires ?

Règles hygiéno-diététiques

- pas de manipulation/antiseptique
- hydrater matin / traiter soir
- attention l'été

Acné



cyclines

- pas avant 8 ans
- oesophagites
- photosensibilité

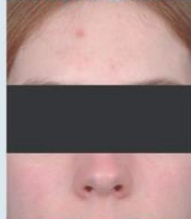
isotrétinoïne

- bénéfice topiques préalables !
- xérose à tous les modes
- EAL+BHC tous les 3 mois
- contraception AMM (pas acétate cyprotérone Androcur)
- pas de cyclines associées (HTIC)

Acné



Très légère (grade 1)*



Pratiquement pas de lésion.
Rares comédons ouverts ou fermés
dispersés et rares papules.

légère (grade 2)*



Facilement identifiable : moins
de la moitié du visage est atteinte.
Quelques comédons ouverts ou fermés,
et quelques papulo-pustules

Moyenne (grade 3)*



Plus de la moitié de la surface
du visage est atteinte.
Nombreuses papulo-pustules,
nombreux comédons ouverts ou fermés.
Un nodule peut être présent.

sévère (grade 4)*



Tout le visage est atteint,
couvert de nombreuses papulo-pustules,
comédons ouverts ou fermés
et rares nodules.

Très sévère (grade 5)*



Acné très inflammatoire
recouvrant le visage avec des nodules.

*Dreno B. et al. JEADV 2011; 25 : 43-8

TRAITEMENT D'ATTAQUE - 1^{ère} INTENTION

Traitement
par peroxyde de benzoyle
ou
rétinoïdes locaux¹

ECHEC À 3 MOIS

Traitement
par peroxyde de benzoyle
+
rétinoïdes locaux¹

Traitement
par peroxyde de benzoyle
+
rétinoïdes locaux¹

ECHEC À 3 MOIS

Intensification du traitement local
de première intention
ou
Traitement local par antibiothérapie
+
rétinoïdes ou acide azélaïque¹

OU

Association cyclines² per os
et
traitement
par
peroxyde de benzoyle
+
rétinoïdes locaux¹

Traitement
par peroxyde de benzoyle
+
rétinoïdes locaux¹

OU

Association cyclines² per os
et
traitement
par
peroxyde de benzoyle
+
rétinoïdes locaux¹

ECHEC À 3 MOIS

Isotrétinoïne per os³

Association cyclines² per os
et
traitement
par
peroxyde de benzoyle
+
rétinoïdes locaux¹

Un traitement par isotrétinoïne orale
pourra être débuté avant 3 mois
en cas d'échec du traitement
de 1^{ère} intention en cas de risque
cicatriciel important ou en cas
de récurrence rapide.

ECHEC À 3 MOIS

Isotrétinoïne per os³

Isotrétinoïne per os^{3,4}

TRAITEMENT D'ENTRETIEN Pas de lésion (Grade 0)

adapalène 0.1% (1x/j ou 1j/2) ou adapalène 0.1% + peroxyde de benzoyle 2.5% (1x/j). La trétinoïne 0,025% ou 0,05% peut être utilisée à la place de l'adapalène.

ESTROPROGESTATIF À VISÉE CONTRACEPTIVE CHEZ UNE FEMME PRÉSENTANT UNE ACNÉ

en première intention : lévonorgestrel (2^{ème} génération), en deuxième intention : norgestimate.

Si malgré un traitement dermatologique bien conduit l'acné persiste, les autres options contraceptives seront envisagées en concertation avec un gynécologue et la patiente (parmi les options, l'utilisation de Diane 35 et ses génériques (acétate de cyprotérone 2 mg et éthinyloestradiol 35 g).

¹ Rétinoïde signifie trétinoïne 0,025% ou 0,05% ou adapalène 0,1% - peroxyde de benzoyle signifie peroxyde de benzoyle à 2,5 ou 5 ou 10% - acide azélaïque signifie acide azélaïque 15 ou 20%. ² Toutes cyclines à l'exception de la minocycline. ³ L'isotrétinoïne per os : débuté à au moins 0,5 mg/kg/jour et jusqu'à une dose cumulée comprise entre 120 et 150 mg/kg. En raison des effets indésirables observés sous isotrétinoïne, et en particulier en raison du risque tératogène, il est fondamental que les recommandations associées à sa prescription soient respectées. ⁴ Pour les formes avec forte composante rétentionnelle, l'isotrétinoïne per os doit être débutée à dose plus faible (0,2 à 0,3 mg/kg/jour) afin de réduire les risques d'exacerbation aiguë et sévère (acné fulminant).

Rosacée



télangiectasique



papulo-pustuleuse

Rosacée



© DERMIS.NET
www.dermis.net



rhinophyma

Rosacée



diagnostic

- penser yeux !
- pas de progression obligatoire entre \neq stades

traitement

- télangiectasies = laser
- érythème = vasoconstricteur (bromidine)
- papulo-pustules = antiparasitaires, doxycycline
- rhinophyma = laser

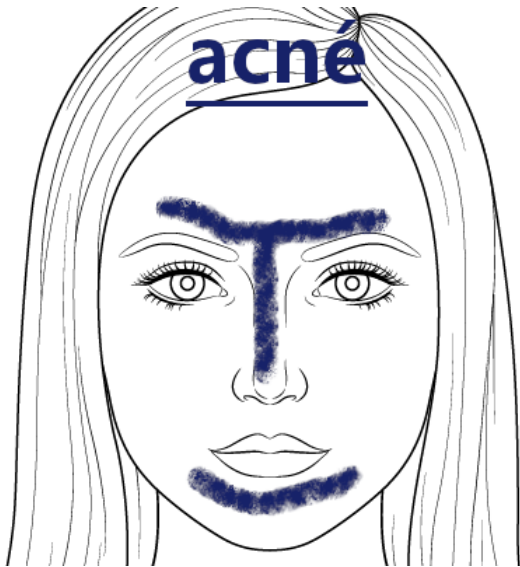
Dermite séborrhéique



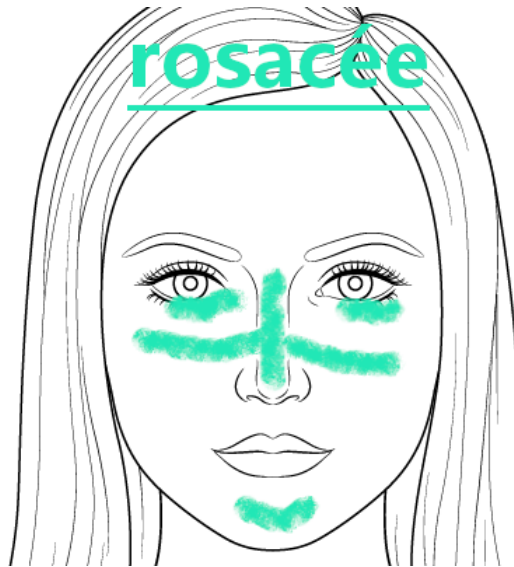
Dermatoses faciales : synthèse



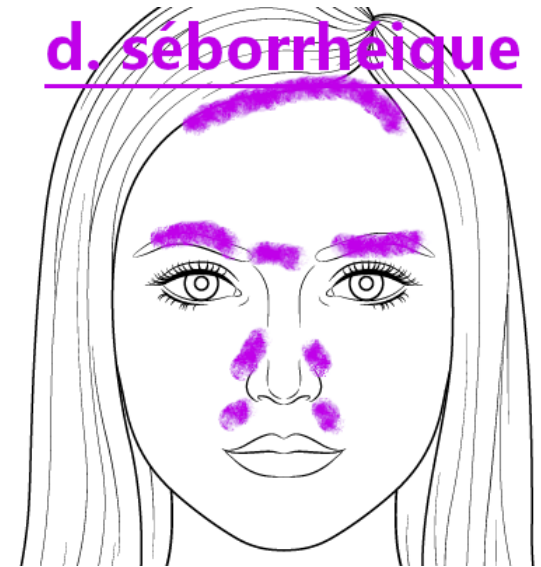
acné



rosacée



d. séborrhéique



Dermatoses faciales : synthèse



Résumé des **topiques** des dermatoses faciales

| | | |
|-----------------------------|--|---|
| Acné | bactérie (<i>Cutibacterium acnes</i>) | <ul style="list-style-type: none">• anti-inflammatoires : peroxyde de benzoyle, rétinoïdes, acide azélaïque• antibiotiques : érythromycine, clindamycine |
| Rosacée | parasite (<i>Demodex folliculorum</i>) | <ul style="list-style-type: none">• anti-inflammatoires : acide azélaïque• antiparasitaires : métronidazole, ivermectine |
| Dermite séborrhéique | champignon (<i>Malassezia spp</i>) | <ul style="list-style-type: none">• anti-inflammatoires : sélénium, lithium, zinc, etc.• antifongique : kétoconazole |

Dermatoses faciales : synthèse



Résumé des traitements systémiques des dermatoses faciales

| | | |
|-----------------------------|--|---|
| Acné | bactérie (<i>Cutibacterium acnes</i>) | <ul style="list-style-type: none">• anti-inflammatoires : zinc, isotrétinoïne• antibiotiques : doxycycline, (macrolides) |
| Rosacée | parasite (<i>Demodex folliculorum</i>) | <ul style="list-style-type: none">• antibiotiques : doxycycline |
| Dermite séborrhéique | champignon (<i>Malassezia spp</i>) | <ul style="list-style-type: none">• aucun |



Dermatoses bulleuses

Diagnostic



1) savoir évoquer les autres causes de bulles

- sur oedème (érysipèle)
- vésicules confluentes (herpès, ...)
- bactériennes (SSSS)
- toxidermie (NET/SJS)
- rares

Diagnostic



2) différencier pemphigus vs pemphigoïde



Diagnostic



2) différencier pemphigus vs pemphigoïde



Diagnostic



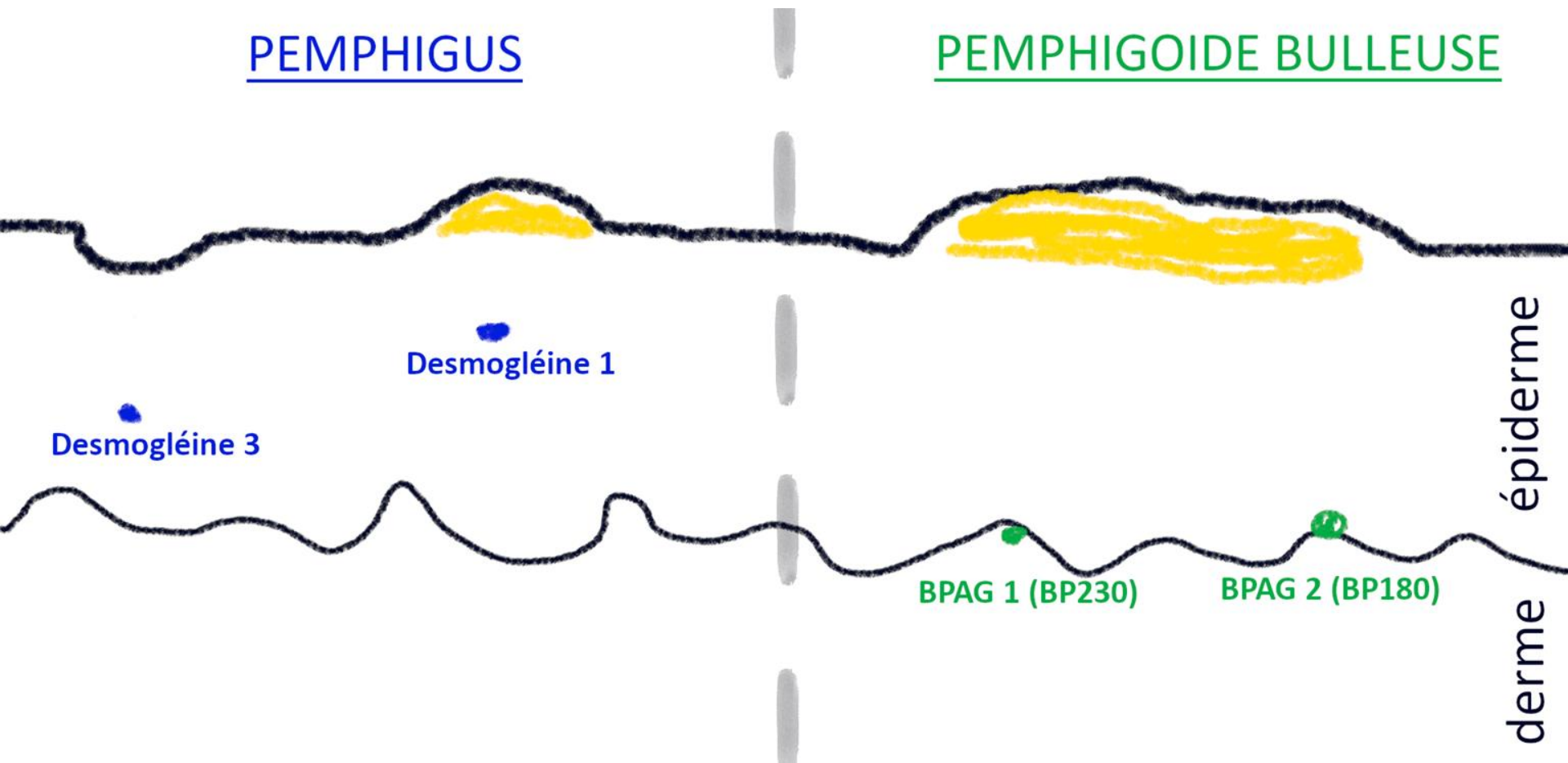
2) différencier pemphigus

vs

pemphigoïde

PEMPHIGUS

PEMPHIGOÏDE BULLEUSE



Diagnostic



2) différencier pemphigus vs pemphigoïde

| | |
|--|--|
| rare ++ | relativement fréquent dans pop cible |
| 50-60 ans | > 80 ans |
| terrain auto-immun | Parkinson, EHPAD, TNC |
| érosions post-bulleuses sur peau saine | bulles tendues sur placard urticariens |
| atteinte muqueuse | pas d'atteinte muqueuse |
| mortalité + | mortalité +++ |

Paraclinique



histologie

- bulle

fluorescence

- IFD : sur peau du patient
- IFI : prélèvement sérum patient -> déposé sur peau humaine clivée

anticorps

- ELISA : “pièges” antigéniques
- (“immuno-transfert” = *western blot*)

Traitement



soins locaux

- savon + eau (“antiseptiques” dans le collège...)
 - couper les ongles courts
 - éviter les adhésifs
- > [Information professionnels \(cismef.org\)](http://cismef.org) (guide soins locaux PB)

Pemphigus

- corticothérapie systémique
- Rituximab ++

Pemphigoïde bulleuse

- dermocorticoïdes très forts, décroissance prudente



VIH

indications sérologie VIH :

- zona de l'adulte jeune
- maladie de Kaposi
- candidoses et dermatophytoses florides et/ou multi récidivantes
- dermite séborrhéique (floride et/ou résistante au traitement)
- psoriasis *de novo* sans antécédent familial (floride et/ou résistant au traitement)



Tests allergologiques

3 principaux tests



prick-tests 
hypersensibilité immédiate

patches-tests
hypersensibilité retardée (+ eczéma contact)

Intradermo-réaction 
un peu les deux



La clinique prime



Prick-test



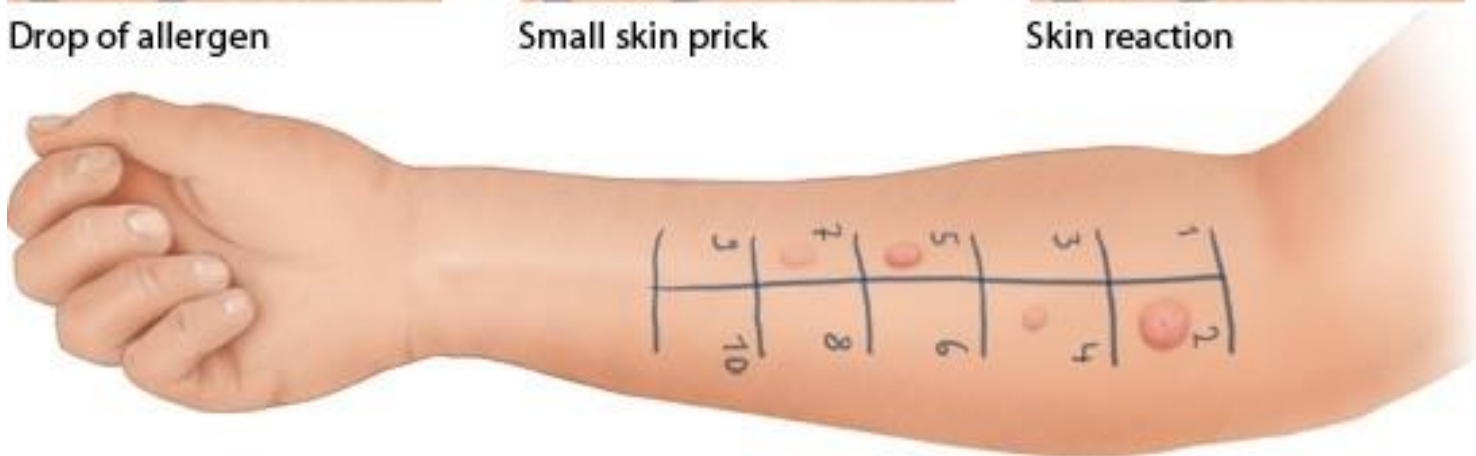
Drop of allergen



Small skin prick



Skin reaction



lecture : 20 minutes

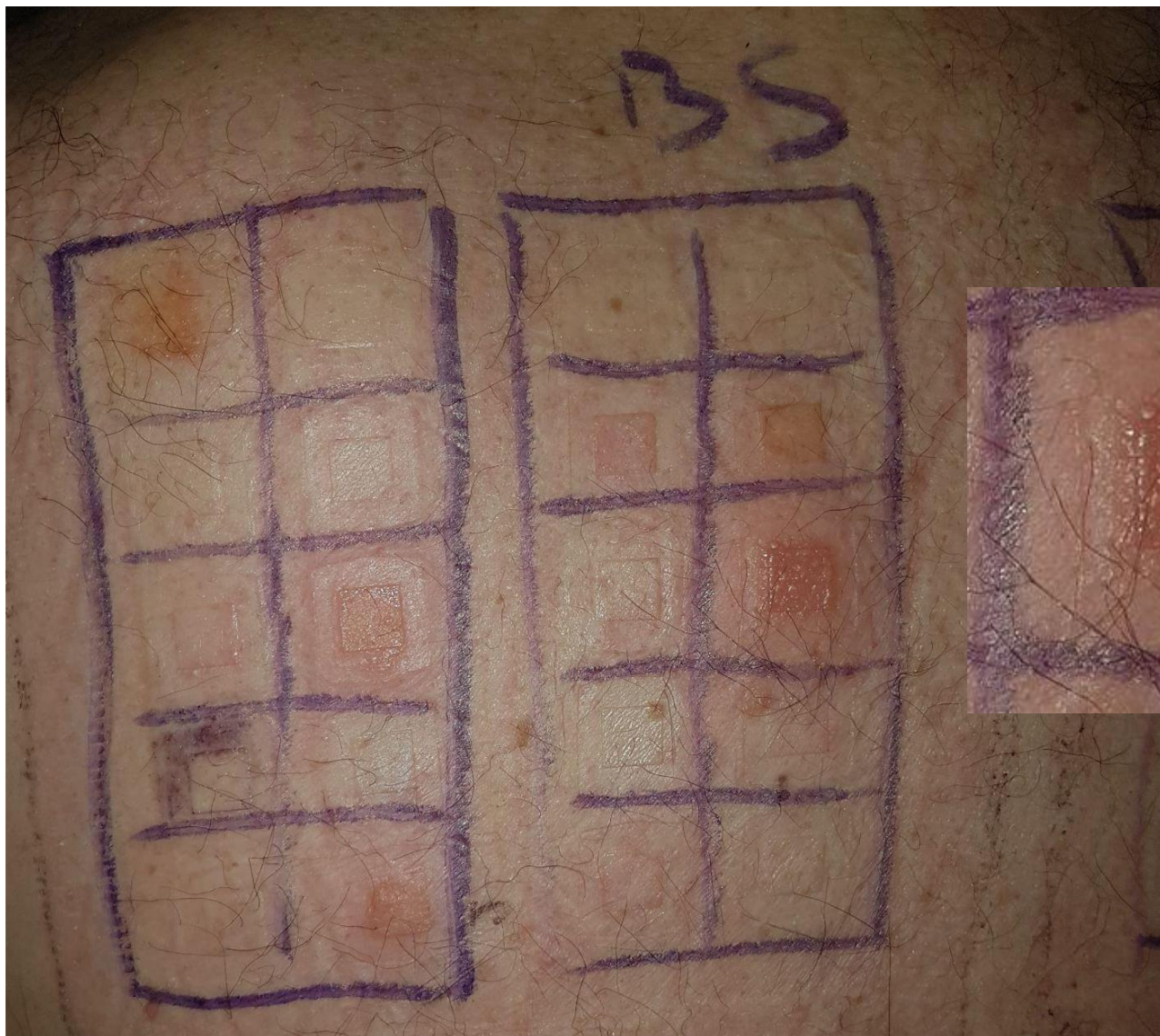
Patch-test



lecture : J2-J5



Patch-test



lecture : J2-J5

Patch-test



lecture : J2-J5

IDR



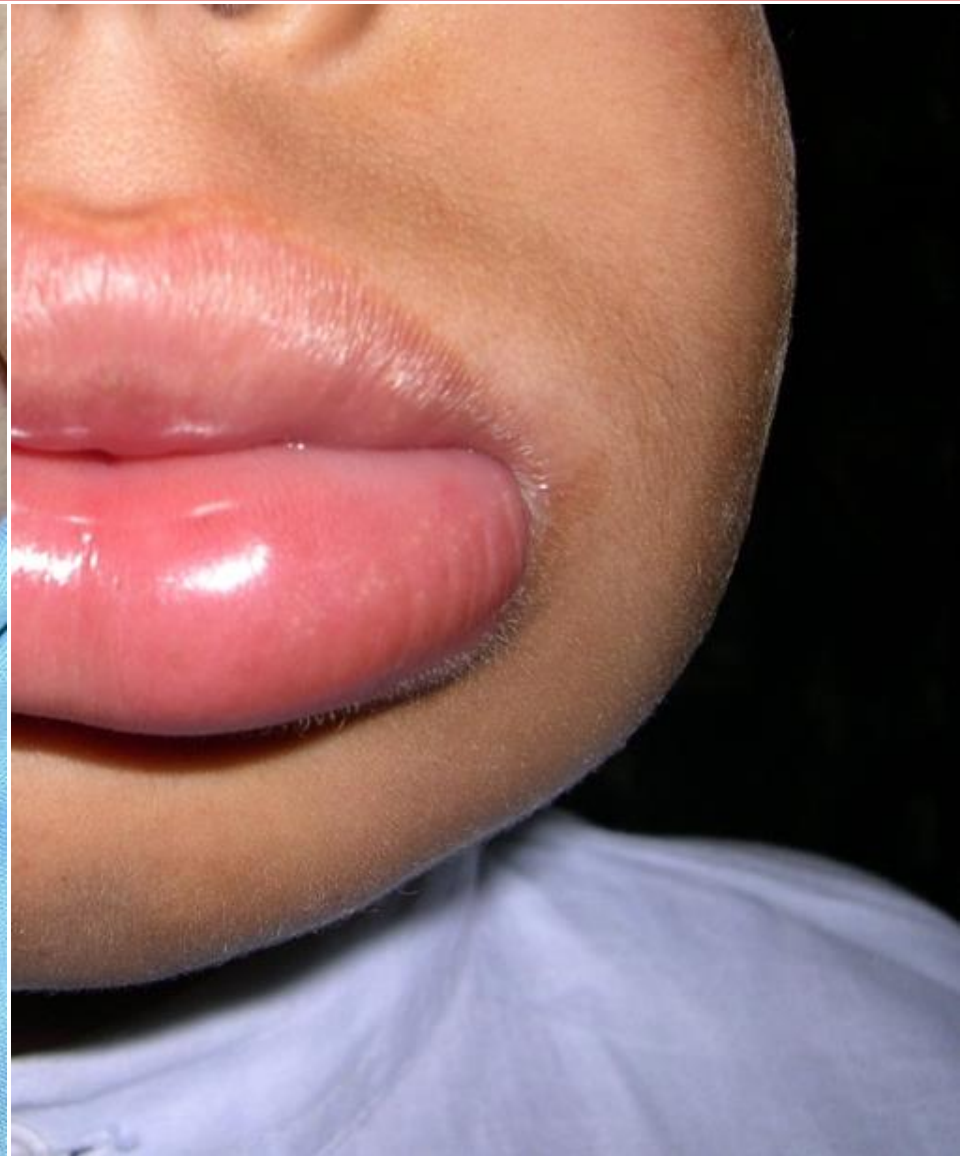
lecture : 20 min
au moins





Urticaire aiguë

2 urticaires



Urticaire fixe = atypique



Urticaire = anaphylaxie ?



3 questions :

- 1) déclencheur ? (médicament, aliment, hyménoptères, latex)
- 2) délai <2h
- 3) disparition <24h après éviction ?

Urticaire = anaphylaxie ?



- adrénaline
- tryptase sérique à H1-H2 et H24
- discuter prick-tests +/- IDR à M2

Urticaire = anaphylaxie ?



Aspect clinique identique:
2 maladies dont le pronostic est très différent

Urticaire aigue non allergique

Très fréquente

Non liée à des IgE spécifiques

Favorisée par: un état inflammatoire, une prise
médicamenteuse (AINS, aspirine, codéine...),
un stress...

PAS DE DANGER

Evolution possible vers l'urticaire chronique

Urticaire aigue allergique

Rare

Liée à des IgE spécifiques dirigées contre un
antigène

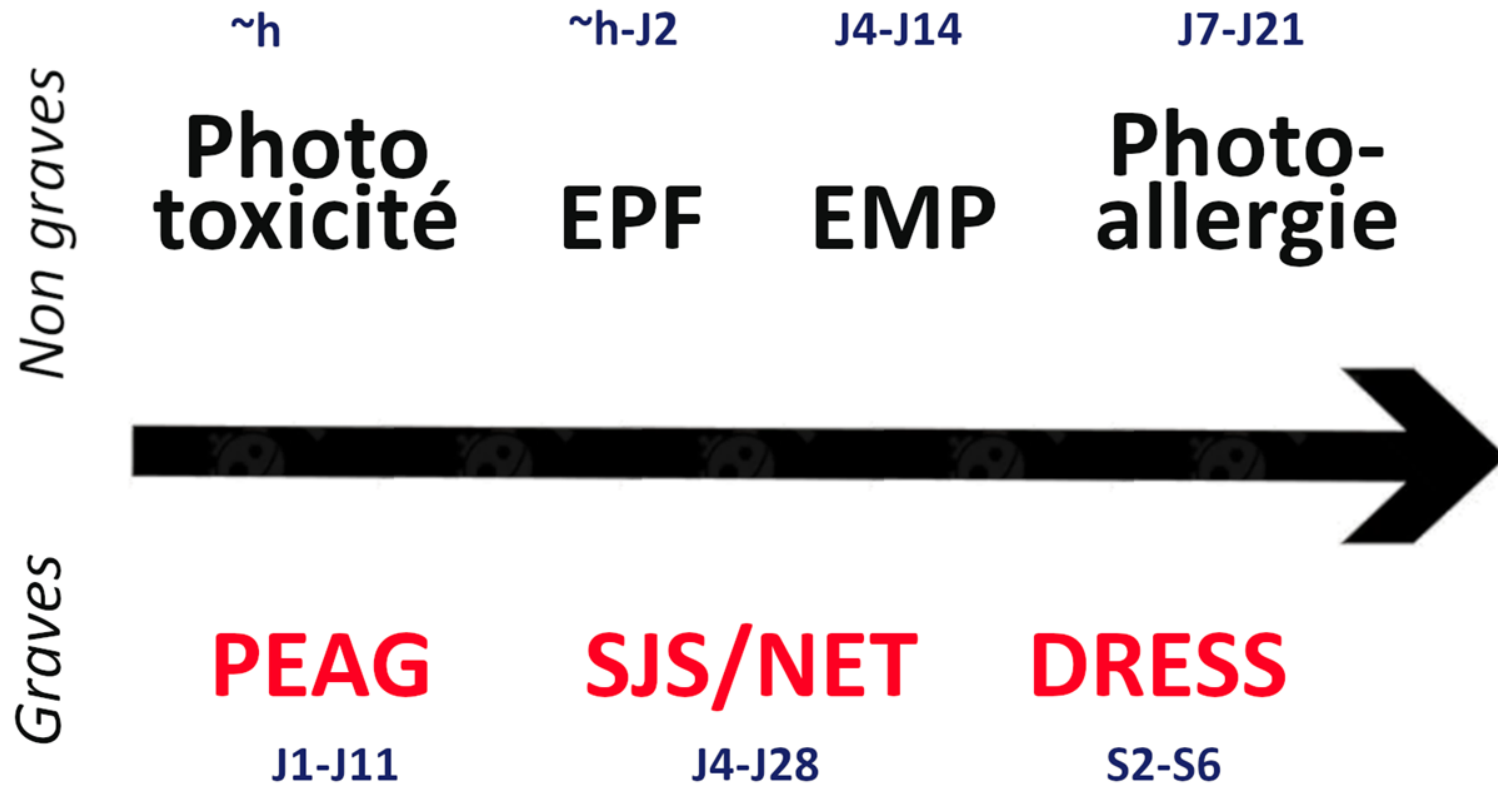
- Alimentaire,
- Médicamenteux
- Venin hyménoptère
- Protéines du latex

Risque ANAPHYLAXIE



Toxidermie

Liste



- *N.B. : urticaire et anaphylaxie non traitées / EMP = Exanthème Maculo-Papuleux / EPF = Érythème Pigmenté Fixe*

EPF



J1 Doxycycline



1 an auparavant, après doxycycline

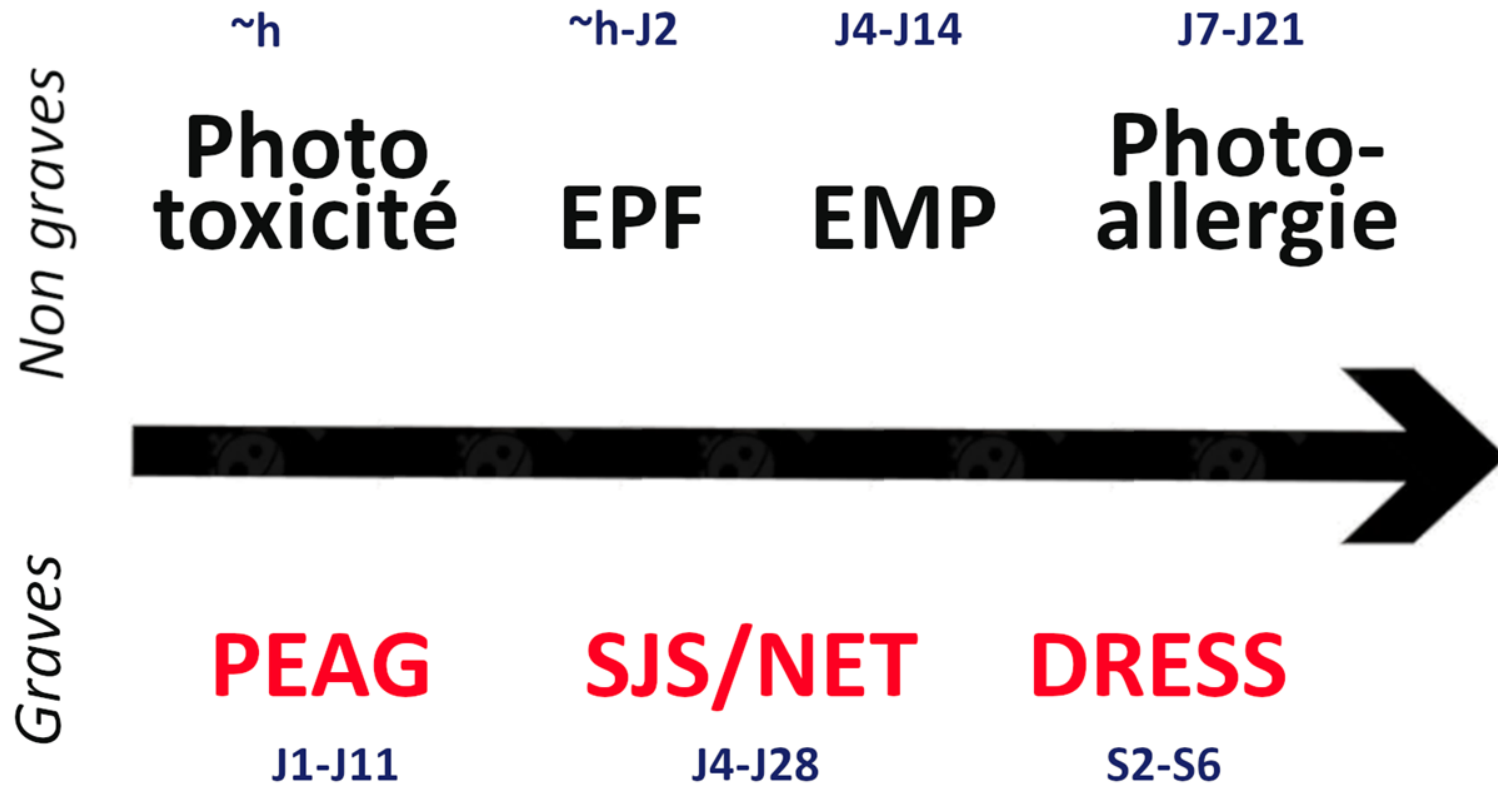
EMP



- continuum EMP - DRESS

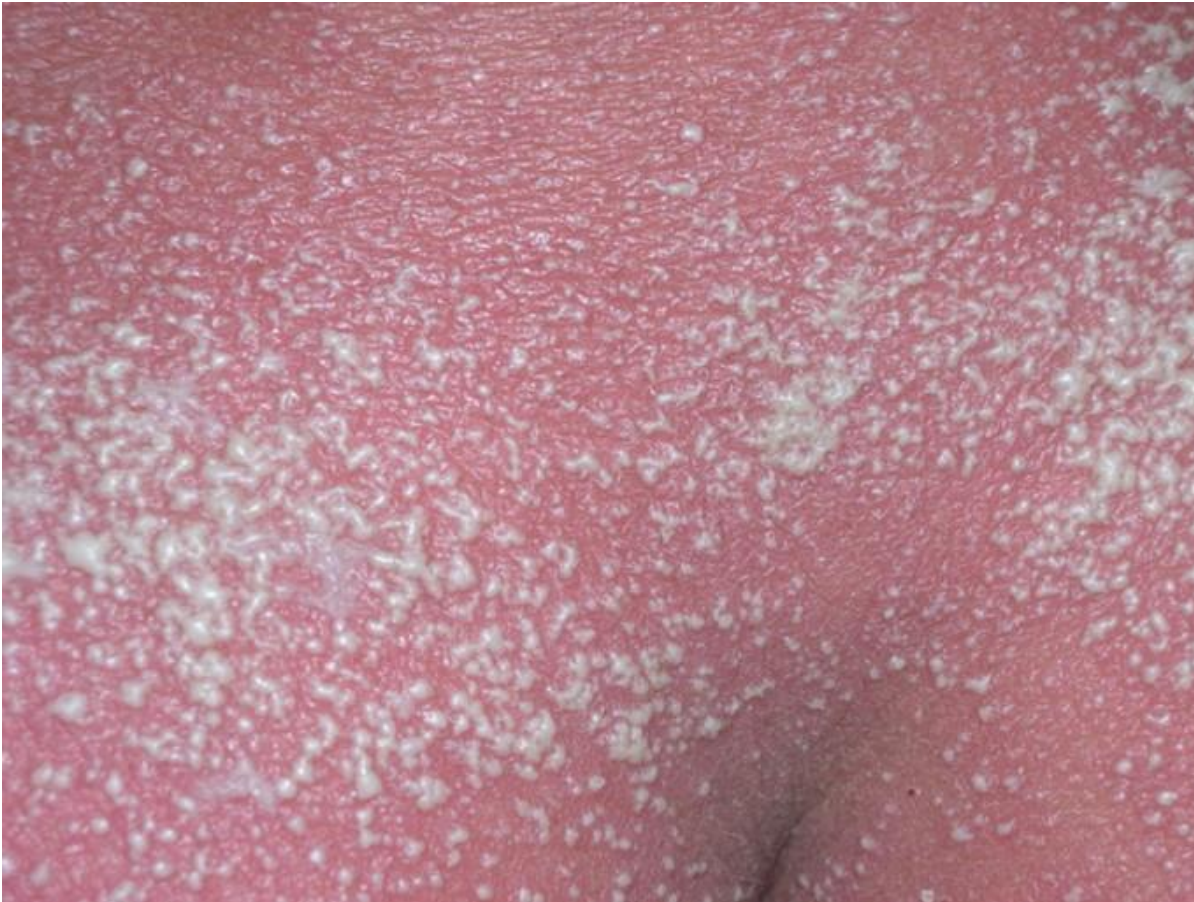
| <u>EMP</u> | <u>Virose</u> |
|----------------------------|---------------------|
| polymorphe | monomorphe |
| pas d'énanthème | énanthème |
| adulte | enfant |
| pas de contag | contage |
| pas de syndrome infectieux | syndrome infectieux |

Liste



- *N.B. : urticaire et anaphylaxie non traitées*

PEAG



- Pustulose Exanthématique Aiguë Généralisée
- inducteurs : pyostacine ++
- semis de pustules (amicrobiennes) millimétriques sur érythème
- fièvre, hyperleucocytose à PNN, AEG
- Δd : psoriasis pustuleux

SJS/NET



Signe de Nikolsky



Signe de Nikolsky



= décollement épiderme

1) NET

2) maladies bulleuses (intra-épidermiques)

- pemphigus
- SSSS (Staphylococcal Scalded Skin Syndrome)

SJS/NET



- Syndrome de Stevens-Johnson / Nécrolyse Épidermique Toxique
- AEG (sd grippal) -> atteintes muqueuses +++ (désaturation !) -> érythème rouge foncé
- douleur cutanée
- infiltration de TCD8 avec activation voie apoptose
- biopsie cutanée “médico-légale”
- arrêt tous traitements inducteurs potentiels
- réanimation (traitements non spécifiques)

DRESS



J0



J4

30 ans, éruption à 1 mois de BACTRIM, fièvre, polyadénopathies, éosinophilie et cytolysé hépatique
[Image Challenge | NEJM](#)

DRESS



DRESS



- *Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms*
- oedème visage et extrémités ; prurit ; polyadénopathies
- érythème peu spécifique
- atteintes systémiques +++

Signes gravité toxidermie 1/2



généraux

- étendue de l'éruption : exanthème généralisé, extension très rapide
- signes généraux : fièvre élevée, mauvaise tolérance hémodynamique

Signes gravité toxidermie 2/2



PEAG

- présence de pustules

SJS/NET

- douleurs cutanées ou muqueuses intenses
- présence de vésico-bulles
- érosions muqueuses
- apparition d'un signe de Nikolsky (décollement cutané provoqué par un frottement appuyé en peau saine)
- purpura infiltré ou nécrose, aspect grisâtre de la peau témoignant d'une souffrance épidermique importante

DRESS

- polyadénopathie
- infiltration des lésions, en particulier œdème du visage



Tumeurs cutanées

Kératoses séborrhéiques



Kératoses séborrhéiques



Kératoses séborrhéiques

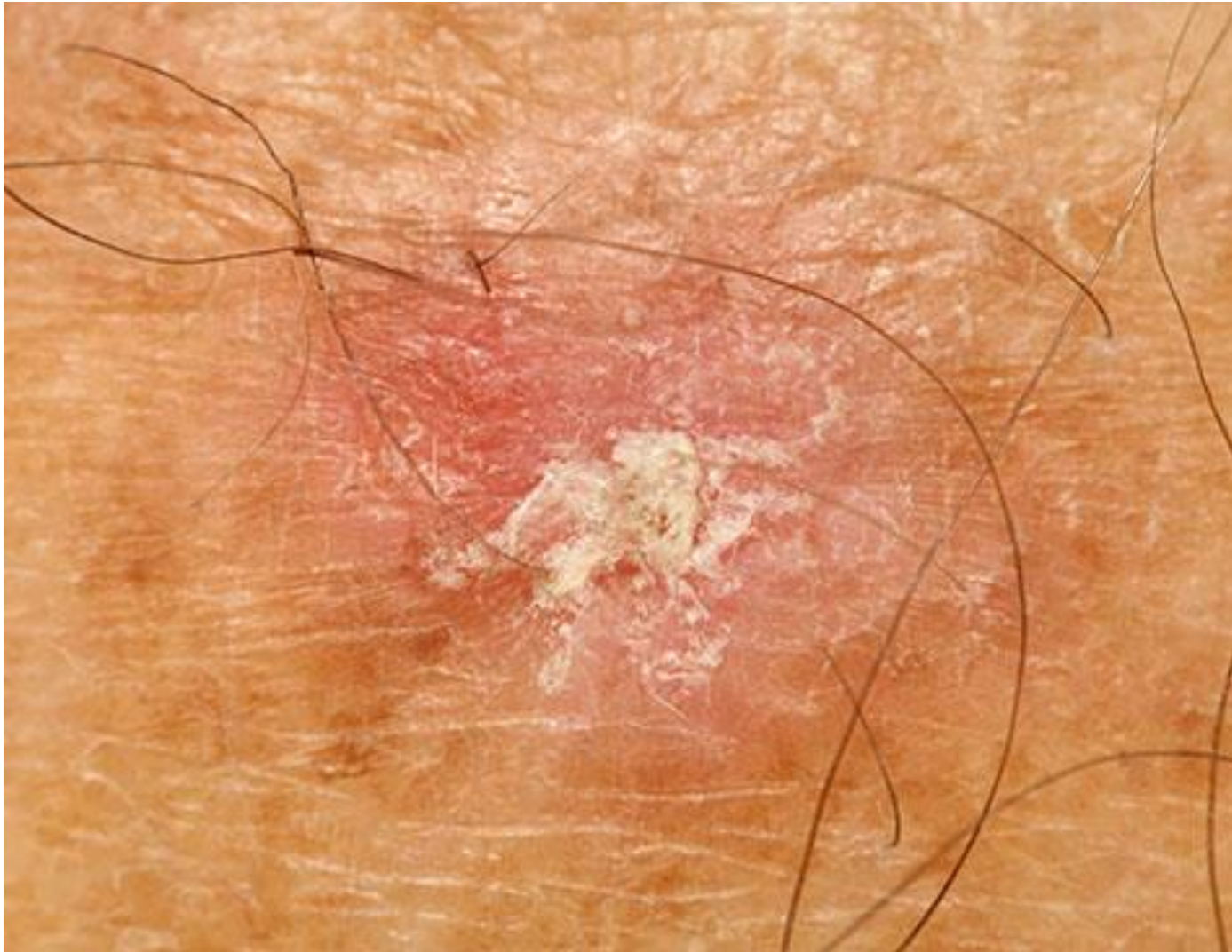


Seborrheic keratoses vary widely in appearance

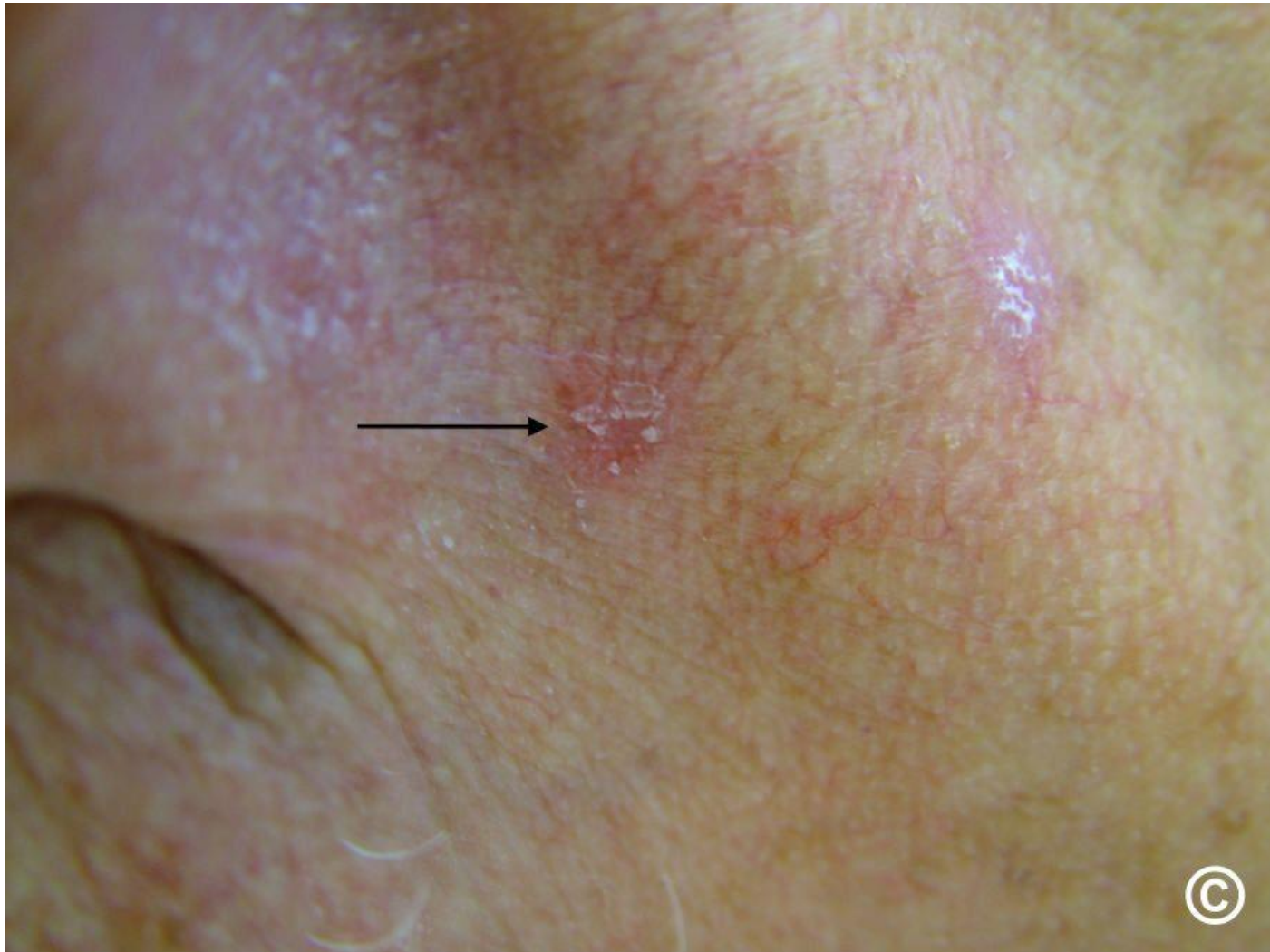
© H Lui, UBCDerm



Kératoses actiniques



Kératoses actiniques



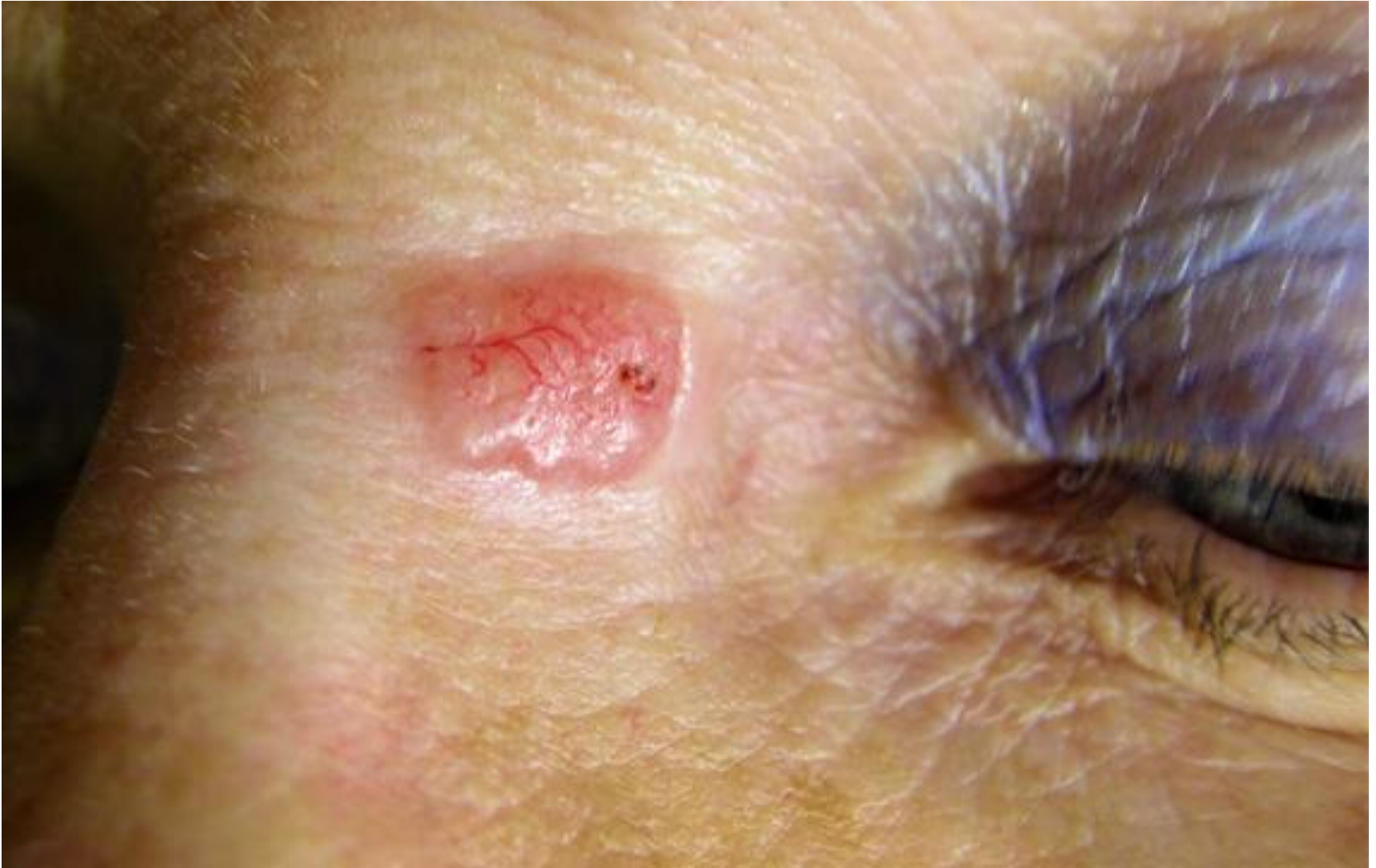
Kératoses actiniques



Kératoses actiniques



Perle



Perle



Fig. 12.24 Carcinome basocellulaire multinodulaire avec ulcération térébrante du canthus interne de l'œil.

Perle



CEC vs CBC



CEC



**ulcéré
bourgeonnant
croûteux**

CBC



perle +++
+/- croûtes, sclérose, ulcération, pigmentation, kératose.



Érysipèle

Diagnostic



1) éliminer DHBN

- douleur cutanée intense +++
- AINS ?
- bleu, blanc, noir, induration, crépitation, hypo/hyperesthésie
- ...pas les bulles

1) Δd

- “érysipèle bilatéral”
- TVP ?

1) porte d'entrée

- intertrigo, plaie, mal perforant, ulcère, morsure

Diagnostic



Évolution

- extension locale jusqu'à J1-J2 possible
(*≠ extension et modification dans les heures de la DHBN*)
- apyrexie ~J2
- amélioration locale à partir J7

Forme typique



Bulles



Diagnostic



Diagnostic



Photographies Camille HUA (présentation 3e congrès de la FDVF), service dermatologie, hôpital Mondor

Diagnostic



Photographies Camille HUA (présentation 3e congrès de la FDVF), service dermatologie, hôpital Mondor

Diagnostic



Photographies Camille HUA (présentation 3e congrès de la FDVF), service dermatologie, hôpital Mondor

Prise en charge



basique

- délimiter / images
- discuter biologie, hémocs
- surélever, +/- compression veineuse

penser décompensation/"MADD"

antibiotiques

- Amoxicilline : 50 mg/kg/j (maximum 6g/j) ; p.o./IV
- **7 jours**
- prévention récurrences +++ (compression, perte de poids, antibioprophylaxie, etc.)

Prise en charge



RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Février 2019

- ...