**JOURNÉES DERMATOLOGIQUES DE PARIS**

**DU 30 NOVEMBRE AU 4 dÉcembre 2021**

**ARTICLE 9 FOCUS EN DERMATOLOGIE**

**MÉDECINE INTERNE**

Article rédigé par Dr Laure BELLANGE.

Des symptômes cutanés se retrouvent dans des pathologies vues en médecine interne. La typologie de ces symptômes peut conditionner la typologie de prise en charge.

*Pour en savoir plus (lien sur le reste de l’article)*

**TRAITEMENT DES ÉRYTHÈMES ANNULAIRES À ÉOSINOPHILES : UNE ÉTUDE DE COHORTE MULTICENTRIQUE ET REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE**

*Marine Chastagner*

L’érythème annulaire à éosinophiles est rare. Il a parfois été décrit comme forme satellite de cancers solides. Sa prise en charge actuelle est mal codifiée.

Une étude rétrospective multicentrique a été réalisée pour proposer une meilleure prise en charge thérapeutique de cette maladie.

131 séquences thérapeutiques ont été analysées. Les corticoïdes locaux et systémiques, l’hydroxychloroquine et la dapsone sont les médicaments les plus utilisés. Il apparaît que quand les corticoïdes locaux sont inefficaces, il convient d’utiliser l’hydroxychloroquine. En seconde intention, si résistance au traitement, il est possible d’utiliser la dapsone, ou l’association hydroxychloroquine et corticoïdes systémiques. En cas d’échec de ces traitements, il est possible d’envisager des biothérapies.

**FASCIITES À ÉOSINOPHILES INDUITES PAR LES MÉDICAMENTS : DOUBLE ANALYSE DE PHARMACOVIGILANCE**

*Alexandre Teboul*

La fasciite à éosinophile est rare et mal caractérisée. Les hypothèses étiologiques et physiopathologiques restent discutées. De nombreux médicaments seraient en cause.

Une analyse de cas de la base de données de l’OMS, Vigibase et la pharmacovigilance française a pour but d’étudier les caractéristiques des fasciites à éosinophiles induites par les médicaments.

101 cas ont été inclus. Sur 85 médicaments imputables au départ, 6 ont montré une association significative : les inhibiteurs de checkpoint, les statines, les vaccins, les bisphosphonates, les inhibiteurs de la pompe à protons et les agonistes dopaminergiques.

Dans les cas liés aux médicaments, les atteintes de la tête et du cou paraissent plus importantes. L’hyperéosinophilie est aussi plus marquée que dans les autres fasciites à éosinophiles.

Devant une fasciite à éosinophiles, il convient d’évoquer les autres étiologies et ne pas s’arrêter au traitement que prend le patient.

**ANGIO-ŒDÈMES CHEZ DES PATIENTS SOUS ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L’ANGIOTENSINE 2, UN SUIVI AU LONG COURS : ÉTUDE MULTICENTRIQUE NATIONALE FRANÇAISE**

*Estelle Charvet*

Un traitement par antagoniste des récepteurs de l’angiotensine 2 (ARA II) peut être responsable d’angio-œdème bradykinique. Peuvent aussi survenir des œdèmes histaminiques avec ce traitement. Il faut distinguer les deux, la prise en charge n’étant pas la même.

Une étude observationnelle rétrospective multicentrique a évalué les caractéristiques cliniques et thérapeutiques d’une cohorte de patients suspects d’angio-œdème bradykinique sous ARA II.

55 patients ont été inclus. Dans 55 % des cas, le diagnostic d’angio-œdème bradykinique a été posé.

Les facteurs évoquant plutôt un œdème histaminique sont la récidive et des lésions urticariennes associées. Dans ce cas, la poursuite du traitement par ARA II sera possible.

**RÔLE DE LA RECHERCHE DE LA MUTATION KIT CUTANÉE POUR LE DIAGNOSTIC DE MASTOCYTOSE**

*Mohammed Alkhamees*

Pour conclure au diagnostic de mastocytose cutanée, il faut associer un critère majeur clinique, et un critère mineur paraclinique. La recherche de la mutation ckit est un de ces critères paracliniques. Cette mutation est un facteur de risque de mastocytose systémique.

Une étude rétrospective a voulu comparer la prévalence de ce critère mineur à l’autre, qui est l’infiltrat mastocytaire dermique monomorphe révélé par immunohistochimie.

202 patients ont été inclus, majoritairement des femmes, avec un âge moyen de 32 ans. 47 % des patients ont eu une positivité pour les deux marqueurs. 39,6 % ont eu la positivité de la mutation ckit seule. 5,9 % ont eu l’autre critère seul. La sensibilité et la spécificité de la mutation ckit sont de 95 % dans le diagnostic de mastocytose systémique, contre 60 % pour l’autre critère.

La recherche de la mutation ckit est donc importante pour le diagnostic de mastocytose cutanée et de mastocytose systémique.

**Messages clés :**

## Devant une mastocytose cutanée, demander la recherche de la mutation c-kit.

## Devant une suspicion d’angio-œdème bradykinique, penser à regarder l’ordonnance du patient

## QUIZ DE FORMATION :

## Devant un œdème isolé de la face chez un patient, quel examen penser à demander ?

## Un dosage du C1 inhibiteur.

## Une fonction rénale.

## Une tryptase basale.

## Que différencie une mastocytose d’un syndrome d’activation mastocytaire ?

## La localisation des lésions.

## La réponse au traitement par antihistaminiques.

## L’élévation de la tryptase basale.

## RÉPONSES :

## Devant un œdème isolé de la face chez un patient, quel examen penser à demander ?

## Un dosage du C1 inhibiteur

## Que différencie une mastocytose d’un syndrome d’activation mastocytaire ?

## L’élévation de la tryptase basale