

RECUEIL CAS CLINIQUES



Regards croisés d'experts

Peaux irritées - Peaux sèches et atopiques - Effets secondaires cutanés



Ce service vous est proposé par NAOS Services avec la caution du laboratoire dermatologique BIODERMA

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Les pictogrammes



Hypothèses
diagnostiques



Diagnostics
différentiels



En savoir plus



Quiz



Présentation
du patient



Quel suivi ?



Traitement



À quoi faut-il
faire attention ?



Que retenir ?
Quelles idées
reçues ?

— Peaux irritées

- P.09** **Jean, 63 ans**
Éruption du visage
- P.17** **Tom, 10 ans**
Éruption bulleuses
- P.25** **Marc, 43 ans**
« Les mains en l'air »
- P.33** **Gérard, 73 ans**
Atteinte des organes
génitaux externes
- P.41** **Michel, 78 ans**
Cicatrisation post-opératoire
- P.45** **Bernard, 78 ans**
Soin cicatrisation

— Peaux sèches et atopiques

- P.57** **Lola, 3 ans et demi**
Lésions érythémato-squameuses
très prurigineuses
- P.65** **Thomas, 30 ans**
Éruption de plaques
- P.73** **Emma, 3 ans et 10 mois**
Prurit diffus
- P.81** **Sacha, 10 ans**
Lésions à ne pas négliger
- P.89** **Thaïs, 9 ans**
Anomalies cutanées
- P.97** **Arthur, 34 ans**
Squames très inflammatoires

P.105

Marvin, 7 ans et demi
Hyperpigmentation pas comme
les autres

P.113

Carole, 38 ans
Lésions suspectes au mamelon

P.121

Léo, 7 mois
Nourrisson à problème

P.129

Pierre, 48 ans
Poussée inflammatoire

P.137

Caroline, 42 ans
Attention les paupières

P.145

Juliette, 36 ans
Invasion de squames

P.153

Lisa, 28 ans
Prurit des quatre membres

— Effets secondaires cutanées

P.163

Roger, 55 ans
Rash cutané en cancérologie

P.171

Murielle, 70 ans
Atteinte unguéale en cancérologie

P.181

Claudine, 55 ans
Lésion péri-unguéale en cancérologie

P.191

Stéphane, 40 ans
Lésions et desquamations des pieds
et des mains en cancérologie

LES CAS CLINIQUES



Peaux irritées



Rédigés avec la participation des internes de la **FDVF**
(Futures Dermato-Vénérologues de France)





Jean, 63 ans

Éruption du visage



Présentation
du patient

Jean, 63 ans

Éruption du visage



- **Homme de 63 ans**
- Éruption du visage sur fond inflammatoire
- Vésicules, pustules, croûtes mélicériques
- Évolution depuis 5 jours, **apparition brutale**
- Pas de prurit, mais douleurs, sensation de brûlure
- Lésions intra-buccales
- Altération de la qualité de vie : alimentation difficile !
- Pristinamycine 48h : pas d'amélioration
- Entourage sain
- Pas d'animaux à domicile
- Pas d'ATCD familiaux particuliers



Hypothèses
diagnostiques

Jean, 63 ans

Éruption du visage



QUIZ : quel diagnostic évoquer ?

- A.** Zona
- B.** Carcinome baso-cellulaire ulcéré
- C.** Eczéma aigu impétiginisé
- D.** Erysipèle





Hypothèses
diagnostiques

Jean, 63 ans

Éruption du visage



QUIZ : quel diagnostic évoquer ?

- A. Zona (impétiginisé)**
- B. Carcinome baso-cellulaire ulcéré
- C. Eczéma aigu impétiginisé
- D. Erysipèle

ÉCARTER LES DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

Caractère aigu, brutal, avec extension rapide : peu en faveur d'une **pathologie tumorale** cutanée.

► PRÉSENTATION CLINIQUE :

- Pas d'aspect tumoral
- Lésion élémentaire vésiculeuse
- Fond inflammatoire
- Évolution crouteuse mélicérique
- Disposition métamérique +++ : clé du diagnostic (**≠ eczéma aigu impétiginisé**)
- Pas d'œdème et érythème marqué diffus, pas d'augmentation de la chaleur cutanée locale, pas de fièvre : pas d'arguments pour un **érysipèle** MAIS évolution possible en l'absence de traitement de la surinfection.



Hypothèses
diagnostiques

Jean, 63 ans

Éruption du visage

LE DIAGNOSTIC SE FAIT SUR L'INTERROGATOIRE, LA CLINIQUE

► Terrain :

Homme dans la soixantaine, non immunodéprimé

► Lésions élémentaires :

- Vésicules, regroupement en bouquet
 - Pustules
- Fond érythémateux inflammatoire

► Lésions secondaires :

- Croûtes mélicériques = surinfection
 - Érosions de la muqueuse buccale

► Localisation/ Disposition :

- Clé du diagnostic +++
 - Visage : peau ET muqueuse buccale
 - Disposition métamérique unilatérale, selon le territoire du nerf V2

► Signes associés:

- **Douleurs** : allure neuropathique ; débutent souvent avant l'éruption
 - **Pas de prurit**
 - **Pas de fièvre** mais adénopathies pouvant être retrouvées dans le territoire de drainage

► **Devant une dermatose douloureuse, vésiculeuse, unilatérale et métamérique, évoquer le diagnostic de zona**

► **Zona du visage** : rechercher une atteinte muqueuse (buccale : V2, ophtalmique : V1)

► **Sérologie VIH** : recherche recommandée chez les sujets à risque



Traitement

Jean, 63 ans

Éruption du visage

QUEL TRAITEMENT DERMATOLOGIQUE PROPOSER ?

- ▶ **TRAITEMENT ANTI VIRAL (valaciclovir ou famciclovir PO, aciclovir IV) :**
 - Patients immunocompétents de plus de 50 ans dans les 72 h suivant le début de l'éruption (prévention des douleurs post-zostériennes)
 - Zona ophtalmique
 - Patients immunodéprimés
- ▶ **SOINS LOCAUX SYSTÉMATIQUES :**
 - Nettoyage des lésions à l'eau et savon doux
 - **Crème réparatrice** : à distance de la surinfection, favoriser la cicatrisation
- ▶ **TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE SYSTÉMATIQUE :**
 - Antalgiques de palier I ou II
 - +/-amitriptyline
- ▶ **TRAITEMENT DE LA SURINFECTION :**
 - ABT : amoxicilline-acide clavulanique, pristinamycine, macrolide
 - Antiseptie locale
- ▶ **TRAITEMENT DES DOULEURS POST ZOSTÉRIENNES :**
 - Antalgiques palier II ou III
 - Lidocaïne emplâtre
 - Psychotropes à visée antalgique (amitriptyline, carbamazépine, gabapentine, prégabaline...)
- ▶ **TRAITEMENT PRÉVENTIF = VACCINATION :**
 - Recommandée chez les adultes de 65 à 74 ans
 - Réduction de l'incidence du zona, des douleurs post zostériennes, et de leur intensité



En savoir plus

À retenir

LES CONSEILS DU DERMATOLOGUE

- ▶ **ÉDUCATION DES PARENTS :**
 - **Vaccination** : prévention
 - **Hygiène** : lavage quotidien des lésions et désinfection afin de limiter les complications infectieuses
 - **Pas de manipulation des lésions**
 - Initiation du traitement antiviral **le plus tôt possible**
 - **Alimentation adaptée** en cas d'atteinte muqueuse buccale :
 - aliments mixés/semi solides, froids
 - fractionnement de la prise alimentaire,
 - anesthésiants locaux sur les lésions muqueuses avant la prise alimentaire



Tom, 10 ans

Éruption bulleuses



Présentation
du patient

Tom, 10 ans

Éruption bulleuses



- Un enfant de 10 ans se présente pour une éruption **apparue depuis 10 jours**.
- Il est **Apyrétique**.
- Les bulles et les érosions post-bulleuses prédominent sur le visage et le pli axillaire.
- La mobilisation du bras gauche est douloureuse du fait des lésions dermatologiques du pli axillaire.
- Les croutes sont **mélicériques**.
- Un traitement par VALACICLOVIR a été donné par le médecin de famille mais n'a pas permis de guérison.



Hypothèses
diagnostiques

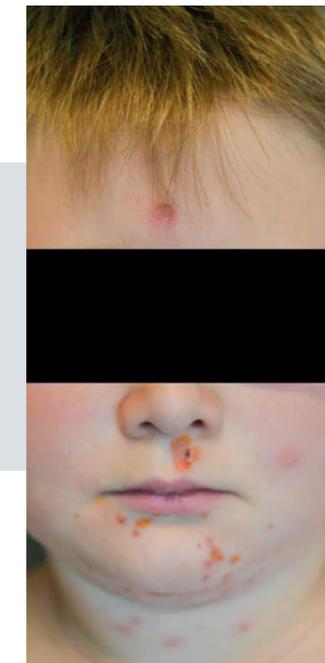
Tom, 10 ans

Éruption bulleuses



QUIZ : quel diagnostic évoquer ?

- A. Pemphigus
- B. Impétigo Bulleux
- C. Syndrome de Lyell
- D. Infection à VZV





Hypothèses
diagnostiques

Tom, 10 ans

Éruption bulleuses



QUIZ : quel diagnostic évoquer ?

- A. Pemphigus
- B. Impétigo Bulleux
- C. Syndrome de Lyell
- D. Infection à VZV

ÉCARTER LES DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

► PEMPHIGUS :

C'est une affection rare mais qui peut toucher l'enfant, les bulles sont fragiles, la peau n'est pas érythémateuse, le plus souvent on constate seulement des érosions post-bulleuses.

La présence d'atteinte muqueuse aidera au diagnostic. L'aspect peut être trompeur et l'évolution ne sera pas favorable après l'antibiothérapie, nécessitant la réalisation d'une biopsie cutanée.

► SYNDROME DE LYELL :

La symptomatologie est bruyante. Il existe une altération de l'état général, l'enfant est abattu. Sémiologiquement le décollement est dit en « linge mouillé », il existe un signe de Nickolskien peau saine et une atteinte muqueuse.

C'est une urgence dermatologique qui nécessite **une hospitalisation immédiate**.

► INFECTION À VZV :

Le zona de l'enfant est une affection rare. La lésion élémentaire est une vésicule, se disposant en bouquet sur une peau inflammatoire. La disposition est métamérique. Les douleurs et les brûlures sont au premier plan. Un écouvillon pour réalisation d'une PCR HSV peut aider s'il existe un doute diagnostic.



Hypothèses
diagnostiques

Tom, 10 ans

Éruption bulleuses

LE DIAGNOSTIC SE FAIT SUR L'INTERROGATOIRE, LA CLINIQUE

En France **90 % des Impétigos** sont dus à *S. aureus*.

Les toxines exfoliatines A et B expliquent la formation d'une bulle superficielle.

C'est une affection aiguë.

Les lésions prédominent dans les zones **péri-orificielles**.

Les bulles sont fragiles et peuvent siéger sur une base érythémateuse.

Les croûtes ont **un aspect jaune/miel** d'où leur dénomination « mélicériques », elles sont une bonne aide au diagnostic.



Traitement

Tom, 10 ans

Éruption bulleuses

QUEL TRAITEMENT DERMATOLOGIQUE PROPOSER ?

► TRAITEMENT

- **Formes localisées** : lorsqu'il n'existe que quelques lésions éparses, un traitement par antibiotiques topiques Acide fusidique ou Mupirocine peut facilement s'envisager en association avec un antiseptique local.
Une application par jour pendant une dizaine de jours sera suffisante pour obtenir la guérison.
- **Formes étendues** : pour les formes plus étendues, un traitement par antibiotiques par voie orale en monothérapie sera nécessaire. On utilisera les classes agissant sur le streptococcus pyogènes et staphylococcus aureus.
L'association Amoxicilline + acide clavulanique est la plus utilisée, en cas d'allergie on utilisera la pristinamycine ou la clindamycine.

► ACCOMPAGNEMENT DERMO-COSMÉTIQUE

- Durant la phase aiguë, **l'utilisation d'émollient** se fera au besoin sur les zones sèches de la peau, **les sprays asséchants** sont parfois utilisés mais peuvent entraîner des douleurs lorsque les croûtes se rompent.
- Lors de la phase de cicatrisation, **une crème réparatrice** peut être utile sur les zones de dépigmentation post-inflammatoire.
- Durant toute l'affection on privilégiera **une huile lavante**, en évitant de frotter sur les zones atteintes.



En savoir plus

À retenir

LES CONSEILS DU DERMATOLOGUE

- Les lésions prédominent en lésions péri-orificielles, pensez à bien regarder au niveau du périnée.
- Au sein d'une même fratrie, **plusieurs enfants peuvent être touchés**, pensez à traiter les frères et sœurs présentant des formes débutantes.
- Les micro-épidémies seront prévues grâce à une hygiène renforcée au sein du foyer et l'éviction scolaire.
- Le prélèvement du contenu d'une bulle pour culture n'est pas obligatoire, on retrouve souvent du staphylococcus aureus **même sur une dermatose qui n'est pas impétiginisée.**



Marc, 43 ans

« Les mains en l'air »



Marc, 43 ans

« Les mains en l'air »

Présentation
du patient



- Un patient **de 43 ans** sans emploi se présente pour des lésions des mains d'évolution chronique. Il est traité depuis un mois et demi par une crème antifongique, sans amélioration.
- L'affection s'est aggravée depuis la crise sanitaire du covid-19 et la nécessité d'utiliser le gel hydro-alcoolique de nombreuses fois dans la journée.
- Il rapporte un asthme dans l'enfance pour lequel il n'a plus aucun traitement. Il n'a pas d'autres antécédents personnels médicaux.
- On note **un terrain atopique** dans la famille.



Marc, 43 ans

« Les mains en l'air »

Hypothèses
diagnostiques



QUIZ : quel diagnostic évoquer ?

- A.** Psoriasis palmaire
- B.** Eczéma de contact
- C.** Eczéma dyshidrosique
- D.** Dermatophytie





Marc, 43 ans

« Les mains en l'air »

Hypothèses
diagnostiques



QUIZ : quel diagnostic évoquer ?

- A. Psoriasis palmaire
- B. Eczéma de contact
- C. Eczéma dyshidrosique
- D. Dermatophytie

ÉCARTER LES DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

► PSORIASIS PALMAIRE :

Les antécédents personnels ou familiaux de psoriasis peuvent aider le diagnostic. Les lésions palmaires peuvent prendre un aspect pustuleux également. Il existe une forme de chevauchement entre le psoriasis palmaire et l'eczéma chronique des mains, ces deux dermatoses se traitant avec des dermocorticoïdes de forte activité et répondant aux rétinoïdes et méthotrexate.

► ECZÉMA DE CONTACT :

L'eczéma de contact est très érythémateux et très bien limité, la bordure est nette. L'allergène peut être professionnel ou présent lors de certains loisirs.

► DERMATOPHYTIE :

Les lésions de tinea manuum touchant la main vont généralement réaliser un syndrome « two feet one hand ».

Cette dernière peut se révéler par une simple hyperkératose palmaire. Lorsque les lésions sont érythémateuses, on observe une guérison du centre de la lésion et une bordure active pustuleuse.



Marc, 43 ans

« Les mains en l'air »

Hypothèses
diagnostiques

LE DIAGNOSTIC SE FAIT SUR L'INTERROGATOIRE, LA CLINIQUE

Il s'agit d'une affection **chronique de la peau** dont l'évolution est fluctuante.

La lésion élémentaire de l'eczéma est la **microvésiculeuse**.

On retrouve fréquemment des fissures au niveau de la pulpe des doigts. Lorsque cette dernière se rompt elle donne un **aspect suintant** à la lésion.

La bordure de la lésion est **émiettée**.

On ne retrouve habituellement **aucune atteinte unguéale**.

À l'interrogatoire, les **antécédents personnels ou familiaux d'atopie** peuvent nous orienter au diagnostic.



Traitement

Marc, 43 ans

« Les mains en l'air »

QUEL TRAITEMENT DERMATOLOGIQUE PROPOSER ?

► TRAITEMENT

— En première intention : traitements locaux

On utilisera des dermocorticoïdes de très forte intensité (Propionate de Clobétasol) tube de 10g : un tube par jour.

— **Secondairement** on pourra utiliser les inhibiteurs de la calcineurine topiques.

— Traitements généraux :

Devant une dermatose réfractaire au traitement local ou trop cortico-dépendante et invalidante au quotidien on pourra proposer la photothérapie, l'Alitrétinoïne(TOCTINO) ou le méthotrexate.

► ACCOMPAGNEMENT DERMO-COSMÉTIQUE

— On pourra conseiller **une crème réparatrice** dont l'application pourra être répétée plusieurs fois dans la journée.



En savoir plus

À retenir

LES CONSEILS DU DERMATOLOGUE

► ÉDUCATION DES PATIENTS :

- Il faut faire comprendre au patient le caractère chronique de cette affection qui récidivera **plusieurs fois au cours de sa vie.**
- Le traitement par dermocorticoïdes est uniquement suspensif et **la récurrence est fréquente à l'arrêt.**
- **L'utilisation de gants en coton** à enfiler après l'application de dermocorticoïde augmente leur efficacité (dermocorticoïdes en occlusion)
- Il faut penser à rechercher un **facteur allergique de contact** et ne pas omettre les allergènes présents dans le travail.



Gérard, 73 ans

Atteinte des organes génitaux externes



Gérard, 73 ans

Atteinte des organes génitaux externes

Présentation
du patient



- Homme de 73 ans
- Éruption érythémato-squameuse inguinale
- **Prurit féroc**
- **Echec des dermocorticoïdes** prescrits sur plusieurs mois
- Entourage sain
- Pas d'animaux



Gérard, 73 ans

Atteinte des organes génitaux externes

Hypothèses
diagnostiques



QUIZ : quel diagnostic évoquer ?

- A.** Infection cutanée bactérienne
- B.** Psoriasis des plis
- C.** Eczéma
- D.** Dermatophytie





Gérard, 73 ans

Atteinte des organes génitaux externes

Hypothèses
diagnostiques



QUIZ : quel diagnostic évoquer ?

- A. Infection cutanée bactérienne
- B. Psoriasis des plis
- C. Eczéma
- D. Dermatophytie

ÉCARTER LES DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

▶ DERMATITE ATOPIQUE CHRONIQUE :

- Plaques érythémato-squameuses mal limitées, lichénifiées.
- Zones de flexion des membres, visage.

▶ PSORIASIS :

- Plaques érythémato-squameuses bien limitées sans bordure inflammatoire.
- Zones bastions (coudes, genoux, zone lombaire, cuir chevelu).
- Prurit inconstant.



Gérard, 73 ans

Atteinte des organes génitaux externes

Hypothèses
diagnostiques

LE DIAGNOSTIC SE FAIT SUR L'INTERROGATOIRE, LA CLINIQUE

Présence d'animaux
au domicile ?
+++ (formes zoophiles)

Plaques érythémato-
squameuses bien
limitées, à contours
polycycliques

Extension centrifuge
avec bordure
vésiculo-papuleuse
caractéristique ++

Atteinte des grands
plis classique

Prurit constant

▶ Clinique ++

▶ Confirmation possible par prélèvement mycologique à la curette (permet le diagnostic d'espèce).



Traitement

Gérard, 73 ans

Atteinte des organes génitaux externes

QUEL TRAITEMENT DERMATOLOGIQUE PROPOSER ?

▶ TRAITEMENT en première intention : antifongiques locaux

- Imidazolés, ciclopiroxolamine
- Durée : 2 à 4 semaines
- Galénique :
 - lésions suintantes : poudres
 - lésions sèches : crèmes

▶ EN CAS DE LÉSIONS MULTIPLES OU ÉTENDUES

- Antifongiques systémiques :
 - Terbinafine 250 mg/j pendant 4 semaines (avec surveillance du bilan hépatique à S0 et S6)



En savoir plus

À retenir

LES CONSEILS DU DERMATOLOGUE

- **Lutter contre les facteurs favorisants** : humidité, chaleur, macération
- **Accompagnement dermo-cosmétique** :
 - Utiliser une lotion réparatrice asséchante
 - Emollients pour calmer le prurit
- Contre-indication des dermocorticoïdes
- Traiter l'animal en cause en cas de transmission zoophile



Michel, 78 ans

Cicatrisation post-opératoire



Présentation
du patient

Michel, 78 ans

Cicatrisation post-opératoire



- Homme de 78 ans, sans traitement anti-coagulant
- CBC joue D
- Reconstruction par lambeau en îlot



Traitement

Michel, 78 ans

Cicatrisation post-opératoire

SOINS POST-OPÉRATOIRES

Réfection quotidienne
des pansements.

Lavage de la plaie à l'eau
et savon doux ou sérum
physiologique.

Pansement :

- Plaie aiguë (post chirurgicale)
- Propre
- Peu exsudative
- Décollement peu étendu/pas de TAC

Recommandation :
pansement hydrocellulaire,
interface, ou hydrocolloïde.



Traitement

Michel, 78 ans

Cicatrisation post-opératoire

ABLATION DES FILS À J10

► EXCELLENTE CICATRISATION :

Zone fibrino-croûteuse au pied de l'aile nasale droite

- Poursuite de la détertion de la zone fibrino-croûteuse au pied de l'aile nasale : décapage mécanique après ramollissement de la croûte si besoin (vaseline).

► ACCOMPAGNEMENT DERMO-COSMÉTIQUE :

- Pour le reste de la cicatrice : **massage avec crème réparatrice**, tous les jours pendant 3 min, durant 3-6 mois (remodelage cicatriciel long).
- **Photoprotection de la cicatrice.**



Bernard, 78 ans

Soin cicatrisation



Présentation
du patient

Bernard, 78 ans

Soin cicatrisation



- Homme de 78 ans
- Sous Eliquis
- Exérèse d'un large CBC infiltrant du lobe de l'oreille gauche
- Exérèse cartilagineuse associée en profondeur
- Reconstruction par lambeau de transposition



Traitement

Bernard, 78 ans

Soin cicatrisation

SOINS POST-OPÉRATOIRES

Plaie chirurgicale propre

Pas d'exsudat

Sous Eliquis :
risque hémorragique

Nettoyage quotidien de
la plaie, détersion des
croûtes

Pansement type
interface (hydrocellulaire
ou hydrocolloïde difficile
vu la zone)



Traitement

Bernard, 78 ans

Soin cicatrisation

ABLATION DES FILS À J8, POURSUITE DES SOINS ?

- Inflammation locale et écoulement d'une goutte de pus à la pression, douleur modérée, pas de fièvre ni ADP régionale.
- Quelques croûtes en distalité du lambeau, zone hémorragique bourgeonnante.
- ABT PO pour traitement de la surinfection : amoxicilline-acide clavulanique pendant 7 jours.
- Poursuite de la **réfection quotidienne des pansements** : nettoyage, désinfection et détersion mécanique des croûtes (ramollissement par vaseline si besoin).
- Pansement absorbant hémostatique et à visée détersive : alginate.

► ACCOMPAGNEMENT DERMO-COSMÉTIQUE :

- Après cicatrisation complète : **massage de la cicatrice avec crème réparatrice et photoprotection.**



Plaies et cicatrisations post-opératoires



À retenir

En savoir plus

PLAIES ET CICATRISATIONS POST-OPÉRATOIRES

- **Pas d'utilisation systématique des antibiotiques** locaux ou antiseptiques
- **Antiseptiques au long cours** : altération de la cicatrisation, dermatites d'irritation ou allergies de contact
- **Lavage à l'eau + savon doux : suffisant**
Alternative : sérum physiologique
- **Importance de la détersion des croûtes +++** : altération de la cicatrisation, retard
- **Pansement** : occlusion de la plaie en milieu chaud et humide pour favoriser la cicatrisation
- **Type de pansement** : dépend de la plaie post-opératoire

+ ARRÊT DU TABAC



À retenir

En savoir plus

TYPE DE PANSEMENT EN FONCTION DE LA PLAIE POST-OPÉRATOIRE :

PLAIE SIMPLE CHIRURGICALE/AIGUË

En fonction de la localisation :

- Pansement hydrocellulaire
- Pansement type interface
- Pansement hydrocolloïde

PLAIE CHIRURGICALE EN CICATRISATION DIRIGÉE

Favoriser la détersion et hémostase locale
▶ pansement alginate

LES CAS CLINIQUES



Peaux sèches et atopiques



Rédigés avec la participation des internes de la **FDVF**
(Futures Dermato-Vénérologues de France)





Lola, 3 ans et demi

Lésions érythémato-squameuses très prurigineuses



Lola, 3 ans et demi

Lésions érythémato-squameuses très prurigineuses

Présentation
du patient



- Petite fille de 3 ans ½
- Dermatose érythémato squameuse
- Peau sèche ++
- Prurit ++ avec lésions de grattage
- Entourage : RAS
- Pas d'animaux
- Antécédent familial d'atopie



Lola, 3 ans et demi

Lésions érythémato-squameuses très prurigineuses

Hypothèses
diagnostiques



QUIZ : quel diagnostic évoquer ?

- A. Mycose
- B. Dermatite atopique
- C. Dermite séborrhéique
- D. Gale





Hypothèses
diagnostiques

Lola, 3 ans et demi

Lésions érythémato-squameuses très prurigineuses



QUIZ : quel diagnostic évoquer ?

- A. Mycose
- B. Dermatite atopique
- C. Dermite séborrhéique
- D. Gale

▶ MYCOSE (TYPE HERPÈS CIRCINÉ) :

Lésions à contour géographique, inflammatoires en périphérie, cicatricielles au centre, centrifuges, récentes +/- prurigineuses. Notion de contact animal et mycologie si besoin.

▶ DERMITE SÉBORRHÉIQUE :

Localisation des zones sébacées :

Adultes : Cuir chevelu, sourcils, ailes nasaires, oreilles, sternum, squames grasses, pellicules.

Nourrissons : Cuir chevelu +/- siège, avant 3 mois, prurit moins important.

▶ GALE :

Prurit nocturne, prurit dans l'entourage, notion de contagion, clinique avec présence de sillons.



Hypothèses
diagnostiques

Lola, 3 ans et demi

Lésions érythémato-squameuses très prurigineuses

LE DIAGNOSTIC SE FAIT SUR L'INTERROGATOIRE, LA CLINIQUE

▶ **Présence de prurit :**
Oui

▶ **Début :**
avant 2 ans

▶ **Xérose :**
+/- généralisées

▶ **Lésions :**
La patiente présente des lésions éiettées d'eczéma, lésions de grattage

▶ **Antécédents :**
La patiente a des antécédents atopiques

▶ **Entourage :**
RAS

Pas d'examen complémentaire à faire a priori.



Traitement

Lola, 3 ans et demi

Lésions érythémato-squameuses très prurigineuses

QUEL TRAITEMENT DERMATOLOGIQUE PROPOSER ?

► **TRAITEMENT : DES DERMOCORTICOÏDES (DC) peuvent être prescrit en première intention.** Ce qui est dangereux c'est la corticophobie !
Schématiquement : classe peu forte type Desonide (Tridesonit®)

— **Traitement d'attaque :**

1 fois par jour sans quantité maximum, doit être précoce jusqu'au blanchiment.

— **Traitement d'entretien :**

- Soit 1 à 2 fois par semaine si les poussées sont fréquentes
- Soit arrêt et reprise des DC dès les premiers signes de rechute si les poussées sont plus espacées.

► **ACCOMPAGNEMENT DERMO-COSMÉTIQUE :**

— **Utilisation d'émollients** : au moins une fois par jour c'est la base du traitement d'entretien de la DA ! Hydrate, diminue la micro-inflammation et le prurit, régule le microbiome, permet une épargne cortisonée.



En savoir plus

À retenir

LES CONSEILS DU DERMATOLOGUE

► **ÉDUCATION DES PARENTS :**

- Corticophobie
- Hygiène
- Toilette à l'eau tiède sans savon
- Éviter lainages et textiles synthétiques : favoriser le coton
- Éviter le tabac
- Adopter des stratégies d'évitement du grattage
- Schéma vaccinal normal



Thomas, 30 ans

Éruption de plaques



Thomas, 30 ans

Éruption de plaques

Présentation
du patient



- Jeune homme sans antécédent particulier
- Dermatose érythémato squameuse récente mais a déjà eu des petites plaques au coude
- Peu ou pas de prurit +- peu sèche
- Entourage : RAS
- Pas d'animaux
- Pas d'antécédent familial d'atopie



Thomas, 30 ans

Éruption de plaques

Hypothèses
diagnostiques

?? **QUIZ** : quel diagnostic évoquer ?

- A.** Pityriasis rosé de Gibert
- B.** Dermite séborrhéique
- C.** Psoriasis
- D.** Eczéma de contact





Thomas, 30 ans

Éruption de plaques

Hypothèses
diagnostiques

QUIZ : quel diagnostic évoquer ?

- A. Pityriasis rosé de Gibert
- B. Dermite séborrhéique
- C. Psoriasis
- D. Eczéma de contact

▶ PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT :

Éruption souvent limitée au tronc +/- racine des membres : disposition en « sapin » avec un médaillon.

Viral : l'évolution spontanée vers la guérison se fait en 6 à 8 semaines.

▶ DERMITE SÉBORRHÉIQUE :

Localisation des zones sébacées

Adultes : Cuir chevelu, sourcils, ailes nasaires, oreilles, sternum, squames grasses, pellicules.

Nourrissons : Cuir chevelu +/-, siège avant 3 mois, prurit moins important.

▶ ECZÉMA DE CONTACT :

Localisation en rapport avec un allergène.

+/- vésiculeux, et + prurigineux, + difficile quand chronique ou nummulaire.



Thomas, 30 ans

Éruption de plaques

Hypothèses
diagnostiques

LE DIAGNOSTIC SE FAIT SUR L'INTERROGATOIRE, LA CLINIQUE

▶ Évolution :

Poussée souvent reliée à un stress ou sur zone de frottement (phénomène de Koebner)

▶ Lésions :

Le patient présente Lésion typique avec squames micacées +/- épaisses +/- inflammatoire, en carte de géographie

▶ Antécédents :

Le patient a des antécédents familiaux de psoriasis

▶ Autres éléments :

Topographie classique : coudes, genoux, jambes, région lombaire, cuir chevelu, paumes/plantes, +/- ongles

Il n'y a pas d'examen complémentaire à faire en général. Le diagnostic est clinique.

Les comorbidités inflammatoires touchent plutôt les patients jeunes avec un psoriasis sévère.

Penser à rechercher un rhumatisme psoriasique ou à la possibilité d'une prise médicamenteuse : Beta-, IEC, lithium, etc.



Traitement

Thomas, 30 ans

Éruption de plaques

QUEL TRAITEMENT DERMATOLOGIQUE PROPOSER ?

▶ ÉVALUER LA GRAVITÉ ET LE RETENTISSEMENT DU PSORIASIS

▶ TRAITEMENT EN PREMIÈRE INTENTION : TRAITEMENTS LOCAUX

- Corticothérapie locale, les dérivés de la vitamine D, les rétinoïdes topiques, l'huile de Cade, l'ichtyol , etc.
- L'association type dermocorticoïde + calcipotriol augmente l'efficacité.
- Photothérapie, Acitrétine, Méthotrexate, Ciclosporine, voire biothérapie pour les formes sévères.

▶ ACCOMPAGNEMENT DERMO-COSMÉTIQUE :

- **Utilisation d'émollients** une fois par jour : hydrate et permet une épargne cortisonée.



En savoir plus

À retenir

LES CONSEILS DU DERMATOLOGUE

▶ ÉDUCATION DES PARENTS :

- Soulager le prurit à l'aide d'un **spray apaisant**
- Éviter au maximum les **microtraumatismes**
- Pour le cuir chevelu, utiliser un **shampooing-crème** destiné aux cuirs chevelus squameux 3 fois par semaine, pendant les 3 semaines de la période d'attaque



Emma, 3 ans et 10 mois

Prurit diffus



Emma, 3 ans et 10 mois

Prurit diffus

Présentation
du patient



- Petite fille de 3 ans et 10 mois
- Dermatose érythémato squameuse
- Peau sèche ++
- Prurit ++ avec lésions de grattage
- Entourage : RAS
- Pas d'animaux
- Antécédent familial d'atopie



Emma, 3 ans et 10 mois

Prurit diffus

Hypothèses
diagnostiques

?? QUIZ : quel diagnostic évoquer ?

- A. Gale
- B. Dermatite atopique
- C. Dermite séborrhéique
- D. Mycose





Emma, 3 ans et 10 mois

Prurit diffus

Hypothèses
diagnostiques



QUIZ : quel diagnostic évoquer ?

- A. Gale
- B. Dermatite atopique
- C. Dermite séborrhéique
- D. Mycose

▶ GALE :

Prurit nocturne, prurit dans l'entourage, notion de contagé, clinique avec présence de sillons.

▶ DERMITE SÉBORRHÉIQUE :

Localisation des zones sébacées :

Adultes : Cuir chevelu, sourcils, ailes nasaires, oreilles, sternum, squames grasses, pellicules.

Nourrissons : Cuir chevelu +/-, siège avant 3 mois, prurit moins important.

▶ MYCOSE (TYPE HERPES CIRCINÉ) :

Lésions à contour géographique, inflammatoires en périphérie, cicatricielles au centre, centrifuges, récentes +/- prurigineuses.

Notion de contact animal et mycologie si besoin.



Emma, 3 ans et 10 mois

Prurit diffus

Hypothèses
diagnostiques

LE DIAGNOSTIC SE FAIT SUR L'INTERROGATOIRE, LA CLINIQUE

▶ **Présence de prurit :**
Oui

▶ **Xérose :**
+/- généralisées

▶ **Lésions :**
La patiente présente des lésions émiettées d'eczéma, ainsi que des lésions de grattage

▶ **Antécédents :**
La patiente a des antécédents atopiques familiaux

▶ **Autres éléments :**
À noter un début d'impétignisation

▶ **Début :**
avant 2 ans

▶ **Évolution :**
par poussée rémission

Pas d'examen complémentaire à priori
Si l'impétignisation est importante > Bactériologie



Traitement

Emma, 3 ans et 10 mois

Prurit diffus

QUEL TRAITEMENT DERMATOLOGIQUE PROPOSER ?

► **TRAITEMENT : DES DERMOCORTICOÏDES (DC) peuvent être prescrit en première intention.** Ce qui est dangereux c'est la corticophobie !
Schématiquement : classe peu forte type Desonide (Tridesonit®)

— **Traitement d'attaque :**

1 fois par jour sans quantité maximum, doit être précoce jusqu'au blanchiment.

— **Traitement d'entretien :**

- Soit 1 à 2 fois par semaine si les poussées sont fréquentes
- Soit arrêt et reprise des DC dès les premiers signes de rechute si les poussées sont plus espacées.

► **ACCOMPAGNEMENT DERMO-COSMÉTIQUE :**

- **Utilisation d'émollients :** au moins une fois par jour c'est la base du traitement d'entretien de la DA ! Hydrate, diminue la micro-inflammation et le prurit, régule le microbiome, permet une épargne cortisonée.



En savoir plus

À retenir

LES CONSEILS DU DERMATOLOGUE

► **ÉDUCATION DES PARENTS :**

- Corticophobie
- Hygiène
- Toilette à l'eau tiède sans savon
- Éviter lainages et textiles synthétiques : favoriser le coton
- Éviter le tabac
- Adopter des stratégies d'évitement du grattage
- Schéma vaccinal normal



Sacha, 10 ans

Lésions à ne pas négliger



Sacha, 10 ans

Lésions à ne pas négliger

Présentation
du patient



- Enfant de 10 ans
- Dermatose érythémato squameuse eczématiforme avec petites lésions dures à la palpation
- Peau sèche
- Prurit avec quelques lésions de grattage
- Entourage : 1 frère non vu a quelques « boutons »
- Pas d'animaux
- Pas d'antécédent familial d'atopie



Sacha, 10 ans

Lésions à ne pas négliger

Hypothèses
diagnostiques



QUIZ : quel diagnostic évoquer ?

- A.** Gale
- B.** Dermatite atopique
- C.** Dermite eczématiforme avec molluscum contagiosum (M.C)
- D.** Mycose





Hypothèses
diagnostiques

Sacha, 10 ans

Lésions à ne pas négliger



QUIZ : quel diagnostic évoquer ?

- A. Gale
- B. Dermite atopique
- C. Dermite eczématiforme avec molluscum contagiosum (M.C)
- D. Mycose

▶ GALE :

Prurit nocturne, prurit dans l'entourage, notion de contagé, clinique avec présence de sillons

▶ DERMATITE ATOPIQUE :

Évolution par poussée/rémission, antécédent d'atopie, prurit, xérose.

Localisation des lésions : visage, plis, membres.

Type émiettées d'eczéma.

Pas de notion de contagé ni d'animaux.

▶ MYCOSE (TYPE HERPÈS CIRCINÉ) :

Lésions à contour géographique, inflammatoires en périphérie, cicatricielles au centre, centrifuges, récentes +/- prurigineuses.

Notion de contact animal et mycologie si besoin.



Hypothèses
diagnostiques

Sacha, 10 ans

Lésions à ne pas négliger

LE DIAGNOSTIC SE FAIT SUR L'INTERROGATOIRE, LA CLINIQUE

▶ **Présence de prurit :**
Oui

▶ **Début :**
Récent

▶ **Xérose :**
+/- importante

▶ **Lésions :**

La patiente présente des lésions de grattage et des lésions émiettées d'eczéma, mais avec des papules fermes ombiliquées :

- facile quand les M.C. sont évidents
- plus difficile quand ils sont petits et peu nombreux

Pas d'examen complémentaire à faire à priori.



Traitement

Sacha, 10 ans

Lésions à ne pas négliger

QUEL TRAITEMENT DERMATOLOGIQUE PROPOSER ?

► TRAITEMENT : PAS DE DERMOCORTICOÏDES !

L'exérèse des M. C. est discutée : ça finit par passer... sauf quand ils se multiplient ou se compliquent...

- Pas de dermocorticoïdes
- Azote
- Curetage sous Emla®
- Kératolytiques topiques
- Caustiques

À l'appréciation
de chacun

Il faut voir le frère.

► ACCOMPAGNEMENT DERMO-COSMÉTIQUE :

- **Emollient** au moins 1 fois par jour +/- dalibour.



En savoir plus

À retenir

LES CONSEILS DU DERMATOLOGUE

► CONSEILS AUX PARENTS :

- Hygiène
- Toilette pour éviter la dissémination/contamination de l'entourage.
- Nécessité de port de chaussons dans les piscines pour éviter les microtraumatismes cutanés qui permettent la pénétration du virus.



Thaïs, 9 ans

Anomalies cutanées



Thaïs, 9 ans

Anomalies cutanées

Présentation
du patient



- Enfant d'origine antillaise
- Dermatose spinulosique
- Peau sèche
- Prurit avec lésions de grattage
- Entourage : RAS
- Pas d'animaux
- Antécédent familial d'atopie



Thaïs, 9 ans

Anomalies cutanées

Hypothèses
diagnostiques

?? **QUIZ** : quel diagnostic évoquer ?

- A. Gale
- B. Dermatite atopique
- C. Psoriasis
- D. Mycose





Thaïs, 9 ans

Anomalies cutanées

Hypothèses
diagnostiques



QUIZ : quel diagnostic évoquer ?

- A. Gale
- B. Dermatite atopique
- C. Psoriasis
- D. Mycose

▶ **GALE :**

Prurit nocturne, prurit dans l'entourage, notion de contagé, clinique avec présence de sillons

▶ **PSORIASIS :**

Retrouvé dans les localisations classiques : coudes, genoux, zone lombaire, cuir chevelu, +/- ongles avec un contexte ou des antécédents de Psoriasis, sans le contexte atopique ni contact animal. Histologie si besoin.

▶ **MYCOSE (TYPE HERPÈS CIRCINÉ) :**

Lésions à contour géographique, inflammatoires en périphérie, cicatricielles au centre, centrifuges, récentes +/- prurigineuses. Notion de contact animal et mycologie si besoin.



Thaïs, 9 ans

Anomalies cutanées

Hypothèses
diagnostiques

LE DIAGNOSTIC SE FAIT SUR L'INTERROGATOIRE, LA CLINIQUE

▶ **Présence de prurit :**
Oui

▶ **Évolution :**
par poussées rémission

▶ **Lésions :**
Le patient présente des lésions émettées d'eczéma, et des lésions de grattage

▶ **Antécédents :**
Le patient a des antécédents atopiques familiaux

▶ **Autres éléments :**
La forme spinulosique est typique sur peau noire

▶ **Début :**
avant 2 ans

▶ **Xérose :**
+/- généralisées

Pas d'examen complémentaire à faire en général. Le diagnostic est clinique

Des tests allergiques ne sont indiqués qu'en cas de pathologie associée : asthme, rhinite, suspicion d'allergie alimentaire ou d'eczéma de contact.



Traitement

Thaïs, 9 ans

Anomalies cutanées

QUEL TRAITEMENT DERMATOLOGIQUE PROPOSER ?

► **TRAITEMENT : DES DERMOCORTICOÏDES (DC) peuvent être prescrit en première intention.** Ce qui est dangereux c'est la corticophobie !
Schématiquement : classe peu forte type Desonide (Tridesonit®)

— **Traitement d'attaque :**

1 fois par jour sans quantité maximum, doit être précoce jusqu'au blanchiment.

— **Traitement d'entretien :**

- Soit 1 à 2 fois par semaine si les poussées sont fréquentes
- Soit arrêt et reprise des DC dès les premier signes de rechute si les poussées sont plus espacées.

► **ACCOMPAGNEMENT DERMO-COSMÉTIQUE :**

— **Utilisation d'émollients** : au moins une fois par jour c'est la base du traitement d'entretien de la DA ! Hydrate, diminue la micro-inflammation et le prurit, régule le microbiome, permet une épargne cortisonée.



En savoir plus

À retenir

LES CONSEILS DU DERMATOLOGUE

► **ÉDUCATION DES PARENTS :**

- Corticophobie
- Hygiène
- Toilette à l'eau tiède sans savon
- Éviter lainages et textiles synthétiques : favoriser le coton
- Éviter le tabac
- Adopter des stratégies d'évitement du grattage
- Schéma vaccinal normal



Arthur, 34 ans

Squames très inflammatoires



Arthur, 34 ans

Squames très inflammatoires

Présentation
du patient



- Homme sans antécédent particulier
- Dermatose érythémato squameuse inflammatoire récente mais a déjà eu des plaques au coude
- Peu ou pas de prurit +/- peau sèche.
- Entourage : RAS
- Pas d'animaux
- Pas d'antécédent familial d'atopie



Arthur, 34 ans

Squames très inflammatoires

Hypothèses
diagnostiques



QUIZ : quel diagnostic évoquer ?

- A.** Pityriasis rosé de Gibert
- B.** Dermite séborrhéique
- C.** Eczéma de contact
- D.** Psoriasis





Arthur, 34 ans

Squames très inflammatoires

Hypothèses
diagnostiques



QUIZ : quel diagnostic évoquer ?

- A. Pityriasis rosé de Gibert
- B. Dermite séborrhéique
- C. Eczéma de contact
- D. Psoriasis

▶ PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT :

Éruption souvent limitée au tronc +/- racine des membres : disposition en « sapin » avec un médaillon.

Viral : l'évolution spontanée vers la guérison se fait en 6 à 8 semaines.

▶ DERMITE SÉBORRHÉIQUE :

Localisation des zones sébacées : cuir chevelu, sourcils, ailes nasales, oreilles, sternum, squames grasses, pellicules.

Mais les deux peuvent être associés : formes frontales !

▶ ECZÉMA DE CONTACT :

Localisation en rapport avec un allergène, +/- vésiculeux, et plus prurigineux, plus difficile quand chronique ou nummulaire.



Arthur, 34 ans

Squames très inflammatoires

Hypothèses
diagnostiques

LE DIAGNOSTIC SE FAIT SUR L'INTERROGATOIRE, LA CLINIQUE

▶ Évolution :

Poussée souvent liée à un stress ou sur zone de frottement (phénomène de Koebner)

▶ Lésions :

Le patient présente des lésions typiques avec squames micacées +/- épaisses, +/- inflammatoire, en carte de géographie.

▶ Antécédents :

Le patient a des antécédents familiaux de psoriasis

▶ Autres éléments :

Topographie classique :
coudes, genoux, jambes, région lombaire, cuir chevelu, paumes/plantes, +/- ongles

Pas d'examen complémentaire à faire en général. Le diagnostic est clinique.

Les comorbidités inflammatoires touchent plutôt les patients jeunes avec un psoriasis sévère.
Penser à rechercher un rhumatisme psoriasique ou à la possibilité d'une prise médicamenteuse : Beta-, IEC, lithium, etc.



Traitement

Arthur, 34 ans

Squames très inflammatoires

QUEL TRAITEMENT DERMATOLOGIQUE PROPOSER ?

▶ ÉVALUER LA GRAVITÉ ET LE RETENTISSEMENT DU PSORIASIS

▶ EN PREMIÈRE INTENTION : traitements locaux

- Corticothérapie locale, les dérivés de la vitamine D, les rétinoïdes topiques, l'huile de Cade, l'ichtyol , etc.
- L'association type dermocorticoïde + calcipotriol augmente l'efficacité.
- Photothérapie, Acitrétine, Méthotrexate, Ciclosporine, voire biothérapie pour les formes sévères.

▶ ACCOMPAGNEMENT DERMO-COSMÉTIQUE :

- **Utilisation d'émollients** une fois par jour : hydrate et permet une épargne cortisonée.



En savoir plus

À retenir

LES CONSEILS DU DERMATOLOGUE

▶ ÉDUCATION DES PARENTS :

- Soulager le prurit à l'aide d'un **spray apaisant**
- Éviter au maximum les **microtraumatismes**
- Pour le cuir chevelu, utiliser un **shampooing-crème** destiné aux cuirs chevelus squameux 3 fois par semaine, pendant les 3 semaines de la période d'attaque



Marvin, 7 ans et demi

Hyperpigmentation pas comme les autres



Marvin, 7 ans et demi

Hyperpigmentation pas comme les autres

Présentation
du patient



- Enfant d'origine antillaise 7 ans et demi
- Dermatose érythémato squameuse inflammatoire avec hyperpigmentation
- Peau sèche
- Prurit avec lésions de grattage
- Entourage : RAS
- Pas d'animaux
- Antécédent familial d'atopie



Marvin, 7 ans et demi

Hyperpigmentation pas comme les autres

Hypothèses
diagnostiques



QUIZ : quel diagnostic évoquer ?

- A.** Dermatite atopique
- B.** Eczéma de contact
- C.** Mycose





Marvin, 7 ans et demi

Hyperpigmentation pas comme les autres

Hypothèses
diagnostiques

?? QUIZ : quel diagnostic évoquer ?

- A. Dermatite atopique**
- B. Eczéma de contact
- C. Mycose

▶ ECZÉMA DE CONTACT :

Localisation en rapport avec un allergène, +/- vésiculeux, et + prurigineux. + difficile quand chronique ou nummulaire.

▶ MYCOSE (TYPE HERPES CIRCINÉ) :

Lésions à contour géographique, inflammatoires en périphérie, cicatricielles au centre, centrifuges, récentes +/- prurigineuses.
Notion de contact animal et mycologie si besoin.



Marvin, 7 ans et demi

Hyperpigmentation pas comme les autres

Hypothèses
diagnostiques

LE DIAGNOSTIC SE FAIT SUR L'INTERROGATOIRE, LA CLINIQUE

▶ **Présence de prurit :**
Oui

▶ **Évolution :**
par poussées rémission

▶ **Lésions :**
Le patient présente des lésions émiettées d'eczéma, et des lésions de grattage

▶ **Antécédents :**
Le patient a des antécédents atopiques familiaux

▶ **Autres éléments :**
L'hyperpigmentation est due à l'inflammation sur peau noire

▶ **Début :**
avant 2 ans

▶ **Xérose :**
+/- généralisées

Pas d'examen complémentaire à faire en général. Le diagnostic est clinique

Des tests allergiques ne sont indiqués qu'en cas de pathologie associée : asthme, rhinite, suspicion d'allergie alimentaire ou d'eczéma de contact.



Traitement

Marvin, 7 ans et demi

Hyperpigmentation pas comme les autres

QUEL TRAITEMENT DERMATOLOGIQUE PROPOSER ?

► **TRAITEMENT DES DERMOCORTICOÏDES (DC) peuvent être prescrit en première intention.** Ce qui est dangereux c'est la corticophobie !
Schématiquement : classe peu forte type Desonide (Tridesonit®)

— **Traitement d'attaque :**

1 fois par jour sans quantité maximum, doit être précoce jusqu'au blanchiment.

— **Traitement d'entretien :**

- Soit 1 à 2 fois par semaine si les poussées sont fréquentes
- Soit arrêt et reprise des DC dès les premiers signes de rechute si les poussées sont plus espacées.

► **ACCOMPAGNEMENT DERMO-COSMÉTIQUE :**

- **Utilisation d'émollients** : au moins une fois par jour c'est la base du traitement d'entretien de la DA ! Hydrate, diminue la micro-inflammation et le prurit, régule le microbiome, permet une épargne cortisonée.



En savoir plus

À retenir

LES CONSEILS DU DERMATOLOGUE

► **ÉDUCATION DES PARENTS :**

- Corticophobie
- Hygiène
- Toilette à l'eau tiède sans savon
- Éviter lainages et textiles synthétiques : favoriser le coton
- Éviter le tabac
- Adopter des stratégies d'évitement du grattage
- Schéma vaccinal normal



Carole, 38 ans

Lésions suspectes au mamelon



Carole, 38 ans

Lésions suspectes au mamelon

Présentation
du patient



- Jeune femme avec antécédent d'eczéma
- Dermatose érythémato squameuse +/- vésiculeuse des 2 seins, récente
- Prurit avec peau sèche par ailleurs
- Entourage : RAS
- Pas d'animaux
- Pas d'antécédent familial d'atopie



Carole, 38 ans

Lésions suspectes au mamelon

Hypothèses
diagnostiques

?? **QUIZ** : quel diagnostic évoquer ?

- A. Mycose
- B. Dermatite atopique
- C. Psoriasis
- D. Eczéma de contact allergique





Carole, 38 ans

Lésions suspectes au mamelon

Hypothèses
diagnostiques



QUIZ : quel diagnostic évoquer ?

- A. Mycose
- B. Dermatitis atopique
- C. Psoriasis
- D. Eczéma de contact allergique

▶ MYCOSE (TYPE HERPÈS CIRCINÉ) :

Lésions à contour géographique, inflammatoires en périphérie, cicatricielles au centre, centrifuges, récentes +/- prurigineuses.

Notion de contact animal et mycologie si besoin.

▶ DERMATITE ATOPIQUE :

Évolution par poussée/rémission, antécédent d'atopie, prurit, xérose.

Localisation des lésions : visage, plis, membres.

Type émiétés d'eczéma.

Pas de notion de contagion ni d'animaux.

▶ PSORIASIS :

Retrouvé dans les localisations classiques : coudes, genoux, zone lombaire, cuir chevelu, +/- ongles avec un contexte ou des antécédents de Psoriasis, sans le contexte atopique ni contact animal.

Histologie si besoin.



Carole, 38 ans

Lésions suspectes au mamelon

Hypothèses
diagnostiques

LE DIAGNOSTIC SE FAIT SUR L'INTERROGATOIRE, LA CLINIQUE

▶ **Présence de prurit :**
Oui

▶ **Xérose :**
+/- généralisées

▶ **Lésions :**
La patiente présente des lésions inflammatoires émiétés d'eczéma, bilatéralité sur deux aréoles, rien d'autre ailleurs, et des lésions de grattage

▶ **Antécédents :**
La patiente n'a pas d'antécédents atopiques familiaux

▶ **Autres éléments :**
Notion de contact vêtement : a mis un soutien gorge neuf

▶ **Début :**
récent

Pas d'examen complémentaire à faire en général. Le diagnostic est clinique

Des tests allergologiques peuvent être indiqués en cas de récurrence ou de résistance au traitement ou pour préciser le ou les allergènes.



Traitement

Carole, 38 ans

Lésions suspectes au mamelon

QUEL TRAITEMENT DERMATOLOGIQUE PROPOSER ?

▶ **TRAITEMENT DES DERMOCORTICOÏDES (DC) peuvent être prescrit en première intention.** Ce qui est dangereux c'est la corticophobie !
Schématiquement : classe forte type bétaméthasone.

— **Traitement d'attaque :**

1 à 2 fois par jour

Quantité : 1 phalange, doit être précoce et court jusqu'au blanchiment.

— **Pulvérisation d'eau** : à la douchette ou en bombe.

— **Éviction de la cause allergisante** : le soutien gorge.

▶ **ACCOMPAGNEMENT DERMO-COSMÉTIQUE :**

— **Traitement d'entretien** : utilisation d'émollients une fois par jour, hydrate, diminue le prurit, permet une épargne cortisonnée.



En savoir plus

À retenir

LES CONSEILS DU DERMATOLOGUE

▶ **ÉDUCATION DES PARENTS :**

- Il existe un décalage entre le contact et l'apparition de l'eczéma (en général 48 à 72h) et un seul contact par semaine suffit pour déboucher sur un eczéma chronique.
- Le traitement réside sur l'éviction de l'allergène ou des produits irritants et non pas dans l'application quotidienne de dermocorticoïdes locaux.



Léo, 7 mois

Nourrisson à problème



Léo, 7 mois

Nourrisson à problème

Présentation
du patient



- Bébé de 7 mois
- Dermatose érythémato squameuse
- Peau sèche ++
- Prurit ++
- Entourage : RAS, aucune notion de contagé
- Pas d'animaux
- Antécédent familial d'atopie



Léo, 7 mois

Nourrisson à problème

Hypothèses
diagnostiques



QUIZ : quel diagnostic évoquer ?

- A.** Gale
- B.** Dermatite atopique
- C.** Dermite séborrhéique





Léo, 7 mois

Nourrisson à problème

Hypothèses
diagnostiques



QUIZ : quel diagnostic évoquer ?

- A. Gale
- B. Dermatite atopique
- C. Dermite séborrhéique

▶ DERMITE SÉBORRHÉIQUE :

Localisation des zones sébacés :

Adultes : Cuir chevelu, sourcils, ailes nasaires, oreilles, sternum, squames grasses, pellicules

Nourrissons : Cuir chevelu +/- siège, avant 3 mois, prurit moins important

▶ GALE :

Prurit nocturne, prurit dans l'entourage, notion de contagé, clinique avec présence de sillons



Léo, 7 mois

Nourrisson à problème

Hypothèses
diagnostiques

LE DIAGNOSTIC SE FAIT SUR L'INTERROGATOIRE, LA CLINIQUE

▶ **Présence de prurit :**
Oui

▶ **Xérose :**
+/- généralisées

▶ **Lésions :**
Présence de lésions
d'eczéma, et de lésions
de grattage

▶ **Antécédents :**
Antécédents atopiques

▶ **Entourage :**
RAS

▶ **Début :**
après 3 mois

Pas d'examen complémentaire à priori.



Traitement

Léo, 7 mois

Nourrisson à problème

QUEL TRAITEMENT DERMATOLOGIQUE PROPOSER ?

► **TRAITEMENT : DES DERMOCORTICOÏDES (DC) peuvent être prescrit en première intention.** Ce qui est dangereux c'est la corticophobie !

Schématiquement : classe peu forte type Desonide (Tridesonit®)

— **Traitement d'attaque :**

1 fois par jour en faisant attention à la quantité maximum, doit être précoce jusqu'au blanchiment.

— **Traitement d'entretien :**

- Soit 1 à 2 fois par semaine si les poussées sont fréquentes
- Soit arrêt et reprise des DC dès les premiers signes de rechute si les poussées sont plus espacées.

► **ACCOMPAGNEMENT DERMO-COSMÉTIQUE :**

- **Utilisation d'émollients** : au moins une fois par jour c'est la base du traitement d'entretien de la DA ! Hydrate, diminue la micro-inflammation et le prurit, régule le microbiome, permet une épargne cortisonée.



En savoir plus

À retenir

LES CONSEILS DU DERMATOLOGUE

► **ÉDUCATION DES PARENTS :**

- Corticophobie
- Hygiène
- Toilette à l'eau tiède sans savon
- Éviter lainages et textiles synthétiques : favoriser le coton
- Éviter le tabac
- Adopter des stratégies d'évitement du grattage
- Schéma vaccinal normal



Pierre, 48 ans

Poussée inflammatoire



Présentation
du patient

Pierre, 48 ans

Poussée inflammatoire



- Adulte avec antécédent d'eczéma depuis l'enfance
- Dermatose inflammatoire en poussée
- Peau sèche
- Prurit avec lésions de grattage
- Entourage : RAS
- Pas d'animaux
- Antécédent familial d'atopie



Hypothèses
diagnostiques

Pierre, 48 ans

Poussée inflammatoire



QUIZ : quel diagnostic évoquer ?

- A. Mycose
- B. Dermatite atopique
- C. Psoriasis





Hypothèses
diagnostiques

Pierre, 48 ans

Poussée inflammatoire



QUIZ : quel diagnostic évoquer ?

- A. Mycose
- B. Dermatite atopique
- C. Psoriasis

▶ **MYCOSE (TYPE HERPÈS CIRCINÉ) :**

Lésions à contour géographique, inflammatoires en périphérie, cicatricielles au centre, centrifuges, récentes +/- prurigineuses.
Notion de contact animal et mycologie si besoin.

▶ **PSORIASIS :**

Également retrouvé dans les localisations classiques : coudes, genoux, zone lombaire, cuir chevelu, +/- ongles avec un contexte ou des antécédents de psoriasis, sans le contexte atopique ni contact animal.
Histologie si besoin.



Hypothèses
diagnostiques

Pierre, 48 ans

Poussée inflammatoire

LE DIAGNOSTIC SE FAIT SUR L'INTERROGATOIRE, LA CLINIQUE

▶ **Présence de prurit :**
Oui

▶ **Évolution :**
par poussées rémission

▶ **Lésions :**
Le patient présente des lésions émiettées d'eczéma, et des lésions de grattage

▶ **Antécédents :**
Le patient a des antécédents atopiques familiaux

▶ **Début :**
dès l'enfance

▶ **Xérose :**
+/- généralisées

Pas d'examen complémentaire à faire en général. Le diagnostic est clinique.

Des tests allergiques ne sont indiqués qu'en cas de pathologie associée :
asthme, rhinite, suspicion d'allergie alimentaire ou d'eczéma de contact.



Traitement

Pierre, 48 ans

Poussée inflammatoire

QUEL TRAITEMENT DERMATOLOGIQUE PROPOSER ?

► **TRAITEMENT : DES DERMOCORTICOÏDES (DC) peuvent être prescrit en première intention.** Ce qui est dangereux c'est la corticophobie !

Schématiquement : classe forte type Bétaméthasone.

— **Traitement d'attaque :**

1 fois par jour en faisant attention à la quantité maximum, doit être précoce jusqu'au blanchiment.

— **En cas d'échec :**

Photothérapie, immunosuppresseur, biothérapie/hospitalière.

— **Traitement d'entretien :**

- Soit 1 à 2 fois par semaine si les poussées sont fréquentes
- Soit arrêt et reprise des DC dès les premiers signes de rechute si les poussées sont plus espacées.

► **ACCOMPAGNEMENT DERMO-COSMÉTIQUE :**

— **Utilisation d'émollients** : au moins une fois par jour c'est la base du traitement d'entretien de la DA ! Hydrate, diminue la micro-inflammation et le prurit, régule le microbiome, permet une épargne cortisonée.



En savoir plus

À retenir

LES CONSEILS DU DERMATOLOGUE

► **ÉDUCATION DES PARENTS :**

- Corticophobie
- Hygiène
- Toilette à l'eau tiède sans savon
- Éviter lainages et textiles synthétiques : favoriser le coton
- Éviter le tabac
- Adopter des stratégies d'évitement du grattage
- Schéma vaccinal normal



Caroline, 42 ans

Attention les paupières



Caroline, 42 ans

Attention les paupières

Présentation
du patient



- Jeune femme avec antécédent d'eczéma
- Dermatose érythémato squameuse inflammatoire des 2 paupières, récente.
- A utilisé du nouveau maquillage
- Prurit avec peau sèche par ailleurs
- Entourage : RAS
- Pas d'animaux
- Pas d'antécédent familial d'atopie



Caroline, 42 ans

Attention les paupières

Hypothèses
diagnostiques



QUIZ : quel diagnostic évoquer ?

- A.** Eczéma de contact allergique
- B.** Dermatite atopique
- C.** Psoriasis





Caroline, 42 ans

Attention les paupières

Hypothèses
diagnostiques



QUIZ : quel diagnostic évoquer ?

- A.** Eczéma de contact allergique
- B.** Dermatite atopique
- C.** Psoriasis

▶ **DERMATITE ATOPIQUE :**

Évolution par poussée/rémission, antécédent d'atopie, prurit, xérose.

Localisation des lésions : visage, plis, membres.

Type émiettées d'eczéma.

Pas de notion de contagage ni d'animaux.

▶ **PSORIASIS :**

Retrouvé dans les localisations classiques : coudes, genoux, zone lombaire, cuir chevelu, +/- ongles avec un contexte ou des antécédents de psoriasis, sans le contexte atopique ni contact animal.

Histologie si besoin.



Caroline, 42 ans

Attention les paupières

Hypothèses
diagnostiques

LE DIAGNOSTIC SE FAIT SUR L'INTERROGATOIRE, LA CLINIQUE

▶ **Présence de prurit :**
Oui

▶ **Début :**
Récent

▶ **Lésions :**
La patiente présente des lésions inflammatoires émiettées d'eczéma. Bilatéralité sur deux paupières, rien d'autre ailleurs

▶ **Antécédents :**
La patiente n'a pas d'antécédents atopiques familiaux

▶ **Autres éléments :**
Notion de contact/ maquillage

Pas d'examen complémentaire à faire en général. Le diagnostic est clinique.

Des tests allergologiques peuvent être indiqués en cas de récidence ou de résistance au traitement ou pour préciser le ou les allergènes.



Traitement

Caroline, 42 ans

Attention les paupières

QUEL TRAITEMENT DERMATOLOGIQUE PROPOSER ?

- ▶ **TRAITEMENT : DES DERMOCORTICOÏDES (DC) peuvent être prescrit en première intention.** Ce qui est dangereux c'est la corticophobie !

Schématiquement : classe faible type Desonide.

- **Traitement d'attaque :**
1 fois par jour, en petite quantité (1/2 phalange).
Doit être précoce et court jusqu'au blanchiment.
- **Pulvérisation d'eau :** à la douchette ou en bombe.
- **Éviction de la cause allergisante.**
- ▶ **ACCOMPAGNEMENT DERMO-COSMÉTIQUE :**
 - Crème hydratante spécifique type « spéciale paupières ».



En savoir plus

À retenir

LES CONSEILS DU DERMATOLOGUE

▶ ÉDUCATION DES PATIENTS :

- Il existe un décalage entre le contact et l'apparition de l'eczéma (en général 48 à 72 h) et un seul contact par semaine suffit pour déboucher sur un eczéma chronique.
- Le traitement réside sur l'éviction de l'allergène ou des produits irritants et non pas dans l'application quotidienne de dermocorticoïdes locaux.



Juliette, 36 ans

Invasion de squames



Juliette, 36 ans

Invasion de squames

Présentation
du patient



- Femme sans antécédent particulier
- Dermatose érythémato squameuse : poussée récente.
- A déjà eu des plaques et pellicules du cuir chevelu.
- Peu ou pas de prurit mais peau sèche.
- Entourage : ras
- Pas d'animaux
- Pas d'antécédent familial d'atopie



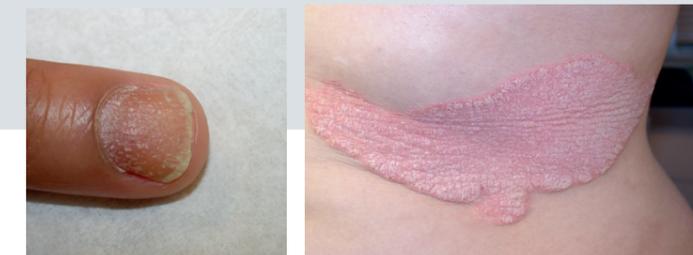
Juliette, 36 ans

Invasion de squames

Hypothèses
diagnostiques

?? **QUIZ** : quel diagnostic évoquer ?

- A.** Psoriasis
- B.** Dermite séborrhéique
- C.** Mycose
- D.** Eczéma de contact





Juliette, 36 ans

Invasion de squames

Hypothèses
diagnostiques



QUIZ : quel diagnostic évoquer ?

- A. Psoriasis**
- B. Dermite séborrhéique
- C. Mycose
- D. Eczéma de contact

▶ DERMITE SÉBORRHÉIQUE :

Localisation des zones sébacés :

Adultes : Cuir chevelu, sourcils, ailes nasaires, oreilles, sternum, squames grasses, pellicules.

Nourrissons : Cuir chevelu +- siège, avant 3 mois, prurit moins important.

▶ MYCOSE (TYPE HERPÈS CIRCINÉ) :

Lésions à contour géographique, inflammatoires en périphérie, cicatricielles au centre, centrifuges, récentes +- prurigineuses.

Notion de contact animal et mycologie si besoin.

▶ ECZÉMA DE CONTACT :

Localisation en rapport avec un allergène, +- vésiculeux, et + prurigineux. + difficile quand chronique ou nummulaire.



Juliette, 36 ans

Invasion de squames

Hypothèses
diagnostiques

LE DIAGNOSTIC SE FAIT SUR L'INTERROGATOIRE, LA CLINIQUE

▶ Évolution :

Poussée souvent reliée à un stress ou sur zone de frottement (phénomène de Koebner)

▶ Lésions :

La patiente présente des lésions typiques avec squames micacées +- épaisses, +- inflammatoires, en carte de géographie

▶ Autres éléments :

Topographie classique : coudes, genoux, jambes, région lombaire, cuir chevelu, paumes/plantes, ongles en dé à coudre

▶ Antécédents :

La patiente a des antécédents familiaux de psoriasis

Pas d'examen complémentaire à faire en général. Le diagnostic est clinique.

Les comorbidités inflammatoires touchent plutôt les patients jeunes avec un psoriasis sévère.
Penser à rechercher un rhumatisme psoriasique ou à la possibilité d'une prise médicamenteuse : Beta-, IEC, lithium, etc.



Traitement

Juliette, 36 ans

Invasion de squames

QUEL TRAITEMENT DERMATOLOGIQUE PROPOSER ?

▶ ÉVALUER LA GRAVITÉ ET LE RETENTISSEMENT DU PSORIASIS

▶ TRAITEMENT EN PREMIÈRE INTENTION : les traitements locaux

— La corticothérapie locale, les dérivés de la vitamine D, les rétinoïdes topiques, l'huile de Cade, l'ichtyol , etc.

— L'association type dermocorticoïde + calcipotriol augmente l'efficacité.

— **Photothérapie, Acitrétine, Méthotrexate, Ciclosporine, voire biothérapie pour les formes sévères.**

▶ ACCOMPAGNEMENT DERMO-COSMÉTIQUE :

— **Utilisation d'émollients** une fois par jour : hydrate et permet une épargne cortisonée.



En savoir plus

À retenir

LES CONSEILS DU DERMATOLOGUE

▶ ÉDUCATION DES PATIENTS :

— Soulager le prurit à l'aide d'un **spray apaisant**

— Éviter au maximum les microtraumatismes

— Pour le cuir chevelu, utiliser un shampooing-crème destiné aux cuirs chevelus squameux 3 fois par semaine pendant les 3 semaines de la période d'attaque



Lisa, 28 ans

Prurit des quatre membres



Présentation
du patient

Lisa, 28 ans

Prurit des quatre membres



- Jeune femme avec antécédent d'eczéma
- Dermatose érythémato squameuse +/- vésiculeuse des 2 poignets et d'une cheville, récente
- Prurit avec peau sèche par ailleurs
- Entourage : RAS
- Pas d'animaux
- Pas d'antécédent familial d'atopie



Hypothèses
diagnostiques

Lisa, 28 ans

Prurit des quatre membres

?? **QUIZ** : quel diagnostic évoquer ?

- A. Mycose
- B. Dermatite atopique
- C. Psoriasis
- D. Eczéma de contact allergique





Lisa, 28 ans

Prurit des quatre membres

Hypothèses
diagnostiques



QUIZ : quel diagnostic évoquer ?

- A. Mycose
- B. Dermatite atopique
- C. Psoriasis
- D. Eczéma de contact allergique

▶ **MYCOSE (TYPE HERPES CIRCINÉ) :**

Lésions à contour géographique, inflammatoires en périphérie, cicatricielles au centre, centrifuges, récentes +/- prurigineuses.
Notion de contact animal et mycologie si besoin.

▶ **DERMATITE ATOPIQUE :**

Evolution par poussée/rémission, antécédent d'atopie, prurit, xérose.
Localisation des lésions : visage, plis , membres.
Type émiettées d'eczéma.
Pas de notion de contagé ni d'animaux.

▶ **PSORIASIS :**

Retrouvé dans les localisations classiques : coudes, genoux, zone lombaire, cuir chevelu, +/- ongles avec un contexte ou des antécédents de psoriasis, sans le contexte atopique ni contact animal.
Histologie si besoin.



Lisa, 28 ans

Prurit des quatre membres

Hypothèses
diagnostiques

LE DIAGNOSTIC SE FAIT SUR L'INTERROGATOIRE, LA CLINIQUE

▶ **Présence de prurit :**
Oui

▶ **Début :**
récent

▶ **Lésions :**
La patiente présente des lésions émiettées d'eczéma (rien d'autres ailleurs), et des lésions de grattage

▶ **Antécédents :**
La patiente n'a pas d'antécédents atopiques familiaux

▶ **Autres éléments :**
Notion de contact vêtement : a mis des bracelets/bijoux aux poignets et à sa cheville !

Pas d'examen complémentaire à faire en général. Le diagnostic est clinique.

Des tests allergologiques peuvent être indiqués en cas de récidence ou de résistance au traitement ou pour préciser le ou les allergènes.



Traitement

Lisa, 28 ans

Prurit des quatre membres

QUEL TRAITEMENT DERMATOLOGIQUE PROPOSER ?

► **TRAITEMENT : DES DERMOCORTICOÏDES (DC) peuvent être prescrit en première intention.** Ce qui est dangereux c'est la corticophobie !

Schématiquement : classe forte type Bétaméthasone.

— **Traitement d'attaque :**

1 voire 2 fois par jour.

Quantité : 1 ou 1/2 phalange par zone.

Doit être précoce et court jusqu'au blanchiment.

— **Pulvérisation d'eau** : à la douchette ou en bombe.

— **Éviction de la cause allergisante** : les bracelets/bijoux fantaisie.

► **ACCOMPAGNEMENT DERMO-COSMÉTIQUE :**

— **Traitement d'entretien** : utilisation d'émollients une fois par jour, hydrate, diminue le prurit, permet une épargne cortisonnée.



En savoir plus

À retenir

LES CONSEILS DU DERMATOLOGUE

► **ÉDUCATION DES PATIENTS :**

- Il existe un décalage entre le contact et l'apparition de l'eczéma (en général 48 à 72h) et un seul contact par semaine suffit pour déboucher sur un eczéma chronique.
- Le traitement réside sur l'éviction de l'allergène ou des produits irritants et non pas dans l'application quotidienne de dermocorticoïdes locaux.

LES CAS CLINIQUES



Effets secondaires cutanés

Rédigés avec la participation de Mme Hédi Chabanol, et responsable de l'Espace de Soins et d'Étude de la peau à l'Institut Curie.





Roger, 55 ans

Rash cutané en cancérologie



Présentation
du patient

Roger, 55 ans

Rash cutané en cancérologie



Photos : © Institut Curie - H. Chabanol

- Roger, 55 ans
- **Cancer du poumon métastatique** (osseux, cérébral), traité par un anti-EGFR
- Malgré la mise en place d'une antibiothérapie prophylactique, le patient développe une **toxicité cutanée**
- Il s'agit d'une **atteinte cutanée, à type de pustules** au niveau du cuir chevelu, du visage, du torse et du dos
- Le patient évalue l'**impact de la toxicité à 17/30** avec le DLQI (Dermatology Life Quality Index), soit un **fort impact sur sa qualité de vie**
- Une **diminution du dosage du traitement anti-cancéreux** a dû être réalisée. Plusieurs cures ont été annulées



Hypothèses
diagnostiques

Roger, 55 ans

Rash cutané en cancérologie



QUIZ : quel diagnostic évoquer ?
(plusieurs réponses possibles)

- A. Un érythème maculo-papuleux
- B. Une éruption acnéiforme
- C. Une folliculite papulo-pustuleuse
- D. Un érythème toxique





Roger, 55 ans

Rash cutané en cancérologie

Hypothèses
diagnostiques



QUIZ : quel diagnostic évoquer ?

(plusieurs réponses possibles)

- A. Un érythème maculo-papuleux
- B. Une éruption acnéiforme
- C. Une folliculite papulo-pustuleuse
- D. Un érythème toxique

- ✓ Le diagnostic d'une **éruption acnéiforme** se fait sur **l'interrogatoire, et l'examen.**
- ✓ Aussi appelée **folliculite papulo-pustuleuse**, elle doit être suspectée devant des lésions cutanées situées au niveau de **zones séborrhéiques**, telles que le visage ou encore le tronc chez des patients sous anti-EGFR (osimertinib, afatinib...) ou bien sous certains anti-MEK (trametinib...)
- ✓ **Ce n'est pas une véritable acné**
- ✓ **Atteinte dose-dépendante.** Le risque de toxicité varie en fonction du dosage du traitement anticancéreux administré



Roger, 55 ans

Rash cutané en cancérologie

Que retenir ?
Quelles idées
reçues ?

LES DIFFÉRENTS GRADES DE L'ÉRUPTION ACNÉIFORME

AU GRADE 1

- ▶ Papules et/ou pustules **couvrant <10% de la SC**, associées ou non à un prurit ou à une sensibilité cutanée.

AU GRADE 2

- ▶ Papules et/ou pustules **couvrant 10 à 30% de la SC**, associées ou non à un prurit ou à une sensibilité cutanée.

Impact psychosocial, interfère avec les activités quotidiennes de la vie.

AU GRADE 3

- ▶ Papules et/ou pustules **couvrant >30% de la SC**, associées ou non à un prurit ou à une sensibilité cutanée.

Impact psychosocial, interfère avec les activités élémentaires de la vie quotidienne.

Surinfection nécessitant une antibiothérapie locale.

AU GRADE 4

- ▶ Signes cliniques nécessitant une **antibiothérapie IV.**

Mise en jeu du pronostic vital.



Traitement

Roger, 55 ans

Rash cutané en cancérologie

QUEL TRAITEMENT DERMATOLOGIQUE PROPOSER ?

► **L'hydratation de la peau est IMPÉRATIVE :**

- Adaptée aux types de peau et à la localisation
- Recommander un **baume dermo-cosmétique** non parfumé, nourrissant et apaisant

► **Des dermocorticoïdes** peuvent être appliqués afin de soulager les symptômes associés



Quel suivi ?

Roger, 55 ans

Rash cutané en cancérologie

LA PRISE EN CHARGE DES FOLLICULITES

► La **prévention** est essentiellement basée sur la mise en place d'une **antibiothérapie prophylactique** à l'initiation du traitement anticancéreux.

► La prise en charge est d'autant plus facile si **l'atteinte est peu sévère**.

► **En cas de toxicité sévère, une modification du traitement anticancéreux** (diminution du dosage, pause) peut être nécessaire. Les soins locaux (hydratation de la peau) seuls sont souvent insuffisants mais doivent rester la base du traitement.

► En cas de **suspension du traitement anticancéreux**, les lésions **régressent spontanément**, sans séquelle cicatricielle.



LES CONSEILS DU DERMATOLOGUE

- ▶ Privilégier l'utilisation d'une hygiène douce **sans savon** (type syndet)
- ▶ **POUR LES ATTEINTES DU CUIR CHEVELU :**
 - Limiter le **massage du cuir chevelu** lors des lavages des cheveux
 - Il est préférable de **bien dégager les lésions** (coupe de cheveux) **pour favoriser leur nettoyage**
 - **En cas de croûtes :** application de vaseline afin de faciliter la chute
- ▶ **EN CAS DE LÉSION SUR LE VISAGE :**
 - **Le maquillage est autorisé** (maquillage adapté, non comédogène)
 - Préférer la poudre au fond de teint
- ▶ **Évaluer RÉGULIÈREMENT l'impact de la toxicité** sur la qualité de vie du patient (DLQI par exemple)



Murielle, 70 ans

Atteinte unguéale en cancérologie



Présentation
du patient

Murielle, 70 ans

Atteinte unguéale en cancérologie



Photos : © Institut Curie - H. Chabanol

- Murielle, 70 ans
- Cancer du sein, traité en néo-adjuvant par chimiothérapie IV (Anthracyclines, Taxanes)
- Atteinte des **mains** et des **pieds**
- Présence de **dyschromies unguéales**, précédées d'une hypersensibilité unguéale
- **Lésions douloureuses**



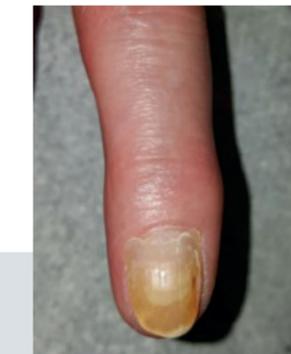
Hypothèses
diagnostiques

Murielle, 70 ans

Atteinte unguéale en cancérologie

?? **QUIZ** : quel diagnostic évoquer ?
(plusieurs réponses possibles)

- A. Hématomes sous-unguéaux
- B. Onycholyses
(Décollement bord libre de l'ongle)
- C. Onychoptoses
(Chute de l'ongle)
- D. Onychomadèses
(Décollement au niveau bord proximal de l'ongle)
- E. Mycoses unguéales
- F. Psoriasis
- G. Infection bactérienne





Murielle, 70 ans

Atteinte unguéale en cancérologie



QUIZ : quel diagnostic évoquer ?

(plusieurs réponses possibles)

- A. Hématomes sous-unguéaux
- B. Onycholyses
(Décollement bord libre de l'ongle)
- C. Onychoptoses
(Chute de l'ongle)
- D. Onychomadèses
(Décollement au niveau bord proximal de l'ongle)
- E. Mycoses unguéales
- F. Psoriasis
- G. Infection bactérienne

DIFFÉRENTS TYPES D'ONYCHOPATHIE

ÉCARTER LES DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

▶ PSORIASIS :

Le diagnostic de psoriasis peut à priori être écarté devant l'absence d'aucune autre atteinte cutanée à type de squames et/ou de lésions psoriasiformes sur la peau, et l'absence d'antécédents personnels de psoriasis.

▶ MYCOSE :

Une mycose peut à priori être écartée devant l'atteinte de plusieurs ongles des mains et des pieds.

✓ **Une hypersensibilité des ongles** en amont des différentes atteintes unguéales permet d'orienter le diagnostic.



Murielle, 70 ans

Atteinte unguéale en cancérologie

LES DIFFÉRENTES ATTEINTES UNGUÉALES



HÉMATOMES SOUS-UNGUÉAUX

ONYCHOLYSE



ONYCHOMADÈSE



ONYCHOPTOSE



Murielle, 70 ans

Atteinte unguéale en cancérologie

Que retenir ?
Quelles idées
reçues ?

L'ONYCHOPATHIE

► **Les différents types d'onychopathie** (dyschromies unguéales, décollements unguéaux) doivent être suspectés chez les patients traités par **taxanes** (docetaxel, paclitaxel), mais également chez les patients traités par **capécitabine** (avec un antécédent proche de traitement par taxanes).

► En fonction des atteintes, il existe plusieurs façons de grader :

Dyschromies unguéales

GRADE 0 Absence d'atteinte

GRADE 1 Présence d'une atteinte

Onycholyses/Onychomadèses

GRADE 1 Décollement **asymptomatique** de la tablette unguéale

GRADE 2 Décollement **symptomatique** de la tablette unguéale

NB : Un grading en fonction des répercussions sur les activités quotidiennes (élémentaires/ instrumentales) est également possible.



Murielle, 70 ans

Atteinte unguéale en cancérologie

Traitement

EN PRÉVENTION

► **La prévention est essentiellement basée sur l'éviction des facteurs favorisants** (microtraumatismes répétés : chaussures inadaptées par exemple, utilisation de produits ménagers sans protection des mains...), **limitation de l'utilisation de gel hydroalcoolique** (privilégier l'eau et le savon).

► **Les vernis à ongles peuvent permettre de protéger** l'ongle des différentes agressions.

► **Une hydratation renforcée des mains et des ongles** participe au bon état unguéal.



Traitement

Murielle, 70 ans

Atteinte unguéale en cancérologie

EN CAS DE TOXICITÉ

- La poursuite de la protection des ongles est nécessaire.
- En cas d'onycholyse, **un séchage minutieux des ongles est IMPÉRATIF** :
 - Presser la tablette unguéale pour **évacuer l'eau résiduelle** sous l'ongle
 - Utiliser **un papier essuie-tout pour sécher** et non la serviette de toilette
 - Utiliser un **sèche-cheveux** si besoin
- En cas de suintement, les lésions doivent être **désinfectées puis ASSÉCHÉES avec une lotion asséchante.**
- Une antibiothérapie systématique n'est pas nécessaire



Quel suivi ?

Murielle, 70 ans

Atteinte unguéale en cancérologie

ÉVOLUTION DES ONGLES PENDANT LE TRAITEMENT

PENDANT LES CURES D'ANTHRACYCLINES

- ▶ La patiente ne présente **aucune atteinte unguéale** au niveau des mains et des pieds.

APRÈS UNE CURE DE DOCETAXEL

- ▶ La patiente présente **des douleurs au niveau des ongles des mains** (sans qu'aucune modification de couleur ne soit observée) mais présente **un syndrome mains pieds (SMP)** grade 3 au niveau de ses pieds.

SUITE AU SMP

- ▶ L'équipe médicale décide de remplacer le docetaxel par du **paclitaxel pour limiter la toxicité unguéale.**

PENDANT LES CURES DE PACLITAXEL

- ▶ Les ongles des mains de la patiente **changent de couleur, s'épaississent et viennent à se décoller puis à suinter.**

APRÈS LES CURES DE PACLITAXEL

- ▶ Une fois les cures de paclitaxel terminées, **certains ongles tombent.**



LES CONSEILS DU DERMATOLOGUE

- ▶ **LE FROID**, pendant les temps de perfusion grâce aux dispositifs réfrigérés, peut limiter le risque de toxicité unguéale.
- ▶ Privilégier l'utilisation **D'HUILE DISSOLVANTE SANS ACÉTONE**, moins agressive que les autres types de dissolvants pour ôter le vernis à ongles.
- ▶ **LE PÉDICURE-PODOLOGUE** peut prodiguer des soins, notamment au niveau des ongles des pieds.



Claudine, 55 ans

Lésion péri-unguéale en cancérologie



Présentation
du patient

Claudine, 55 ans

Lésion péri-unguéele en cancérologie



Photos : © Institut Curie - H. Chabanol

- **Patiente de 55 ans**
- **Cancer du poumon, métastatique** (métastases osseuses, cérébrales), **traité par un anti-EGFR**
- Présence de plusieurs **lésions péri-unguées** (mains et pieds)
- **Lésions douloureuses**, empêchant la patiente de se chausser



Hypothèses
diagnostiques

Claudine, 55 ans

Lésion péri-unguéele en cancérologie

??? **QUIZ** : quel diagnostic évoquer ?
(plusieurs réponses possibles)

- A.** Paronychie
- B.** Ongle incarné
- C.** Granulome pyogénique
- D.** Bourgeon Charnu





Hypothèses
diagnostiques

Claudine, 55 ans

Lésion péri-unguéale en cancérologie



QUIZ : quel diagnostic évoquer ?

(plusieurs réponses possibles)

- A. Paronychie
- B. Ongle incarné
- C. Granulome pyogénique
- D. Bourgeon Charnu

ÉCARTER LES DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

▶ ONGLE INCARNÉ :

Le diagnostic de l'ongle incarné peut être éliminé face aux situations suivantes :

- Présence de **plusieurs ongles atteints**
- **Bonne coupe d'ongles**, absence d'une coupe d'ongles récente
- Lors d'un soin, **absence de « harpon »** au niveau des sillons péri-unguéaux



Que retenir ?
Quelles idées
reçues ?

Claudine, 55 ans

Lésion péri-unguéale en cancérologie

LA PARONYCHIE

▶ **Une paronychie doit être suspectée** chez les patients traités par certains types de **thérapies ciblées** (anti-EGFR : Osimertinib, Afatinib, cetuximab.../anti-MEK : trametinib par exemple)

▶ **Le grading de la paronychie** se fait en fonction de la **sévérité de l'atteinte** mais également en fonction de **sa prise en charge** :

GRADE 1 *Discontinuité de la cuticule*

GRADE 2 *Nécessité à une antibiothérapie*

GRADE 3 *Nécessité à une intervention chirurgicale*

NB : Un grading en fonction des répercussions sur les activités quotidiennes (élémentaires / instrumentales) est également possible.



Traitement

Claudine, 55 ans

Lésion péri-unguéale en cancérologie

EN PRÉVENTION

- ▶ **La prévention est essentiellement basée sur l'éviction des facteurs favorisants** (chaussures inadaptées, orteils « comprimés », port de chaussettes de contention à bouts fermés), **mauvaise coupe d'ongles**.
- ▶ **Les vernis à ongles peuvent permettre de protéger l'ongle des différentes agressions**. Ils limitent leur risque de se casser et ainsi entraîner l'apparition de plaies péri unguéales.
- ▶ **Une hydratation renforcée des mains et des ongles** participe au bon état péri-unguéal et permet de conserver la continuité de la cuticule.



Traitement

Claudine, 55 ans

Lésion péri-unguéale en cancérologie

QUEL TRAITEMENT DERMATOLOGIQUE PROPOSER ?

- ▶ **La prise en charge précoce** de l'effet indésirable est **INDISPENSABLE**
- ▶ **Un lavage minutieux est NÉCESSAIRE**
- ▶ **En cas de bourgeon**, plusieurs solutions thérapeutiques sont possibles :
 - La lésion doit être **ASSÉCHÉE** : **Les bains de pieds sont à proscrire**
NB : Privilégier l'utilisation d'antiseptiques à visée asséchante +/- lotion asséchante
 - ▶ Si insuffisant :
 - **Utilisation du nitrate d'argent** : Permet de cautériser la lésion
Inconvénient : Masque la lésion
 - **Utilisation de dermo-corticoïdes** : (+/- sous occlusion)
Inconvénient : En cas d'utilisation prolongée = Nécessité d'une période de sevrage



Traitement

Claudine, 55 ans

Lésion péri-unguéale en cancérologie

DIFFÉRENTES PRISES EN CHARGE DE PARONYCHIES



NITRATE D'ARGENT



PHÉNOLISATION



En savoir plus

À retenir

LES CONSEILS DU DERMATOLOGUE

- ▶ L'intervention d'une **IDEL** peut être nécessaire pour la prise en charge de paronychies
- ▶ **Une diminution du dosage du traitement anti-cancéreux ou une pause** peuvent être indiquées dans le cas de paronychies sévères
- ▶ **LE PÉDICURE-PODOLOGUE** peut prodiguer des soins, notamment au niveau des ongles des pieds, à condition que ce dernier soit formé à la prise en charge de ces toxicités
- ▶ **LA PHÉNOLISATION** est une **technique de prise en charge chirurgicale** d'une paronychie



Stéphane, 40 ans

Lésions et desquamations des pieds
et des mains en cancérologie



Présentation
du patient

Stéphane, 40 ans

Lésions et desquamations des pieds et des mains en cancérologie



Photos : © Institut Curie - H. Chabanol

- Patient de 40 ans
- Diagnostiqué d'un **cancer colorectal sous capecitabine**
- Après sa 3^{ème} cure de chimiothérapie, il commence à noter des **lésions fissuraires douloureuses** des mains et des pieds avec nette desquamation
- Il ne note **pas de prurit**
- Il n'a **pas d'antécédents personnels ou familiaux** de maladie dermatologique



Hypothèses
diagnostiques

Stéphane, 40 ans

Lésions et desquamations des pieds et des mains en cancérologie

?? QUIZ : quel diagnostic évoquer ?

- A. Psoriasis palmo-plantaire
- B. Eczéma
- C. Syndrome main pied
- D. Mycose





Hypothèses
diagnostiques

Stéphane, 40 ans

Lésions et desquamations des pieds et des mains en cancérologie



QUIZ : quel diagnostic évoquer ?

- A. Psoriasis palmo-plantaire
- B. Eczéma
- C. Syndrome main pied
- D. Mycose

ÉCARTER LES DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

▶ PSORIASIS :

Le diagnostic de psoriasis peut à priori être écarté devant **l'absence des squames et des lésions psoriasiformes** sur le reste du tégument, et **l'absence d'antécédents personnels de psoriasis**.

▶ ECZÉMA :

Le diagnostic d'eczéma peut à priori être écarté devant **l'absence de prurit et l'absence d'antécédents dermatologiques**

▶ MYCOSE :

Une mycose peut à priori être écartée devant **l'atteinte des 2 mains et des 2 pieds** d'emblée avec la sensation de douleur.



Que retenir ?
Quelles idées
reçues ?

Stéphane, 40 ans

Lésions et desquamations des pieds et des mains en cancérologie

LE SYNDROME MAIN-PIED

▶ **Le syndrome main-pied doit être suspecté** devant des lésions des mains et/ou des pieds **chez des patients sous des chimiothérapies connues à induire ce syndrome.**

▶ **Le grading du syndrome main-pied** se fait en fonction de la **sévérité** de l'atteinte:

GRADE 1

*Légers gonflements, rougeurs, et fourmillements mais **ne gênant pas au quotidien.***

GRADE 2

*Rougeurs, gonflements, bulles, et sensations de douleur et brûlure **mais le patient peut toujours marcher ou tenir des objets.***

GRADE 3

*Le patient souffre beaucoup. La peau est très sèche, s'épaissit et pèle. **Il ne peut plus effectuer ses activités quotidiennes.***

NB : Un grading en fonction des répercussions sur les activités quotidiennes (élémentaires / instrumentales) est également possible



Traitement

Stéphane, 40 ans

Lésions et desquamations des pieds et des mains en cancérologie

QUEL TRAITEMENT DERMATOLOGIQUE PROPOSER ?

- ▶ Dans les **stades débutants**, le traitement repose sur la **bonne hydratation avec un baume dermo-cosmétique** sans parfum, nourrissant et apaisant.
- ▶ Dans les **stades plus avancés avec des lésions et des douleurs affectant la qualité de vie**, un traitement par **dermocorticoïdes voire une corticothérapie orale** peut s'y ajouter.



En savoir plus

À retenir

LES CONSEILS DU DERMATOLOGUE

- ▶ **LE FROID** peut soulager le syndrome main-pied.
- ▶ **LA PÉDICURE** permet d'enlever les callosités et ainsi de limiter les manifestations du syndrome main-pied.



+ de 30 services réalisés en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire d'experts pour vous accompagner en dermatologie.

Services
Formation

Vous former
en continu

Services
Métier

Suivre l'évolution
de l'environnement
de votre métier

Services
Patients

Vous aider à prendre
en charge vos patients

Retrouvez tous nos services sur
www.naoservicespro.fr



1. Je m'inscris
2. J'accède à tous les services NAOS

NAOS Services vous est proposé en collaboration avec

INSTITUT
ESTHEDERM
PARIS

— BIODERMA —
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

— état pur