

BIODERMA

CONGRESS REPORTS



JDP 2025 - Médecins Généralistes

LES CHIFFRES DU CONGRÈS

6 semaines !

C'est le délai minimum à observer avant de pratiquer des tests allergologiques pour un exanthème maculo-papuleux médicamenteux.

ARTICLE 1 FOCUS DERMATO DERMATO-PÉDIATRIE COURANTE.

Dr Olivia BOCCARA, dermatologue, Paris.

Dr Thibaut PUSZKAREK, généraliste, Locronan (Finistère).

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX, dermatologue.

Introduction

Plusieurs situations cliniques courantes chez l'enfant sont présentées, non tant pour pouvoir les diagnostiquer d'emblée que plutôt savoir adopter la conduite adéquate.

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

- Nævi de l'enfant.

L'enfant n'est pas un adulte en miniature et la problématique de l'apparition et de la surveillance des nævi chez un adulte ne peut pas lui être transposée.

Les nævi apparaissent de façon physiologique pendant l'enfance, on les dit acquis, et ils sont par définition en croissance.

Dans d'autres cas, les nævi sont présents à la naissance, on les dit congénitaux, et eux aussi sont par définition en croissance.

L'apparition de nævi pendant l'enfance est normale, un nouveau nævus chez un enfant n'est pas inquiétant.

Les modifications des nævi, en taille ou en aspect, au fur et à mesure de la

croissance de l'enfant, sont normales.

Il ne faut pas s'inquiéter devant un naevus d'allure classique chez l'enfant mais plutôt de l'apparition récente d'un nodule achromique ou érythémateux.

Le SSM (mélanome à extension superficielle) n'existe pas avant l'âge de 10 ans.

D'autre part, l'enfant, de par son jeune âge, n'a que peu d'exposition solaire cumulée.

- Neurofibromatose.

La tache café au lait typique est une lésion ovale, pigmentée de façon homogène, d'au moins

5 mm chez l'enfant (15 mm après la puberté), pouvant être présente à la naissance.

Les éphélides, qui sont de plus petite taille, apparaissent chez l'enfant plus grand.

Le nombre critique de taches café au lait est 6.

- Urticaire ecchymotique (ou œdème aigu hémorragique du nourrisson).

Il s'agit d'une variété d'urticaire du nourrisson et du petit enfant jusqu'à 3 ans, dont l'étiologie reste indéterminée dans un cas sur deux.

Cliniquement, ce sont des papules urticariennes mobiles, fugaces, migratrices, qui peuvent laisser place à des lésions ecchymotiques.

On vérifie l'absence d'atteinte rénale (protéinurie) et l'on recherche le Parvovirus B19 en cas de grossesse dans l'entourage.

L'évolution est favorable en quelques jours sous antihistaminiques.

- Lymphocytome cutané bénin.

Il réalise une lésion érythémateuse et infiltrée dont le diagnostic, comme pour toute lésion tissulaire, ne profite en aucune façon des divers examens d'imagerie, inutiles voire trompeurs.

La biopsie cutanée en fait le diagnostic et permet d'éliminer l'hypothèse d'un lymphome cutané.

La sérologie de Lyme est positive mais peut rester négative initialement, ce qui n'élimine pas le diagnostic.

Le traitement repose sur la doxycycline.

- Hématodermie.

Cette localisation cutanée d'une hémopathie apparaît comme une lésion érythémateuse, papuleuse, infiltrée, purpurique et asymptomatique.

En l'absence de diagnostic évident, et pour éviter de recourir d'emblée à une biopsie, il est possible de faire pratiquer des examens biologiques à la recherche d'un syndrome inflammatoire et de proposer un traitement d'épreuve par les dermocorticoïdes.

Après l'échec du traitement d'épreuve, la biopsie fait le diagnostic de leucémie.

- Hémangiome infantile.

Aucun examen complémentaire n'est nécessaire au diagnostic, l'examen clinique suffit.

L'écho-Doppler, en l'absence de confrontation clinique, ne peut que fournir un résultat erroné de type malformation artérioveineuse.

Pour ce type d'angiome, il existe une phase de croissance, tout à fait normale, durant laquelle la taille de la lésion augmente.

Le traitement par propranolol n'est indiqué, dans 10 à 15 % des cas, qu'en cas de risque fonctionnel (œil, bouche), de risque de défiguration, de lésion ulcérée hyperalgique ou résistant aux soins locaux.

Messages clés

- L'apparition, la modification en taille et en aspect d'un naevus sont normales chez l'enfant.
- Devant une lésion cutanée érythémateuse et infiltrée, tissulaire, il ne faut pas faire pratiquer d'examen d'imagerie.

Questions de formation

1/ Sélectionner la bonne réponse

1. Chez certains enfants, la surveillance des naevi doit commencer dès l'âge de 3 ans.
2. Le diagnostic précis d'un hémangiome infantile repose sur l'examen clinique et sur l'écho-Doppler.
3. L'urticaire ecchymotique peut être secondaire à une infection virale.
4. Il ne faut jamais faire de traitement d'épreuve par les dermocorticoïdes.
5. L'apparition d'un nodule cutané non pigmenté chez un enfant n'est pas inquiétante.

2/ Sélectionner la bonne réponse

1. Une tache café au lait mesure au moins 5 mm.
2. Tout hémangiome infantile volumineux doit être traité par le propranolol.
3. C'est la sérologie qui permet le diagnostic de Lymphocytome cutané bénin.
4. Le traitement de l'urticaire ecchymotique repose sur les corticoïdes per os.
5. Les taches café au lait ne sont jamais présentes dès la naissance.

ARTICLE 2 FOCUS DERMATO

DERMATOSES PHOTO-INDUITES ET PHOTOPROTECTION.

Dr Henri ADAMSKI, dermatologue, Rennes

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX, dermatologue.

Introduction

Après un bref rappel sur le rayonnement solaire, sont détaillés ici les outils de la photoprotection puis décrites quelques dermatoses photo-induites.

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

- Bases physiques du rayonnement solaire et ses effets au niveau cutané.

Le rayonnement solaire se compose des ultraviolets A, B et C, de la lumière visible et des infrarouges. Seuls les UVC ne parviennent pas jusqu'à nous car ils sont arrêtés par la couche d'ozone.

Les UVB, qui sont absorbés par l'épiderme, sont arrêtés par le verre.

Les UVA, qui atteignent le derme, traversent le verre.

La lumière visible, qui constitue la partie visible du spectre solaire, pénètre jusqu'au derme (parfois au derme profond).

Les infrarouges sont source de chaleur.

Au niveau du sol, ces divers rayons sont répartis de façon inégale : les ultraviolets, bien que ne représentant que 5 % du spectre, constituent sa partie la plus énergétique.

Les rayons solaires peuvent être diffusés par le ciel ou bien être réfléchis par le sol, particulièrement par la neige, ou encore nous atteindre directement : c'est ainsi que l'intensité en UVB est augmentée en été, sous les Tropiques, entre 11 heures et 14 heures et en altitude. Un ciel nuageux n'empêche pas le passage des UV.

L'indice UV est une échelle de mesure de l'intensité du rayonnement UV (UVA/UVB) pondérée sur l'effet érythémateux, responsable des coups de soleil et de risques pour la santé (cataractes, cancers cutanés). Il est indépendant de la température : le risque augmente avec l'indice.

Les règles de photoprotection dépendent donc de l'indice UV, qui va de 0 à 11+.

Les dommages cutanés induits par l'exposition solaire sont :

- Le coup de soleil, essentiellement sous l'effet des UVB ;
- Les photodermatoses dues aux UVA ou aux UVB ;
- Le vieillissement cutané précoce ou héliodermie dans lequel le rôle majeur est joué par les UVA dont 50 % atteignent le derme ;
- Les lésions précancéreuses (kératoses actiniques) et les cancers (mélanome, carcinomes).

- La photoprotection

Elle regroupe les moyens capables de s'opposer aux dommages cutanés induits par l'exposition solaire.

Chez le sujet sain, une photoprotection efficace repose sur les vêtements et les produits de protection solaire.

Le bronzage, qui dépend du phototype, est insuffisant.

La prise orale de caroténoïdes est également insuffisante.

Quant à la réalisation préalable de séances d'UV en cabine, elle expose à un sur-risque de cancers cutanés.

- *La photoprotection vestimentaire.*

Elle reste la méthode basique la plus efficace et doit être priorisée chez l'enfant, le sportif et le travailleur en plein air.

La meilleure protection est obtenue par des vêtements lâches et couvrant un maximum de surface, sans oublier un chapeau à larges bords et des lunettes de soleil.

Il existe un facteur de protection, ou UPF, attribué aux tissus : la protection est considérée comme correcte à partir d'un coefficient 15.

Ce coefficient varie avec la qualité du tissage et la couleur du tissu, le noir étant le plus protecteur.

Un tissu mouillé voit son coefficient modifié, diminué pour le coton, augmenté pour le lin.

Le lavage, qui resserre les fibres, augmente le coefficient tandis que l'usure du tissu le diminue.

- *Les produits de protection solaire (PPS).*

Un PPS est composé d'un mélange de filtres anti UVA et UVB et d'un excipient.

Les filtres organiques (chimiques) absorbent les UV, les filtres inorganiques (minéraux) les réfléchissent. Les PPS sont efficaces contre les coups de soleil (UVB +++) en fonction de leur indice de protection (SPF). Leur efficacité a été également confirmée dans la prévention des kératoses actiniques, des carcinomes épidermoïdes et des mélanomes.

Cette efficacité se manifeste dès un SPF 16, à la condition d'une application quotidienne, si besoin renouvelée (baignade, hypersudation), et d'une protection large contre les UVA.

Un PPS se doit de remplir les critères suivants :

- Être rémanent ;
- Être photostable ;
- Protéger sur tout le spectre UVB et également UVA, avec un rapport des coefficients de protection UVB/UVA inférieur ou égal à 3.

Quatre niveaux de protection ont ainsi été définis :

- Faible avec SPF 6 à 10 ;

- Moyenne avec SPF 15, 20 ou 25, adaptée aux phototypes IV et V ;
- Haute avec SPF 30 à 50 ;
- Très haute avec SPF 50 +, pour les phototypes très clairs (I), les enfants, les greffés, les photodermatoses, les randonnées en montagne.

Il est bon de savoir qu'un SPF 60 bloque 98 % des UVB et qu'un SPF 100 bloque 99 % des UVB, soit un gain de seulement 1 % !

Conditions de la bonne utilisation d'un PPS :

- En complément de la protection vestimentaire ;
- En limitant les expositions solaires, même si le PPS a un indice de protection très élevé ;
- Par des applications régulières dans la journée : lors d'une activité à l'extérieur, après une activité physique, une baignade, une sudation importante ;
- Par l'application d'une quantité suffisante, soit 2 mg/cm².

Mais que se passe-t-il dans la vraie vie ?

Les PPS sont souvent utilisés comme aides au bronzage, ou pour éviter les coups de soleil et pouvoir prolonger la durée d'exposition.

Ils procurent ainsi une fausse impression de sécurité : l'absence de coups de soleil ne protège pas complètement contre les cancers cutanés.

La quantité moyenne utilisée est trop faible, environ 0,5 mg/cm².

- **Dermatoses photo-induites.**

La lucite estivale bénigne est fréquente, à prédominance féminine, touchant 15 % de la population, et de cause inconnue. C'est l'éruption de papules érythémateuses et prurigineuses survenant moins de 12 heures après une exposition solaire, régressant en 7 à 10 jours, tendant à s'améliorer au cours de l'été et récidivant les années suivantes. Elle atteint principalement le décolleté et respecte le visage. Le traitement préventif peut comporter, outre une exposition progressive et l'application d'un PPS de SPF 50 +, la prise de caroténoïdes (Oxélio®), les anti-paludéens de synthèse (Plaquénil®), des séances de photothérapie (PUVA ou UVB TL01). En poussée peuvent être proposés dermocorticoïdes et antihistaminiques.

L'urticaire solaire est rare et doit être différenciée par l'interrogatoire des autres variétés d'urticaires physiques à la chaleur, à l'effort, au froid ou au contact avec l'eau ainsi que de la lucite estivale bénigne. Elle obéit à un mécanisme d'hypersensibilité de type I à partir d'un photosensibilisant non connu, après exposition solaire.

Sa survenue est rapide dans les minutes suivant l'exposition et sa régression en 15 minutes à quelques heures après mise à l'ombre, ce qui la différencie d'une lucite estivale bénigne. Ce sont les zones cutanées habituellement couvertes qui sont touchées, visage et mains sont donc respectés. S'y ajoutent parfois nausées,

céphalées, malaise, voire choc anaphylactique. Ce sont les UVA et/ou la lumière visible qui en sont responsables.

Le traitement repose sur les antihistaminiques associés à un PPS 50 + teinté, l'omalizumab étant réservé aux formes sévères.

La photosensibilisation de contact est souvent provoquée par les phénothiazines : prométhazine crème (Phénergan®), isothipendyl gel (Apaisyl®, Sédermyl®), avec réactions croisées possibles. Cliniquement, elle se manifeste par un eczéma photo-allergique de contact qui n'atteint que les zones exposées. Les photopatchtests en UVA confirment le diagnostic et les dermocorticoïdes sont efficaces après arrêt de l'application du produit incriminé.

La porphyrie cutanée tardive apparaît après 40 ans, surtout l'été, sous la forme de bulles du dos des mains, suivies d'érosions longues à cicatriser. Les facteurs favorisants sont les infections VIH et VHC, l'intoxication alcool-tabagique, les œstrogènes. Le diagnostic est confirmé par le dosage des uroporphyrines urinaires.

Le lupus érythémateux est une pathologie photosensible, ce critère diagnostique est retrouvé chez la plupart des patients.

- La photosensibilité est manifestée par l'exacerbation de lésions lupiques pré-existantes ou l'apparition de plaques érythémateuses et non prurigineuses des régions découvertes après exposition solaire.
- Dans toutes les formes de lupus, les lésions sont également trouvées sur les zones non exposées à la lumière.
- Le traitement repose sur les mesures de photoprotection et les antipaludéens de synthèse, ainsi que sur le traitement de fond en cas d'atteinte viscérale.

Messages clés

- La photoprotection vestimentaire est la méthode la plus efficace.
- L'absence de coups de soleil ne suffit pas à protéger contre les cancers cutanés.

Questions de formation

1/ Sélectionner la bonne réponse

1. La crème Phénergan est efficace sur les formes légères de dermatoses photo-induites.
2. La lucite estivale bénigne atteint principalement les zones découvertes : visage et dos des mains.
3. Un PPS de SPF 100 est deux fois plus efficace qu'un SPF 50.
4. L'atteinte cutanée du lupus, affection photosensible, ne se manifeste que

- sur les zones découvertes.
5. La couleur noire d'un tissu est la plus protectrice contre les UV.

2/ Sélectionner la bonne réponse

1. L'intoxication alcoolo-tabagique est un facteur favorisant de la porphyrie cutanée tardive.
2. Le lavage d'un tissu diminue son coefficient de protection UPF.
3. La lumière visible est absorbée par l'épiderme.
4. Il faut éviter les antihistaminiques dans le traitement d'une poussée de lucite estivale bénigne.

ARTICLE 3 FOCUS DERMATO DERMATOSES TROPICALES/RETOUR DE VOYAGES.

Dr Romain SALLE, dermatologue, Paris.
Dr Marc BAYEN, généraliste, Guesnain (Nord).

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX, dermatologue.

Introduction

Ces dermatoses exotiques ne sont pas si rares et des cas autochtones sont parfois identifiés.

Le médecin généraliste est en première ligne pour les reconnaître et les traiter.

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

- **Larva migrans.**

Cette infection parasitaire, secondaire à la migration d'une larve de nématode, se contracte sur les plages par contact de la peau avec des déjections de chiens ou chats.

Les zones à risque sont l'Amérique centrale, l'Afrique subsaharienne et l'Asie du sud-est.

Certains cas autochtones métropolitains ont été rapportés ces dernières années, l'absence de séjour dans les Tropiques n'exclut donc pas totalement ce diagnostic. L'examen de cette « dermatite rampante » montre une lésion cutanée serpiginieuse et extrêmement prurigineuse.

Une autre forme clinique, de cette parasitose, parfois associée à la précédente, est la folliculite ankylostomienne.

Un diagnostic différentiel est le cheveu sous-cutané, qui peut se trouver chez un enfant à qui l'on vient de couper les cheveux, à extraire mécaniquement.

Le traitement utilise l'albendazole ou l'ivermectine, en évitant toute tentative d'extraction chirurgicale de la larve.

Des soins locaux éviteront une éventuelle surinfection bactérienne.

En l'absence de traitement, la guérison est obtenue en quelques semaines car il s'agit d'une impasse parasitaire.

Préventivement, il faut éviter de marcher pieds nus sur les plages où circulent des animaux et préférer s'allonger sur le sable mouillé qui a été nettoyé par la marée ou bien sur un matelas.

Une simple serviette de plage ou un maillot de bain ne suffisent pas à empêcher la contamination.

- **Bilharziose.**

La contamination par le ver trématode a lieu lors d'un bain en eau douce infectée. Les régions atteintes sont l'Afrique subsaharienne, l'Asie du Sud-Est, l'Amérique du Sud, particulièrement le Brésil.

La forme cutanée initiale, liée à la pénétration des cercaires, se manifeste par une éruption maculo-papuleuse, parfois urticarienne, très prurigineuse, survenant dans les heures suivant la baignade : « dermatite cercarienne ».

La forme cutanée chronique, par réaction granulomateuse contre les œufs, se traduit par des papules de couleur chair au niveau des zones génitales.

La forme extra-cutanée, notamment urologique, provoque des hématuries et engendre le risque de carcinome épidermoïde de la vessie.

Le diagnostic est confirmé par la sérologie, l'examen direct des urines fraîches du matin à la recherche des œufs, l'histologie cutanée.

Le traitement doit être évité pendant la phase aiguë, de crainte d'aggraver la réaction inflammatoire.

Pour les formes chroniques est utilisé le praziquantel en dose unique.

Préventivement, il faut éviter les bains dans les zones à risque qui sont souvent connues des autochtones.

- **Tungose.**

Il s'agit de l'incrustation d'une puce chique dans la peau.

L'infection a lieu lors d'un contact cutané avec une puce dans le sable des plages.

Les zones infectées, habituellement connues des habitants, sont l'Afrique subsaharienne, l'Amérique du Sud (Brésil, Guyane) et l'Inde.

Cliniquement, on constate une papule blanche centrée par un point noir qui est l'orifice de ponte.

Le dermatoscope montre la puce et les œufs.

Le traitement consiste en une extraction manuelle.

En cas de forme profuse et de suspicion de surinfection bactérienne, une antibiothérapie est indiquée, sans oublier la vaccination anti-tétanique.

Préventivement, ne pas marcher pieds nus sur les plages où vont les animaux.

L'huile de coco protège contre l'infection.

- **Myiase.**

- **La myiase furonculaire sud-américaine** est une parasitose cutanée due à une larve de mouche. L'infection se produit après une piqûre de moustique colonisé par les œufs d'une mouche (phénomène de phorésie). À l'examen, c'est, en zone découverte, un papulo-nodule douloureux, centré par un orifice « animé de mouvement », pouvant être confondu avec un furoncle résistant aux antibiotiques.

L'extraction chirurgicale de cette larve munie de crochets est difficile. L'application préalable d'un corps gras permet d'étouffer la larve. La

vaccination anti-tétanique est nécessaire. En prévention, les divers moyens de lutte anti-vectorielle sont mis en œuvre.

- **La myiase furonculeuse africaine** est liée à la ponte de mouches sur des vêtements ou des draps mis à sécher à l'extérieur et non repassés. Le diagnostic repose sur la constatation de papulo-nodules multiples, séro-hémorragiques, douloureux, sur les zones couvertes, souvent confondus avec une furonculose. L'extraction en est plus facile car la larve est lisse. Il faut penser à la prévention du tétanos et repasser les vêtements après séchage.

- **Leishmaniose.**

Qu'elle soit de l'ancien monde (Maghreb, Moyen-Orient) ou du nouveau monde (Amérique du Sud), cette parasitose cutanée est due à un protozoaire du genre *Leishmania* et transmise lors de la piqûre d'un phlébotome. Des cas autochtones de leishmaniose, plutôt viscérale, ont été détectés dans le sud de la France.

Sur le plan clinique, c'est l'apparition d'une papule sur le site de la piqûre, suivie d'une ulcération infiltrée et bien limitée.

Pour les formes de l'ancien monde, l'évolution se fait vers des plaques hyperkératosiques ou verruqueuses pouvant guérir spontanément. Les formes du nouveau monde évoluent vers une atteinte cutanéomuqueuse.

Le diagnostic repose sur la PCR sur biopsie ou frottis lésionnel, permettant d'identifier l'espèce en cause, ce dont dépendra le traitement : local, général ou abstention.

Le traitement, qui peut faire appel à l'antimoine, dépendra aussi du nombre, de la taille et de la localisation des lésions.

Le diagnostic différentiel est la piqûre de l'araignée violoniste, devenue plus fréquente dans le sud de la France et responsable de nécrose succédant à la réaction inflammatoire.

- **Pityriasis versicolor.**

Infection fongique par une levure *Malassezia spp*, communautaire en France hexagonale, favorisée par la chaleur et l'humidité.

Cliniquement, il provoque des lésions maculeuses du tronc, finement squameuses. Des formes hyper- ou hypo-pigmentées sont fréquentes. En cas de doute, il est possible d'utiliser la lumière de Wood (coloration jaunâtre des lésions) et de faire pratiquer un scotch test qui montre la présence des levures.

Le traitement est local par un gel moussant antifongique au kétoconazole, sur l'ensemble du corps pendant au moins 10 minutes, à répéter 8 à 10 jours plus tard. En cas d'échec, le fluconazole per os peut être envisagé.

Messages clés

- Toujours interroger les patients sur leurs voyages récents à l'étranger.
- Interrogatoire également sur les activités réalisées sur place.

Questions de formation

1/ Sélectionner la bonne réponse

1. La leishmaniose cutanée peut guérir spontanément.
2. Le traitement habituel du pityriasis versicolor est le kétoconazole per os.
3. La myiase furonculaire africaine est provoquée par la piqûre d'un moustique.
4. Pour éviter le Larva migrans, il faut utiliser une serviette de plage.
5. En cas de bilharziose cutanée, le traitement doit être commencé le plus tôt possible.

2/ Sélectionner la bonne réponse

1. Le traitement de la leishmaniose cutanée est univoque.
2. La piqûre de l'araignée violoniste entraîne une nécrose cutanée.
3. Le traitement de la tungose (puce chique) repose sur l'ivermectine.
4. Aucun cas métropolitain de Larva migrans n'a encore été détecté.
5. Le traitement du Larva migrans consiste en l'extraction de la larve.

ARTICLE 4 FOCUS DERMATO

ÉRUPTIONS DE L'ADULTE.

Dr Juliette DELAUNAY, dermatologue, Angers.

Dr Gabrielle LISEMBARD, généraliste, Grand-Fort-Philippe (Nord).

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX, dermatologue.

Introduction

Devant une éruption de l'adulte, il convient d'apprécier ses caractères et de rechercher des signes de gravité. Quelques exemples, des plus fréquents aux plus graves, illustrent cet article.

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

Une éruption se définit par une modification visible de l'aspect de la peau.

Elle peut être décrite selon ces critères :

- Caractère aigu ou chronique ;
- Antécédents contexte (médicaments ? Contage ?) ;
- Localisation ;
- Lésions élémentaires.

Les lésions élémentaires susceptibles d'être rencontrées sont :

- L'érythème, s'effaçant à la vitro-pression ;
- Le purpura ;
- Les macules et les papules ;

- Les pustules ;
- Les bulles ;
- Les squames ;
- La nécrose.

La recherche de signes de gravité associés décide de la conduite à tenir dans l'immédiat :

- Fièvre élevée, signes de choc ;
- Atteinte des muqueuses ;
- Extension rapide ;
- Nécrose des lésions ;
- Décollement.

LES CAUSES FRÉQUENTES.

- **Le pityriasis rosé de Gibert.**

Cette dermatose aiguë, souvent liée à une infection virale, n'est pas contagieuse.

Le début se fait par une plaque ronde ou ovale du tronc, en médaillon, bien délimitée, rosée, légèrement squameuse, de 2 à 5 cm de diamètre.

Secondairement apparaît une éruption sur le tronc et les membres.

Le prurit est généralement absent.

L'évolution se fait vers la disparition spontanée en 6 à 8 semaines, sans séquelle ni récurrence.

Le diagnostic différentiel comprend entre autres la syphilis et il ne faut pas hésiter à demander une sérologie.

- **L'exanthème maculo-papuleux médicamenteux.**

Il correspond à une réaction d'hypersensibilité retardée (type IV), médiée par les lymphocytes T.

Le délai d'apparition varie de 4 à 14 jours (classique exanthème du 9^e jour).

Il faut réussir à identifier le médicament responsable, ce qui peut se révéler difficile chez un sujet polymédiqué. Une frise peut aider, reportant pour chaque médicament la date de son introduction.

S'il n'est pas indispensable, le médicament doit bien sûr être arrêté ; s'il est indispensable, en l'absence d'alternative, et s'il n'y a pas de signe de gravité, on peut décider de le continuer sous surveillance.

Il faut aussi rechercher la présence de signes de gravité : bulles, décollement, nécrose, pustules, atteinte des muqueuses, hyperthermie, altération de l'état général, douleurs etc.

Les examens biologiques, non indispensables, comportent NFS, plaquettes, CRP, bilans hépatique et rénal, sérologie virale (VIH notamment).

Si des tests allergologiques sont envisagés, un délai d'au moins 6 semaines après la disparition de l'éruption doit être observé.

Traitement : symptomatique, dermocorticoïdes en cas de prurit.

Le diagnostic différentiel comprend :

- La syphilis là encore (roséole) ;
- Une primo-infection à EBV dans un contexte d'angine fébrile ou de prise d'amoxicilline ;
- Une varicelle avec des lésions plus étendues, croûteuses et d'âges différents, une fièvre plus élevée et prolongée. Le risque est celui d'une pneumopathie varicelleuse, de complications neurologiques, de surinfections cutanées.

- **L'érythème polymorphe.**

Il s'agit d'une éruption cutanéomuqueuse aiguë, souvent immuno-allergique, secondaire à l'infection par un Herpès virus ou par un *Mycoplasma pneumoniae*. La lésion cutanée caractéristique est la cocarde (la véritable cocarde comprenant trois anneaux concentriques), l'éruption est symétrique et prédomine aux extrémités.

Une atteinte muqueuse est possible dans les formes majeures.

Les examens complémentaires réalisables sont une radiographie pulmonaire et une sérologie HSV.

La guérison survient en 1 à 3 semaines, le traitement est symptomatique pouvant aller jusqu'à une corticothérapie orale.

LES CAUSES GRAVES.

- **Le purpura fulminans.**

Purpura extensif avec au moins un élément nécrotique de taille supérieure à 3 mm, survenant chez un adulte le plus souvent jeune et sans comorbidité. Deux bactéries peuvent en être responsables, le méningocoque chez un patient jeune et le pneumocoque chez un patient plus âgé.

La phase prodromique est un état pseudo-grippal dans les 24 à 48 heures précédant.

À la phase d'état : purpura fébrile et état de choc.

Aucun examen complémentaire n'est nécessaire pour poser ce diagnostic d'urgence et injecter immédiatement une céphalosporine de 3e génération.

Pourront être pratiquées ensuite des hémocultures, une biopsie cutanée dans les 72 heures (culture standard et PCR pneumocoque et méningocoque), une ponction lombaire, la recherche d'antigène pneumococcique dans les urines.

Parmi les autres causes de purpura, citons :

- L'endocardite infectieuse avec des localisations volontiers palmo-plantaires.
- La méningococcémie chronique qui est une forme subaiguë et récidivante de méningococcémie, traduite par la triade fièvre intermittente, arthralgies fugaces et éruption cutanée maculo-

papuleuse, pustuleuse ou purpurique pétéchiale.

Un tableau similaire peut être réalisé par l'infection gonococcique.

- La fièvre boutonneuse méditerranéenne, qui est une rickettsiose transmise par une tique, se manifeste par de la fièvre, un purpura volontiers palmo-plantaire et une escarre d'inoculation.

Le traitement fait appel aux tétracyclines.

- Les vascularites dont les étiologies sont multiples : médicamenteuses (diagnostic d'élimination), inflammatoires (vascularite à IgA), idiopathiques, et doivent être distinguées d'un purpura mécanique ou d'une capillarite purpurique.

Il faut éviter les corticothérapies à l'aveugle et adresser en milieu spécialisé.

- Le bilan minimal est biologique sanguin, urinaire (protéinurie) avec une biopsie cutanée.

- **La nécrolyse épidermique toxique.**

Il s'agit d'une réaction d'hypersensibilité retardée à un médicament pris une à trois semaines auparavant. Ce médicament est souvent un anti-épileptique ou un antibiotique. Il existe une atteinte cutanée, faite d'un décollement en linge mouillé avec signe de Nikolsky.

C'est l'importance du décollement qui fait la gravité de cette réaction, mortelle dans 30 à 35 % des cas.

Les complications sont les mêmes que celles observées chez les grands brûlés : troubles hydro-électrolytiques, surinfections.

La cicatrisation se fait lentement au prix de séquelles, en particulier muqueuses, oculaires ou buccales.

- **L'érythrodermie.**

Elle se définit par un érythème plus ou moins squameux atteignant plus de 90 % de la surface corporelle, souvent associé à des signes généraux (fièvre, polyadénopathie, hépatosplénomégalie).

Les causes en sont variées :

- Dermatoses inflammatoires (lichen, eczéma, psoriasis) ;
- Allergie médicamenteuse ;
- Causes tumorales (lymphome cutané, hématodermie) ;
- Causes infectieuses (gale, VIH).

Il est nécessaire d'adresser ces patients au dermatologue.

En résumé.

L'objectif du généraliste est de repérer des signes cliniques de gravité, de diagnostiquer les pathologies bénignes qui sont les plus fréquentes, d'organiser l'entretien et l'examen clinique en vue d'une télé-expertise ou d'un adressage rapide.

Messages clés

- Rechercher des signes de gravité devant une éruption de l'adulte.
- Avoir la sérologie syphilitique facile.
- Devant un purpura fébrile, injecter immédiatement une céphalosporine de 3e génération incluse dans la trousse d'urgence.

Questions de formation

1/ Sélectionner la bonne réponse

1. La biopsie cutanée d'une lésion purpurique est inutile.
2. Devant un érythème polymorphe, il faut demander une radiographie pulmonaire.
3. En cas d'exanthème maculo-papuleux médicamenteux, des tests allergologiques doivent être pratiqués aussitôt que possible.
4. L'érythrodermie est définie par un érythème isolé atteignant plus de 90 % de la surface corporelle.
5. Si l'on soupçonne une vascularite devant un purpura, il est légitime d'entreprendre une corticothérapie orale d'épreuve.

2/ Sélectionner la bonne réponse

1. La nécrolyse épidermique toxique est mortelle dans 75 % des cas.
2. Un exanthème maculo-papuleux médicamenteux ne peut pas survenir avant un délai de 9 jours.
3. Le pityriasis rosé de Gibert est une infection virale contagieuse.
4. Les localisations d'un érythème polymorphe sont cutanées, jamais muqueuses.
5. Le purpura fulminans est secondaire à une infection par un méningocoque ou un pneumocoque.

ARTICLE 5 FOCUS DERMATO PATHOLOGIE DES ONGLES.

Dr Inès ZARAA, dermatologue, Paris.

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX, dermatologue.

Introduction

Cette présentation aborde les modalités particulières de l'examen unguéal ainsi que les différentes anomalies que peut présenter l'ongle en pratique courante.

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

Sur le plan anatomique, les ongles, qui terminent harmonieusement les doigts et les orteils, sont composés d'une tablette reposant sur le lit de l'ongle et d'une matrice.

La matrice peut être divisée en trois parties, proximale, intermédiaire et distale.

La première question qui se pose devant une atteinte unguéale est de savoir s'il s'agit d'une atteinte de la matrice ou bien du lit de l'ongle.

Il y a trois replis :

- Le repli sus-unguéal proximal se termine avec la cuticule, dont la présence doit être systématiquement recherchée,
- Les deux replis latéraux
- Et, en distalité, l'hyponychium (zone sous-unguéale distale).

L'appareil unguéal possède des mélanocytes, essentiellement au niveau matriciel proximal et en moindre quantité que dans la peau, ce qui rend compte de la possibilité de lésions pigmentées de l'ongle.

L'examen clinique d'une onychopathie ne se limite pas aux ongles seulement mais doit comprendre celui de l'ensemble du corps, avec interrogatoire, inspection, et aussi palpation car il faut savoir palper les ongles.

En pratique, les questions à se poser sont les suivantes :

- Nombre d'ongles atteints.
- Aspect clinique.
- Localisation de l'atteinte : matrice, lit ou mixte.
- Évolutivité clinique : atteinte aiguë ou chronique.
- Âge et antécédents du patient.
- Traitements déjà utilisés.

On appréciera la forme générale de l'appareil unguéal, la consistance et la surface de la tablette, l'état du pourtour avec ses quatre replis, la couleur de la tablette, les attaches unguéales.

On recherchera par l'interrogatoire et l'observation l'existence de symptômes ou de tics.

Anomalies de la forme de l'appareil unguéal :

- **Koïlonychie** : déformation en cuiller de la tablette, devenue concave et capable de retenir une goutte d'eau. Les causes principales sont au nombre de trois : ongles fins et mous quelle qu'en soit la cause, origine professionnelle et carence martiale.
- **Ongles en pince ou tuile**, avec accentuation de la courbure transversale de l'ongle provoquant son incarnation. Une arthrose peut en être la cause, avec présence d'une exostose de la phalange.
- **Anonychie**, disparition plus ou moins complète de la tablette de l'ongle, pouvant être liée à des maladies inflammatoires chroniques, tel le lichen.
- **Onychogribose** dans le cadre d'endocrinopathies, telles que le diabète.

- **Brachyonychie** en cas d'anomalie de la dernière phalange, fréquente chez l'enfant et s'améliorant avec l'âge.
- **Ongle en perroquet**, dans un contexte de sclérodermie systémique.
- **Ongle plicaturé** : comme un ongle en pince mais d'un seul côté.

Anomalies de consistance de la tablette :

- **Hapalonychie** : ongles très mous, chez le jeune enfant avant la marche ou bien lors d'immersions répétées : l'eau est l'ennemi numéro 1 de l'ongle.
- **Scléronychie**, ongles très durs, souvent dans le cadre du syndrome des ongles jaunes.

Anomalies de la surface de la tablette :

- **Dépressions ponctuées**, en dé à coudre, parfois physiologiques pour une atteinte légère, ou alors en cas de psoriasis, lichen ou pelade.
- **Trachyonychie** : altérations superficielles de toute la surface de la tablette, lui conférant un aspect rugueux. Il n'y a pas d'étiologie particulière, les enfants sont souvent atteints et l'état s'améliore avec l'âge.
- **Onychorrexie** : sillons longitudinaux sur toute la hauteur de la tablette, séparés par des zones saines, volontiers fissurés à leur extrémité distale. Elle peut être physiologique ou s'inscrire dans le cadre d'un lichen, l'évolution spontanée se faisant alors vers une anonychie.

Une tumeur bénigne affectant la matrice peut être responsable d'une atteinte monodactylique acquise et chronique chez un adulte.

- **Onychoschizie** : sillons transversaux de la tablette, responsables de son dédoublement, en cas d'ongles fragiles ou fragilisés par les méthodes de manucurie (vernis semi-permanents et autres gels).

Ou sillons plus importants parfois, pouvant aboutir à la fracture de l'ongle : septicémie, patients hospitalisés en réanimation et, chez l'enfant, le syndrome mains-pieds-bouche.

Anomalies du pourtour de l'ongle :

- Il peut s'agir de zones d'**hyperkératose** avec présence de vaisseaux sanguins, comme dans certaines maladies systémiques (dermatomyosite...).
- Concernant l'**onychomycose à Candida**, souvent évoquée devant des anomalies de la tablette associées à une paronychie (inflammation du repli sus-unguéal proximal) avec absence de cuticule, il semble s'agir plutôt de la surinfection par Candida d'un appareil unguéal fragilisé par de fréquentes immersions dans l'eau et la disparition de la cuticule. Il convient donc de traiter, non seulement la surinfection à Candida, mais encore sa cause.

Anomalies de couleur de la tablette :

- **Xanthonychie** : responsable d'une coloration jaune :
 - Avec arrêt de la croissance unguéale, dans le cadre du syndrome

des ongles jaunes, associant une atteinte broncho-pulmonaire ou ORL et un lymphoedème ;

- Après **traumatisme unguéal** ;
- Lors d'une **onychomycose par dermatophytes** qui parasitent l'extrémité distale de l'ongle et progressent vers sa racine. Le prélèvement, doit être pratiqué en l'absence de tout traitement antifongique depuis plusieurs mois ; le traitement comporte nécessairement un premier temps de débridement, mécanique à la pince ou chimique (urée).

- En cas d'**onychomatricome**, tumeur bénigne spécifique de l'appareil unguéal.

- **Leuconychie** : soit d'origine traumatique, soit d'origine mycosique (*Trichophyton interdigitale*) invitant à l'examen mycologique.
- **Chloronychie** : associée à un décollement de la tablette en cas de surinfection à *Pyocyanique*, nécessitant de découper la partie atteinte et de traiter localement seulement.
- **Érythronychie** : avec plusieurs diagnostics envisageables, onychopapillome, pseudo-kyste mucoïde, tumeur glomique.

- En cas d'atteinte acquise et chronique d'un seul doigt chez un adulte, il est indispensable d'arriver à un diagnostic : le rouge peut se transformer en noir avec la problématique d'un mélanome. Quant au blanc, il peut manifester un mélanome achromique.

- **Ongle noir** : pas toujours synonyme de mélanome ! Il s'agit souvent d'un hématome sous-unguéal.

Devant une **mélanonychie**, il est inutile de faire un prélèvement au niveau de l'ongle puisque le processus originel se trouve au niveau de la matrice.

- Diagnostics en faveur d'un mélanome, des bords irréguliers avec perte de parallélisme, hétérogénéité des couleurs, invitant à faire une exérèse et non une simple biopsie de la lésion matricielle.
- Toute mélanonychie n'est heureusement pas due à un mélanome : les phototypes 4, 5 ou 6 peuvent avoir des mélanonychies fonctionnelles affectant souvent plusieurs doigts ou orteils.

Une **onychotillomanie**, un frottement chronique de l'ongle dans la chaussure ou encore toute tumeur bénigne affectant la matrice, peut entraîner une pigmentation par le biais de la stimulation des mélanocytes.

Une onychomycose peut aussi être incriminée.

Finalement, les couleurs susceptibles d'être inquiétantes sont le rouge, le blanc et le noir, diversement associés, pouvant révéler un mélanome achromique.

Anomalies des attaches unguéales :

- Parfois d'origine traumatique.
- Le décollement de la tablette est fréquent lors du psoriasis, dû à l'hyperkératose, avec une part d'érythème en bordure.
- On peut l'observer aussi après soins de manucurie, ou lié à une

onychomycose ou encore comme effet secondaire d'une chimiothérapie.

Symptômes et tics :

- Onychophagie : de diagnostic très simple.
- Onychodystrophie canaliforme de Heller, par tic de refoulement de la cuticule et déformation en gouttière de la tablette.

Messages clés

- L'examen d'un patient atteint d'onychopathie ne se limite pas à celui des ongles.
- En matière de dyschromie, les couleurs noire, rouge et blanche sont susceptibles d'inquiéter.

Questions de formation

1/ Sélectionner la bonne réponse

1. Une mélanonychie suspecte doit faire pratiquer une biopsie uniquement au niveau de la tablette unguéale.
2. Le prélèvement mycologique d'un ongle doit être pratiqué à distance de 48 heures de tout traitement anti-mycosique.
3. Le décollement distal de la tablette est souvent constaté lors du psoriasis.
4. L'aspect ponctué en dé à coudre de la tablette est pathognomonique du psoriasis.
5. L'appareil unguéal comporte 2 replis seulement.

2/ Sélectionner la bonne réponse

1. Devant une mélanonychie, un mélanome doit être recherché par la biopsie de la tablette unguéale.
2. Une chloronychie peut être symptomatique d'une surinfection à Pyocyanique.
3. Un traumatisme unguéal ne peut pas entraîner d'autre dyschromie que noire ou rouge.
4. L'eau pure, sans adjonction d'antiseptiques, est bénéfique pour l'ongle.
5. Le mélanome unguéal se manifeste uniquement par une dyschromie brunâtre ou noirâtre.

ARTICLE 6 FOCUS DERMATO PLAIES ET PANSEMENTS.

Dr Patricia SENET, dermatologue, Paris.
Dr Marc BAYEN, généraliste, Guesnain (Nord).

Article rédigé par le Dr Yves ROUBEIX, dermatologue.

Introduction

Sur un plan très pratique, cet article est une aide à la prise en charge des plaies de jambe, en fonction de leur origine et de leur aspect.

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

- L'ulcère veineux.
 - Son traitement repose sur une compression multitype multicouche (Urgo K2™, Coban 2™, Kit Biflex Short stretch™, Venotrain Ulcertec 39™) ou bien par bande à allongement court en cas de doute avec une participation artérielle.
 - À défaut, il est possible d'utiliser deux bandes superposées de classe II.
 - La compression est nécessaire à l'obtention de la cicatrisation, laquelle ne peut pas avoir lieu en présence d'œdème.
 - Les bandes élastiques à allongement long, type Biflex, ne sont plus indiquées pour les ulcères de jambes.
 - Nettoyage à l'eau et au savon, à l'exclusion des antiseptiques.
- L'ulcère mixte.
 - Contre-indiquée en cas d'ischémie critique (index de pression systolique inférieur à 0,6), la compression fait appel à une bande à allongement court en 10 cm de large (Rosidal K™, Comprilan™).
 - Elle peut être associée à une bande cohésive de maintien (Peha-haft™, Tubifast™) pour une meilleure durabilité et, si besoin, à une ouate de protection des reliefs osseux (Cellona™).
 - En présence d'une ischémie sévère (IPS inférieur à 0,6) accompagnée d'œdème, seule pourra être utilisée une bande Velpeau.
- Règles de pose.
 - Le talon doit être inclus dans la compression, sous peine de créer un œdème du talon pouvant se compliquer d'ulcération à ce niveau.
 - Le chevauchement des spires de la bande se fait sur au moins la moitié de sa largeur.
- En prévention de la récurrence.

Il est nécessaire de maintenir une compression de classe II, plus facile à supporter, ou III, pendant au moins deux ans.

Sans oublier, en l'absence d'insuffisance veineuse profonde, le traitement endoveineux ambulatoire de l'insuffisance veineuse superficielle par laser,

radiofréquence ou échoscclérose, la chirurgie par stripping n'étant plus guère pratiquée.

- En cas d'eczéma de contact.

Des patch-tests au lit du patient sont faciles à réaliser avec un fragment du pansement suspecté, à lire, sur place ou sur photo, 48 heures ou 4 jours après leur pose.

S'il s'agit d'une crème ou d'une lotion, un ROAT test (repeated open application test) consiste à faire appliquer le produit suspect par le patient, deux fois par jour pendant deux semaines, au niveau du pli du coude.

- L'ulcère artériel.

L'examen clinique ayant constaté l'absence des pouls distaux, un écho-Doppler artériel et la mesure de l'index de pression systolique (IPS) à la cheville sont indiqués.

L'IPS peut être mesuré au cabinet à l'aide d'un petit Doppler de poche ou bien par l'écho-doppleriste. Il n'y a pas d'artérite si l'IPS est supérieur à 0,9.

- L'ulcère nécrotique.

Il peut être observé à la suite d'un hématome disséquant post-traumatique.

Le traitement consiste, outre une compression en cas d'œdème, en l'application d'un hydrogel (Purilon™) après nettoyage au sérum physiologique et détersion mécanique.

- Principes de nettoyage d'une plaie.

- Avec de l'eau ou du sérum physiologique et, si besoin, détersion mécanique.
- Éviter les antiseptiques.
- Ne pas oublier que le traitement local ne peut être qu'adjuvant et que c'est le traitement étiologique qui est le plus important.
- Il est inutile de superposer les pansements.

- Différents types de plaies.

Sur une plaie fibrineuse ou exsudative,

- Appliquer un alginat (Algostéril™, Biatain Alginate™) ou un hydrofibre (Aquacel™, Aquacel Foam™).
- Au stade de l'épidermisation, un pansement hydrocellulaire (Mepilex™, Biatain™, Allevyn™) ou un tulle (Jélonet™ n'est plus utilisé, Physiotulle™,

Adaptic™, Urgotul™).

Sur une plaie hémorragique,

- Un alginat (Coalgan™, Algosteril™, Biatain alginate™).

Sur une plaie hyperbourgeonnante,

- Un dermocorticoïde (Diprosone®, Betnéval®) plutôt que le classique crayon de nitrate d'argent.

Sur une peau périphérique altérée,

- Utiliser une interface (Adaptic™, Urgotul™).

Sur une plaie malodorante, cancéreuse par exemple,

- Un pansement au charbon (Actisorb™).

Messages clés

Les antiseptiques ne doivent pas être utilisés sur une plaie de jambe.

Une compression adaptée, contrant l'œdème, est nécessaire à la cicatrisation.

Le traitement étiologique prime sur les soins locaux.

Questions de formation

1/ Sélectionner la bonne réponse

1. Il n'y a pas d'artérite si l'IPS est supérieur à 0,6.
2. La compression par bande élastique à allongement long, type Biflex, est indispensable en cas d'œdème et en l'absence d'artérite.
3. Le traitement de l'insuffisance veineuse superficielle est avant tout chirurgical (stripping).
4. En cas de bourgeonnement excessif, il faut préférer les dermocorticoïdes au crayon de nitrate d'argent.
5. En cas d'ischémie sévère, aucune bande ne peut être utilisée.

2/ Sélectionner la bonne réponse

1. Un ROAT test peut être pratiqué par le patient pour rechercher un produit responsable d'eczéma de contact.
2. La pose d'une bande de compression doit éviter le talon.
3. La compression, en cas d'ulcère mixte, est multitype multicouche.
4. Le sérum physiologique ne doit plus être utilisé pour le nettoyage des plaies.
5. Le tulle vaseliné Jélonet™ est parfaitement adapté au stade de l'épidermisation.

Réponses aux QUIZZ

DERMATO-PÉDIATRIE COURANTE

- 1/ 3-L'urticaire ecchymotique peut être secondaire à une infection virale
- 2/ 1-Une tache café au lait mesure au moins 5 mm.

DERMATOSES PHOTO-INDUITES ET PHOTOPROTECTION.

- 1/ 5-La couleur noire d'un tissu est la plus protectrice contre les UV.
- 2/ 1-L'intoxication alcool-tabagique est un facteur favorisant de la porphyrie cutanée tardive.

DERMATOSES TROPICALES/RETOUR DE VOYAGES.

- 1/ 1-La leishmaniose cutanée peut guérir spontanément.
- 2/ 2-La piqûre de l'araignée violoniste entraîne une nécrose cutanée.

ÉRUPTIONS DE L'ADULTE.

- 1/ 2-Devant un érythème polymorphe, il faut demander une radiographie pulmonaire.
- 2/ 5-Le purpura fulminans est secondaire à une infection par un méningocoque ou un pneumocoque.

PATHOLOGIE DES ONGLES.

- 1/ 3-Le décollement distal de la tablette est souvent constaté lors du psoriasis.
- 2/ 2-Une chloronychie peut être symptomatique d'une surinfection à Pyocyanique

PLAIES ET PANSEMENTS

- 1/ 4- En cas de bourgeonnement excessif, il faut préférer les dermocorticoïdes au crayon de nitrate d'argent.
- 2/ 1- Un ROAT test peut être pratiqué par le patient pour rechercher un produit responsable d'eczéma de contact.