BIODERMA

LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

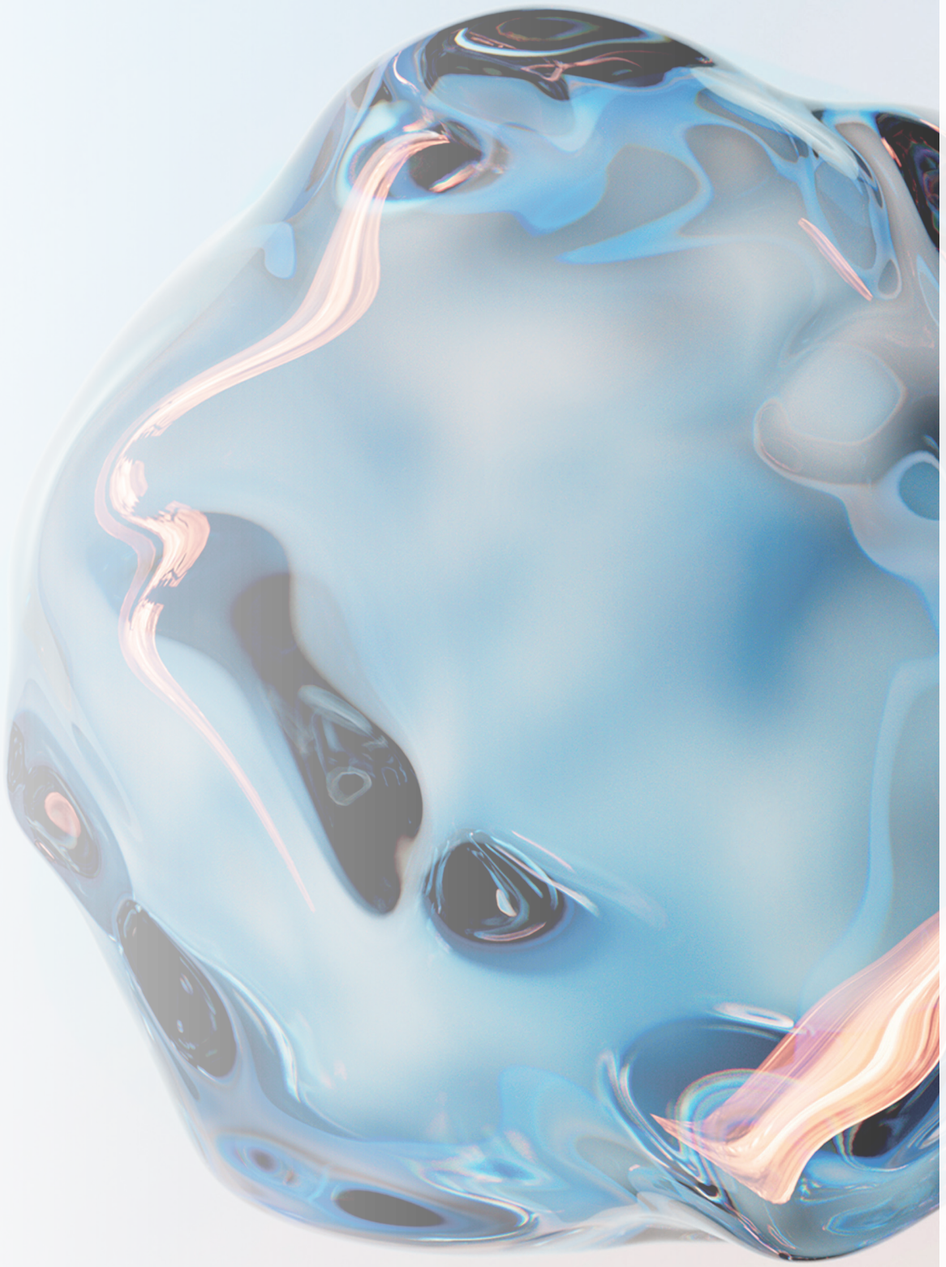
LES CAS DU CONGRÈS

CID 2026

Pau

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

ÉDITORIAL



Chers collègues,

Le congrès annuel de la FFFCEDV annonce, comme chaque année, l'arrivée du printemps dermatologique. Sous un soleil radieux et face à la chaîne des Pyrénées enneigée et lumineuse, il avait comme écrin le Palais Beaumont de Pau, accueillant des communications scientifiques de grande qualité, sans oublier l'hospitalité conviviale de nos collègues béarnais qui nous ont fait partager l'histoire (les maladies du bon roi Henri IV) et la culture médicale de cette région montagneuse du Béarn. Du château, celui de Fébus et Henri IV, au boulevard des Pyrénées, levons nos verres de Jurançon (vin du roi, roi du vin)...

Cet ouvrage est l'occasion d'exprimer nos remerciements aux dermatologues qui ont présenté 19 posters du « Coup d'œil du dermato », permettant aux congressistes d'exercer leur acuité diagnostique.

Notre reconnaissance s'adresse également au Club d'Iconographie Diagnostique (CID) et surtout à Géraldine Fleury, du Laboratoire Bioderma qui ont d'une part, garanti la réalisation de ces quiz visuels et, d'autre part, offert 3 récompenses :

- Les 2 prix de la salle permettant aux lauréats de remporter leurs participations au prochain congrès de l'EADV à Vienne (30 sept./3 oct. 2026) ou au prochain congrès de la FFFCEDV à Besançon (31 mars/2 avril 2027), attribués à nos collègues Dr. Agathe Labonnelie pour son cas « Une séance de sport qui tourne mal ! » et Dr. Thomas Bolzinger pour son cas « Un train peut en cacher un autre ».

- Le prix du CID, d'un montant de 1 500 euros, récompensant le dynamisme d'une association de FMC pour l'originalité et la qualité iconographique de ses posters attribué à l'association IDEAL (Internes en Dermatologie Et Assistants de Lille).

Nous vous donnons rendez-vous pour un nouveau « Coup d'œil du dermato » au 40e congrès de la FFFCEDV du 31 mars au 2 avril 2027, à Besançon, capitale de la Franche-Comté dominée par la citadelle de Vauban.

Nous pourrons y savourer des saucisses de Morteau et de Montbéliard, du Comté et du Mont d'Or, accompagnés par les vins du Jura.

En attendant, nous vous souhaitons bonne lecture de ces coups d'œil qui ne peuvent qu'exciter votre perspicacité dermatologique.

Michel Jeanmougin
Président du CID

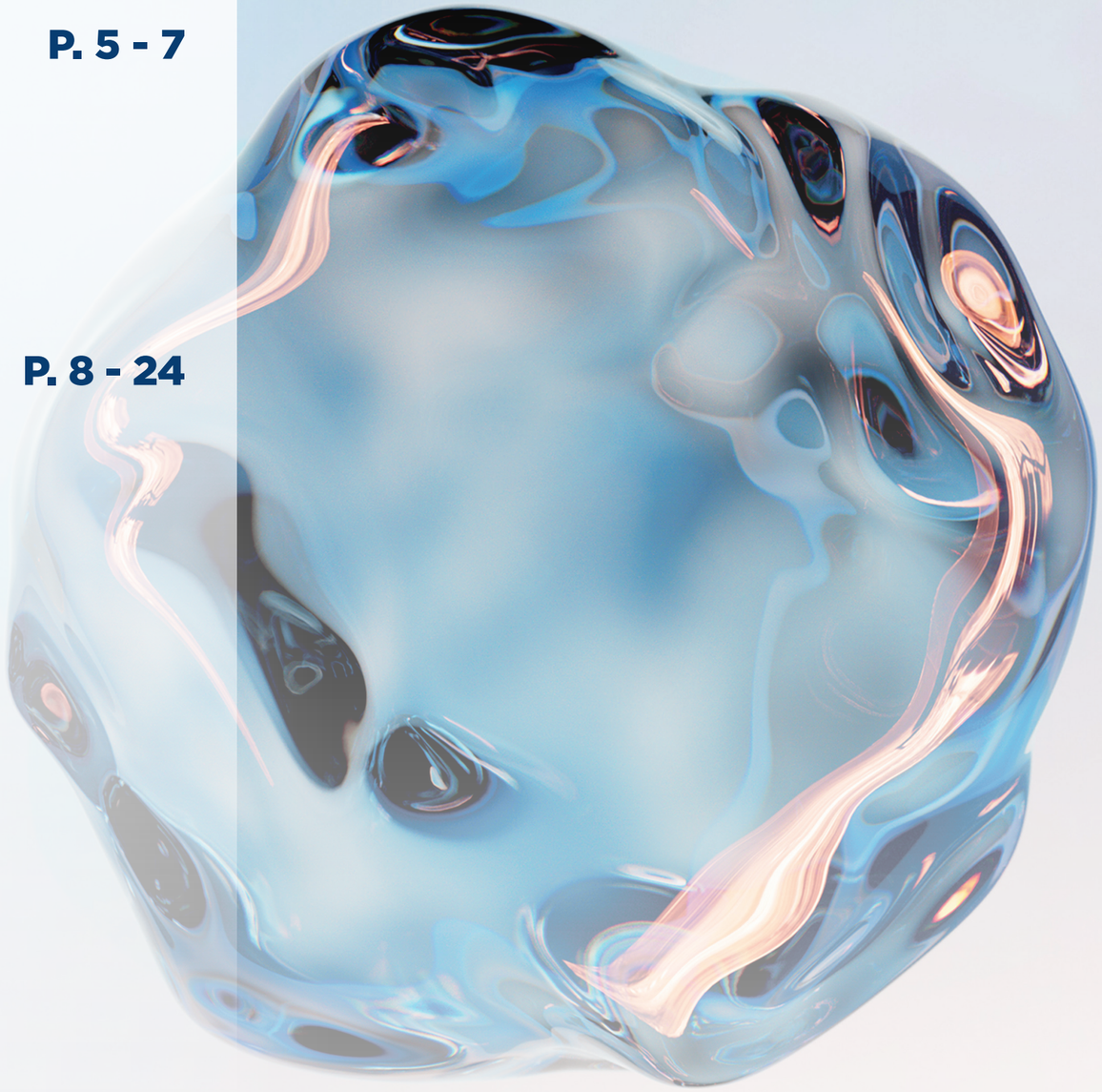
SOMMAIRE

LES POSTERS PRIMÉS **P. 5 - 7**

- 1ER PRIX DE LA SALLE
- 2E PRIX DE LA SALLE

LE COUP D'ŒIL DU DERMATO **P. 8 - 24**

TOUS LES POSTERS



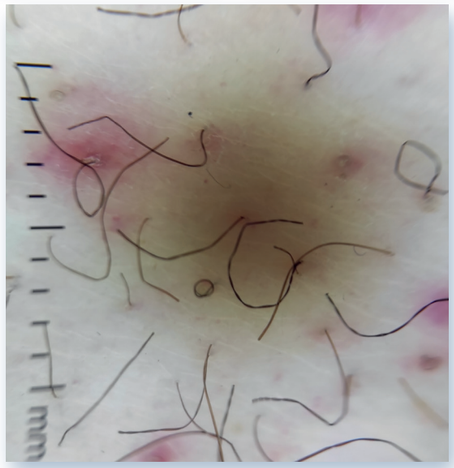
LES POSTERS **PRIMÉS**

1ER PRIX DE LA SALLE

Dr. Agathe LABONNELIE - P02

« UNE SÉANCE DE SPORT QUI TOURNE MAL ! »

Prise en charge de la participation à l'EADV 2026 – Vienne (Autriche)

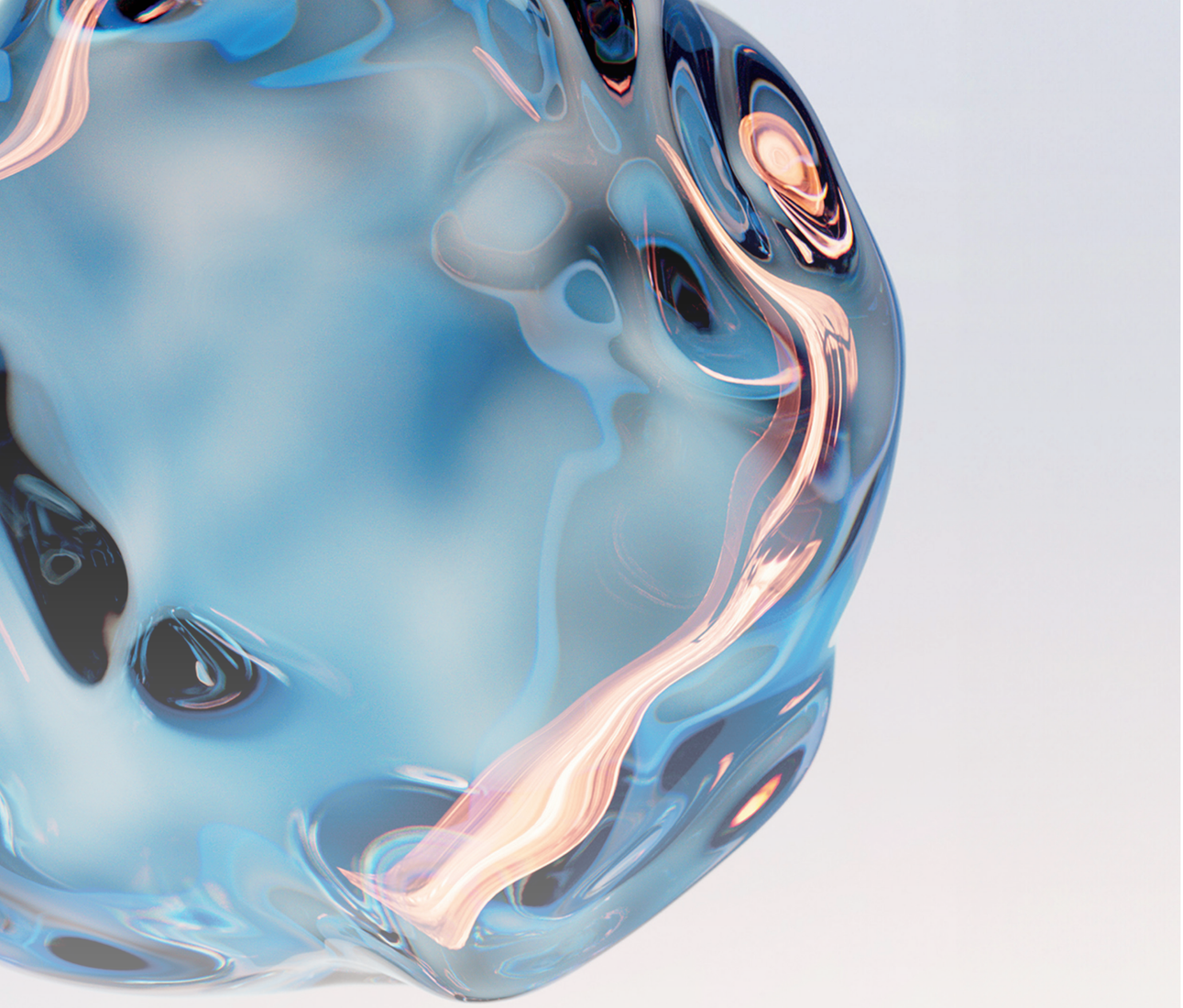


2E PRIX DE LA SALLE

Dr. Thomas BOLZINGER - P01

« UN TRAIN PEUT EN CACHER UN AUTRE »

Prise en charge de la participation à la FFFCEDV 2027 – Besançon



LE COUP D'ŒIL
DU DERMATO

Drs T. BOLZINGER, C. LINDER
ASSOCIATION PEAU PYRENEES

Le coup d'œil
DU DERMATO

P-01 - UN TRAIN PEUT EN CACHER UN AUTRE

Madame Valérie M ,48 ans, est une passionnée de plongée sous marine puisqu'elle part fêter sa 500ème plongée en Thaïlande. Un stage intensif est prévu avec 4 plongées par jour pendant 5 jours. Les 4 plongées de la première journée se sont déroulées sans problème (4 plongées de 1 h a 25 mètres de profondeur avec un intervalle surface de 2 heures) sans effort physique intense et sans erreur de procédure .La température de l'eau est a 29°C. Elle présente dès le premier soir des sensations de brûlures et de douleurs sur la cuisse gauche et sur le sein (plaques chaudes erythémateuses livédoïdes) qui s'estompent dans la nuit après 1 gr de Paracétamol; aucun autre signe et en particulier pas de dyspnée. Les lésions réapparaissent lors de la troisième plongée du deuxième jour, identiques sur la hanche controlatérale et sur le bras, sans autre manifestation en particulier respiratoire.

Quel est votre diagnostic ?

- Réactions toxiques avec des coraux
- Piqûres de méduses
- Accident de plongée par désaturation

Commentaires

Il s'agit d'un **accident de désaturation.** Notre patiente a bénéficié d'une oxygénothérapie NORMObare sur le bateau puis dès son retour d'un caisson hyperbare (10 séances de 2 heures). Un FOP (foramen ovale perméable) significatif est mis en évidence, contre indiquant définitivement la plongée. Elle gardera des tendinopathies douloureuses des hanches.

Cette observation est intéressante à plusieurs titres:
1/le coup d'œil clinique et l'anamnèse suffisent au diagnostic d'accident de désaturation,
2/ les manifestations respiratoires ne sont pas obligatoires,
3/le FOP doit être recherché même après 500 plongées sans problème,
4/l'absence de traitement en urgence expose à des séquelles à long terme.

Plusieurs manifestations cutanées peuvent apparaître suite a une plongée: urticaire ,livedo réticulaire et livedo racémosa. Ce dernier est considéré comme un accident de décompression grave ,d'origine ischemique par embolisation gazeuse artérielle. Il est souvent associé à un shunt droit gauche et à des manifestations neurologiques qui en font sa gravité .

Le livédo racémosa est une urgence médicale qui nécessite une oxygénothérapie hyperbare rapide .

1)Germonpré P., Dendale P., Unger P., Balestra C. Patent foramen ovale and decompression sickness in sports divers. J. Appl. Physiol 1998, 84, 1622-6.
2)Germonpré P., Balestra C., Obeid G., Caers D. Cutis marmorata skin decompression sickness is a manifestation of brainstem bubble embolization, not of local skin bubbles. Med. Hypotheses 2015, 85, 863-9.
3)Wilmshurst P. T. Cutis marmorata and cerebral arterial gas embolism. Diving Hyperb. Med.2015, 15,261.
4)Hartig F, et al. - Livedo racemosa - The pathophysiology of decompression - associated cutis marmorata and right/left shunt. Front Physiol. 2020. 11, 994.

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Tous nos remerciements au Laboratoire
BIODERMA pour son soutien à
la réalisation de ce poster

Le coup d'œil
DU DERMATO

Drs A. LABONNELIE, P. LE BOZEC
DERM O VAL

P-02- **UNE SÉANCE DE SPORT QUI TOURNE MAL !**

Cet homme de 33 ans, informaticien, ayant un antécédent d'épilepsie traitée par levetiracetam et oxcarbamazepine, consulte pour des plages ecchymotiques et purpuriques d'apparition rapidement progressive suite à une séance de fitness. Il déclare la prise de kétoprofène pour soulager ses douleurs musculaires juste après sa séance.

Quel est votre diagnostic ?

- Hémophilie acquise
- Scorbut
- Vascularite médicamenteuse

Commentaires

Il s'agit d'un **scorbut** (carence en vitamine C), la vitamine C était indétectable au bilan biologique.
La dermoscopie montrait des éléments caractéristiques du scorbut avec des dystrophies pilaires en tire bouchon et un purpura péri-folliculaire parfois hyperkératosique.
La clinique était évocatrice de scorbut devant des complications ecchymotiques/hemorrragiques et des myalgies.
Suite à un interrogatoire minutieux, le patient nous a confié qu'il se nourrissait uniquement de Pasta Box.
La prise en charge a consisté en une supplémentation orale en vitamine C et des consultations diététiques régulières.

Schweich M, De VA, Sacré F, Bernard V, Michels V. Le cas clinique du mois. Scorbut, maladie historique ? Rev Med Liege. 2018
Manifestations cutanées de carences nutritionnelles Rev Med Suisse 2019 ; 15 : 2125-30

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.

Le coup d'œil
DU DERMATO

Dr Léa GARCIA,
GHEF site de Jossigny
DERM O VAL

P-03 - **PIQÛRE DE RAPPEL**

Ce patient de 74 ans, sans antécédent, est hospitalisé pour éruption cutanée fébrile. L'histoire débute fin septembre 2025, au retour d'un séjour au Maroc, par un syndrome pseudo-grippal fébrile (39,5 °C). La mise sous amoxicilline est suivie dès J1 de l'apparition d'une éruption cutanée diffuse épargnant le visage. Biologiquement existent un syndrome inflammatoire majeur (CRP 231 mg/L), une hyponatrémie et une cytolyse hépatique modérée (2N). Le bilan infectieux est négatif.

Quel est votre diagnostic ?

- Exanthème maculo-papuleux lié à l'amoxicilline
- Rickettsiose (fièvre boutonneuse)
- Dermatose neutrophilique type Sweet

Commentaires

Il s'agit d'une **rickettsiose**. Chez notre patient, l'examen a révélé une lésion croûteuse sur la jambe droite, suspecte d'être l'escarre d'inoculation. Il a été traité de manière probabiliste par doxycycline (200 mg/jour pendant 7 jours) avec résolution rapide des symptômes.

La première sérologie rickettsiose réalisée précocement était négative.

La biopsie cutanée a montré des lésions de vascularite avec quelques parois vasculaires en nécrose fibrinoïde et des hématies extravasées, compatibles avec une rickettsiose mais non spécifiques.

La PCR sur la biopsie de l'escarre a confirmé la présence de Rickettsia conorii et la sérologie de contrôle à J15 a révélé une séroconversion, confirmant l'infection.

Ce cas illustre l'importance de rechercher l'escarre d'inoculation et de débuter un traitement empirique chez les patients suspects de rickettsiose.

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE
Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE
Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster

Le coup d'œil
DU DERMATO

Drs L. GARCIA, A. ALIRKILICARSLAN
GHEF site de Jossigny
DERM O VAL

P-04 - **TROMPE L'ŒIL FACIAL**

Cette patiente de 55 ans, ayant pour seul antécédent un phénomène de Raynaud évoluant depuis une dizaine d'années est adressée pour un érythème et un œdème du visage évoluant depuis 4 mois, avec une lésion médio-frontale indurée et ulcérée. L'examen montre un nodule sous-cutané occipital, un œdème des doigts sans véritable sclérodactylie, une dépigmentation du dos des mains ainsi que de multiples télangiectasies du dos, du décolleté et des paumes.

Biologiquement, il n'existe pas de syndrome inflammatoire biologique; les FAN sont positifs à un titre >1/320 avec des anticorps anti-SSA positifs ; les panels myosite et sclérodermie sont négatifs. Le TDM TAP est sans particularité.

Quel est votre diagnostic ?

- Syndrome CREST
- Dermatomyosite
- Angiosarcome

Commentaires

La première biopsie cutanée montrait un infiltrat dermique non spécifique avec œdème discret, un infiltrat éosinophilique et des capillaires ectasiques sans atypie et une IFD négative.

L'atteinte du visage s'était aggravée de manière spectaculaire en seulement un mois, conduisant à la réalisation de nouvelles biopsies, confirmant alors l'**angiosarcome cutané**.

Le bilan d'extension par TEP-TDM révéle des métastases ganglionnaires (cervicales et médiastinales) et pulmonaires.

La patiente a été traitée par chimiothérapie.

Le diagnostic d'angiosarcome cutané est trompeur et souvent retardé, en raison d'une présentation clinique et histologique initiales souvent peu spécifiques. La rapidité de l'évolution et la progression cutanée infiltrée doivent alerter et justifient la répétition des biopsies.

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.

Le coup d'œil
DU DERMATO

Dr Sophie GAUDRON
DERM O VAL

P-05 - **UN EXANTHÈME PAS SI INNOCENT**

Cet homme de 61 ans, récemment opéré de la cataracte, est hospitalisé pour une altération de l'état général avec à la biologie un tableau d'anémie hémolytique auto immune (AHAI) et une sérologie CMV positive en IgM et IgG avec PCR + 2log. Le diagnostic retenu est AHAI sur primo infection CMV.

Sur le plan cutané existe un exanthème maculeux du tronc et du visage, évoluant depuis quelques semaines (apparu 15 jours après la chirurgie de la cataracte).

Quel est votre diagnostic ?

- Exanthème viral dans le contexte de primo infection CMV
- DRESS à l'anesthésiant utilisé lors de la chirurgie de la cataracte
- Localisation cutanée de lymphome

Commentaires

Il s'agit d'une **localisation cutanée de lymphome T angio immunoblastique** (LAI), prouvée par la biopsie cutanée. Le TDM TAP met en évidence des adénopathies sus et sous diaphragmatiques avec splénomégalie; la biopsie ganglionnaire a permis de confirmer le diagnostic de LAI.

Le LAI affecte en général l'adulte de 60-70 ans et se manifeste par une AEG avec fièvre, des polyadénopathies, +/- hépato-splénomégalie .

L'atteinte cutané (exanthème maculopapuleux mimant une toxidermie ou un exanthème viral) est présente dans 40% des cas et dans 1/3 des cas représente le 1er symptôme.

Biologiquement peuvent exister une anémie hémolytique, une éosinophilie, une hypergammaglobulinémie...

Le traitement repose sur la polychimiothérapie. La survie globale à 5 ans est à 48%.

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Tous nos remerciements au Laboratoire
BIODERMA pour son soutien à
la réalisation de ce poster

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Tous nos remerciements au Laboratoire
BIODERMA pour son soutien à
la réalisation de ce poster

Le coup d'œil
DU DERMATO

Drs S. GAUDRON et M. MACHADO
Hôpital de Marne la Vallée
DERM O VAL

P-06 - **PEMPHIGUS... ET INVITÉ SURPRISE**

Les antécédents de cette patiente de 70 ans sont un pemphigus à IgA en rémission sous Disulone, une infection pulmonaire à Mycobactérium avium en 2023 (traitée par chirurgie dans l'hypothèse initiale d'un cancer), un diabète de type 2 et une HTA.Lors du suivi de son pemphigus, on constate des lésions ulcéro-bourgeonnantes du bras, du dos, de la cuisse et une lésion d'allure kystique sous cutanée du dos de la main, associées à un tableau d'arthrite de cheville gauche et de douleur avec impotence fonctionnelle de la hanche droite

Quel est votre diagnostic ?

- Nocardiose
- Infection à mycobactérie atypique
- Actinomycose

Commentaires

Le bilan radiologique complémentaire ainsi que les prélèvements à visée histologique et microbiologique (sur biopsie cutanée + ponction de collection glutéale) ont révélé qu'il s'agit d'une **infection disséminée à Mycobacterium avium,** avec atteinte cutanéo-sous-cutanée et ostéoarticulaire.

L'évolution a été favorable sous trithérapie (Azithromycine + Rifabutine + Ethambutol)

Les infections disséminées à Mycobactérie atypique sont classiquement décrites chez les patients VIH +. Notre patiente était séro-négative pour le VIH mais le bilan révélait une lymphopénie sévère sans cause retrouvée à ce jour.

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.

Le coup d'œil
DU DERMATO

Drs C. THIEBAUT, C. ALATERRE, M. CRINQUETTE, G. DELZENNE & Pr D. STAUMONT
IDEAL

P-07 - **PAPULES PIÉGEUSES**

Ce patient de 38 ans, sans antécédant notable, consulte pour une éruption papuleuse non prurigineuse, évoluant depuis une semaine, prédominante sur le tronc et épargnant les paumes, les plantes et les muqueuses. Il rapporte une asthénie concomitante, sans hyperthermie. Il n'y a pas eu d'introduction médicamenteuse récente.

Quel est votre diagnostic ?

- Maladie hématologique (leucémides, lymphome cutané)
- Syphilis
- Granulomatose diffuse

Commentaires

Devant cette éruption papuleuse avec altération de l'état général, une atteinte cutanée d'une leucémie ou d'un lymphome T-médiés, ainsi que le VIH et la syphilis doivent être évoqués.

Pour ce patient, le bilan hématologique avec recherche de cellules de Sézary est négatif. La biopsie objective un aspect granulomateux avec cellules géantes multinucléés et infiltrat lympho-plasmocytaire dermique. La sérologie ainsi que l'immuno-histochimie étaient positives aux anticorps anti-spirochètes.

Il s'agit donc d'une **syphilis secondaire**, papulo-nodulaire, granulomateuse.

Les formes granulomateuses sont plus fréquemment associées aux stades tertiaires et témoignent habituellement de formes plus tardives, en lien avec une inflammation chronique et une localisation plutôt dermique qu'épidermique.

Le patient a été traité avec succès par PENICILLINE G 2,4mU 1 inj/sem pendant 3 semaines.

Rysgaard et al. Nodular secondary syphilis with associated granulomatous inflammation, Journal of Cutaneous Pathology, 2014.
Lim et al. Granulomatous secondary syphilis: two case reports and a literature review, Clinical and Experimental Dermatology, 2025.

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Tous nos remerciements au Laboratoire
BIODERMA pour son soutien à
la réalisation de ce poster

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Tous nos remerciements au Laboratoire
BIODERMA pour son soutien à
la réalisation de ce poster

Drs M. DAMIE, C. ALATERRE, B. MILLE,
IDEAL

P-08 - **NEZ TROMPEUR**

Figure a : avant diagnostic

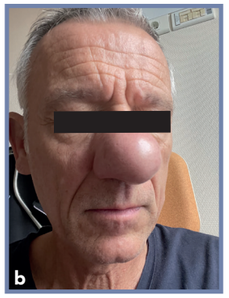


Figure b : réaction œdémateuse pendant traitement

Figure c : après guérison

Cet homme de 58 ans, suivi pour une leucémie lymphoïde chronique (LLC) de stade A, consulte pour l'augmentation progressive du volume nasal avec télangiectasies, résistante à l'isotrétinoïne et au laser. Secondairement, apparaissent des érythermalgies avec infiltrats érythémateux des oreilles et des orteils.

Quel est votre diagnostic ?

- Rhinophyma sur rosacée
- Atteinte cutanée nasale de la leucémie lymphoïde chronique
- Sarcoïdose avec lupus pernio

Commentaires

La biopsie cutanée confirme la **localisation cutanée de la LLC** connue, sans rosacée sous-jacente. Un traitement par Obinutuzumab et Venetoclax est initié; à noter une réaction œdémateuse nasale au cours d'une cure (figure b). Les lésions extra-nasales régressent complètement, mais une infiltration nasale atypique persiste (figure c).

Les atteintes cutanées spécifiques de la LLC sont rares (<10 %), résultant d'une infiltration dermique par les cellules leucémiques. Leur présentation polymorphe, parfois pseudo-tumorale, peut mimer des dermatoses plus fréquentes comme le rhinophyma ou une sarcoïdose. Le diagnostic repose sur l'histologie et l'immunohistochimie (lymphocytes B CD5+, CD20+, CD23+).

Cette observation illustre la rareté des localisations nasales et l'importance de la biopsie devant toute lésion infiltrée atypique.

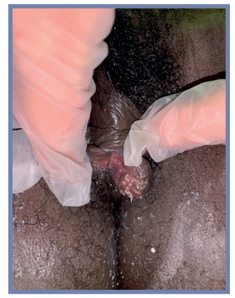
Morozova EA, Olisova OY, Nikitin EA. Cutaneous manifestations of B-cell chronic lymphocytic leukemia. Int J Hematol. 2020 ;112(4):459-65.
Agnew KL, Ruchlemer R, Catovsky D, Matutes E, Bunker CB. Cutaneous findings in chronic lymphocytic leukaemia. Br J Dermatol. 2004 ;150(6):1129-35.
Robak E, Robak T. Skin lesions in chronic lymphocytic leukemia. Leuk Lymphoma. 2007 ;48(5):855-65.

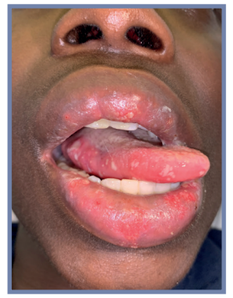
Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.

Le coup d'œil
DU DERMATO

Drs L. CASSIMAN, J. BOO, B. MILLE
CHU de Lille
IDEAL

P-09 - **SILENCE DIGESTIF, TEMPÊTE CUTANÉE**





Cette patiente de 21 ans, ayant pour antécédent un épisode d'iléite terminale à 16 ans, est hospitalisée dans le service de médecine interne pour un tableau de fièvre prolongée et d'altération de l'état général. Un avis dermatologique est demandé devant la présence de lésions douloureuses, pustuleuses, blanchâtres et confluentes de la muqueuse buccale et génitale.
Il existe également des nouures des deux jambes.
Biologiquement, on note un syndrome inflammatoire important avec CRP à 333mg/L et une polynucléose neutrophile à 10G/L.

Quel est votre diagnostic ?

- Maladie de Behçet
- Pyostomatite pyodermite végétante
- Tuberculose

Commentaires

Il s'agit d'une **pyostomatite pyodermite végétante (PPV)** satellite d'une maladie de Crohn quiescente.

La PPV est une affection rare, marqueur étroitement associé aux maladies inflammatoires chroniques des intestins, son apparition précédant ou accompagnant les poussées de la maladie digestive. Les lésions muqueuses sont pustuleuses, aseptiques puis érosives typiquement décrites en « bave d'escargot ».

Le traitement repose sur la corticothérapie générale, qui a été très rapidement efficace chez cette patiente. En cas de corticoresistance ou dépendance, peuvent être utilisés la dapsone ou les anti-TNF alpha. (Ceci n'a pas été nécessaire dans notre cas.)

Nico M.M.S. et coll., J Oral Pathol Med. 2012.
Katsanos K.H. et coll., Aliment Pharmacol Ther. 2015.

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Tous nos remerciements au Laboratoire
BIODERMA pour son soutien à
la réalisation de ce poster

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Tous nos remerciements au Laboratoire
BIODERMA pour son soutien à
la réalisation de ce poster

Drs C. BIVER DALLE, Y. BOUREZANE
ASFODER

P-10 - « HALLUX CORNUX »

1

2

Cette patiente de 58 ans a été opérée le 07 juillet 2025 par un chirurgien plasticien d'une lésion de l'hallux droit (photo 1), d'évolution progressive sur plusieurs mois. Elle consulte en urgence au cabinet un mois plus tard, fâchée contre ce chirurgien, car sa lésion a rapidement récidivée... en pire (photo2) ! Qu'en pensez-vous?

Quel est votre diagnostic ?

- Carcinome épidermoïde en exérèse incomplète donc récidivant (photo 1 et 2)
- Fibromyxome superficiel acral (photo 1) compliqué en post opératoire d'un botriomycome (photo 2)
- Tumeur de Koenen (photo 1) avec verrue sur le lit cicatriciel en post opératoire (photo 2)

Commentaires

Il s'agit bien au départ d'un **fibromyxome superficiel acral**, d'exérèse complète, compliqué en post opératoire rapide (à J 10) d'un **botriomycome**, dont l'exérèse a permis la guérison complète.

Le fibromyxome acral superficiel est une tumeur rare des tissus mous, bénigne et à croissance lente, localisée le plus souvent aux extrémités, avec une prédilection pour le gros orteil et se développant à partir de l'appareil unguéal. Du fait de ses caractéristiques non spécifiques et de sa rareté, son diagnostic clinique est difficile.

A l'opposé, le botriomycome est une tumeur bénigne relativement fréquente, correspondant à une hyperplasie vasculaire post opératoire ou post plaie chronique notamment des extrémités. Sa croissance rapide, son aspect achromique et friable saignant facilement au contact doivent néanmoins faire éliminer un mélanome achromique.

Starace M, Vezzoni R, et Al. Fibromyxome acral superficiel : caractéristiques cliniques, dermoscopiques et histologiques d'une tumeur unguéale rare. J Eur Acad Dermatol Venereol. 5 avril 2023. doi : 10.1111/jdv.19101. PMID : 37016967.

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.

Le coup d'œil
DU DERMATO

Drs C. BIVER DALLE, P. COLPART
ASFODER

P-11 - UNE EMPREINTE DÉROUTANTE...

Ce patient de 65 ans, phototype III avec héliodermie, est venu pour un dépistage cutané. La lésion pigmentée pré tibiale droite,acquise depuis quelques mois, attire votre attention par son patron dermoscopique en empreinte digitale...

Quel est votre diagnostic ?

- Kératose séborrhéique
- Lentigo
- Maladie de Bowen pigmentée

Commentaires

L'aspect en « empreinte digitale » du patron dermoscopique de cette lésion pigmentée de jambe rend difficile son interprétation : plus classique pour les lentigos palmo-plantaires avec pattern des crêtes et sillons (lié aux dermatoglyphes) ou pour certaines kératoses séborrhéiques.

Le pattern linéaire de notre lésion se termine en périphérie par endroits par de petits globules (photo 2 : à 1h, 5h, 9h et 11h), décrits dans la maladie de Bowen pigmentée.

A ma connaissance, ce type de patron n'a pas été décrit pour les lentigos.

L'analyse histologique de la lésion a pourtant confirmé l'impression clinique de **lentigo**.

Gourhant J.-Y. Les lignes en dermatoscopie. Dermato Mag (2021), . 9(N° Supp 2), 19-23.

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Tous nos remerciements au Laboratoire
BIODERMA pour son soutien à
la réalisation de ce poster

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Tous nos remerciements au Laboratoire
BIODERMA pour son soutien à
la réalisation de ce poster

Le coup d'œil
DU DERMATO

Drs C. JAULENT, C. GRAVERIAU
ADLL

P-12 - LA PUISSANCE D'UN GOMMAGE EXFOLIANT...

Cette patiente de 76 ans, traitée par amitryptiline et alprazolam pour des troubles du sommeil, consulte pour ces larges placards eczématisés, excoriés, à bordure nette. Le prurit, coté à 9/10, est insomniant. La dermatose évolue depuis 6 mois selon la patiente. Elle ne rapporte pas de voyage, pas d'animal domestique, son mari n'est pas atteint.

Elle décrit des grains d'un gommage préalable qui « sortent de sa peau »...

Quel est votre diagnostic ?

- Lymphome cutané
- Toxidermie
- Dermatophytie généralisée

Commentaires

Il s'agit d'une **dermatophytie généralisée**. La biopsie cutanée retrouvait un PAS positif et le prélèvement mycologique était positif à Trichophyton rubrum. L'évolution a été favorable sous terbinafine orale, prise pendant plusieurs mois pour traiter l'atteinte unguéale. Un large bilan n'a pas révélé de facteur d'immunodépression chez cette patiente.

La dermatophytie généralisée (DG) touche souvent l'adulte, particulièrement immunodéprimé. Plusieurs études signalent l'ichtyose comme facteur de risque. Le tableau clinique est souvent aggravé par la prescription de dermocorticoïdes. L'association à l'atteinte des ongles et du cuir chevelu est fréquente. Le T. rubrum est l'espèce la plus souvent incriminée.

Ici, il ne s'agissait pas d'un T. indotineae (ou T. mentagrophytes de type VIII) qui, du fait d'une mutation du gène de la squalène epoxidase enzyme, est naturellement résistant à la terbinafine. Le T. indotineae concerne principalement des patients originaires ou ayant effectué des voyages dans le subcontinent indien (Inde, Bangladesh, Birmanie, Sri Lanka), et ne touche pas le cuir chevelu ni les ongles. Son traitement repose sur l'itraconazole, avec surveillance au long cours (rechutes fréquentes).

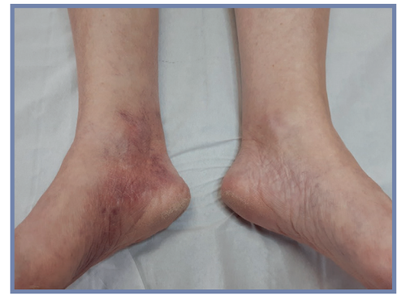
Frikha, Annales de Dermatologie, 2018
Karaa, Annales de Dermatologie 2022

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.

Le coup d'œil
DU DERMATO

Dr Catherine PANNEQUIN
Association des dermatologues de Haute Savoie

P-13 - UNE DRÔLE DE CHEVILLE



Cette patiente de 73 ans est adressée par l'angiologue, pour ces lésions de la cheville droite qui s'étendent lentement depuis 18 mois. Le bilan phlébologique est sans particularité. Elle n'a aucun antécédent notable en dehors d'une allergie à la pénicilline et ne présente aucun signe fonctionnel, ni local, ni général.

Quel est votre diagnostic ?

- Mycosis fongoïde
- Dermite ocre
- Autre

Commentaires

Il s'agit d'une **acrodermatite chronique atrophiante**.

La sérologie borréliose a confirmé le diagnostic : anticorps IgG à 240 UA/mL (normale < 10) et score de l'immunoblot IgG positif, de même que la biopsie.

Un traitement par Doxycycline à 200 mg/j pendant 28 jours a été prescrit selon les recommandations de l'HAS.

Pour la petite histoire, connaissant le diagnostic j'ai testé Chat GPT en lui donnant les éléments d'anamnèse et les photos, une longue liste de diagnostics a été proposée dont dermite ocre, mycosis fongoïde, livedo racemosa ... mais pas de maladie de Lyme, et cela même en lui précisant « atrophie cutanée ».

La morale de cette histoire, c'est que nous sommes encore utiles, nous dermatologues non virtuels !!!

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Tous nos remerciements au Laboratoire
BIODERMA pour son soutien à
la réalisation de ce poster

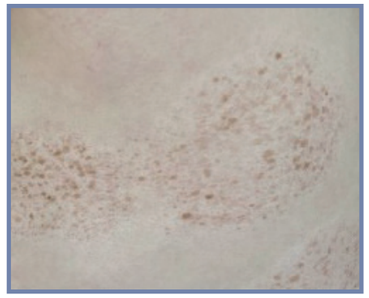
BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Tous nos remerciements au Laboratoire
BIODERMA pour son soutien à
la réalisation de ce poster

Le coup d'œil
DU DERMATO

Dr Anne Caroline COTTENCIN
FEDERM 59-62

P-14 - **UNE PIGMENTATION ANIMALE**



Ce patient né en 1971, aux antécédents de syndrome métabolique, consulte pour ces lésions pigmentées du tronc acquises à l'âge adulte.

Quel est votre diagnostic ?

- Syndrome léopard
- Naevus spilus
- Autre

Commentaires

Il s'agit d'une **lentiginose post psoriasique**, taches pigmentaires séquellaires de plaques de psoriasis chez un patient sous biothérapie ; à distinguer d'une pigmentation post inflammatoire.

En histologie on trouve une hyperpigmentation de la basale associée à une hyperplasie mélanocytaire discrète, à l'inverse de la pigmentation post inflammatoire beaucoup plus homogène et qui correspond à une pigmentation dermique sans prolifération mélanocytaire.

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.

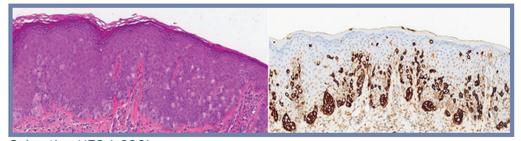
BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Tous nos remerciements au Laboratoire
BIODERMA pour son soutien à
la réalisation de ce poster

Le coup d'œil
DU DERMATO

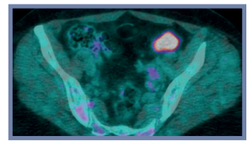
Drs M. AMIOT[1], F. BRUNET-POSSENTI[2]
[1]Hôpital Saint Louis, service d'oncodermatologie, Paris
[2]Hôpital Bichat, service de dermatologie, Paris

P-18 - **UN PRURIT VULVAIRE D'ORIGINE SECONDAIRE**



Coloration HES (x200)

IHC CK7



Coupe transversale TEP

Cette femme de 50 ans, sans antécédent, consulte pour un prurit vulvaire évoluant depuis un an, avec des plaques hypo pigmentées vulvaires et de la région périnéale. La biopsie cutanée montre un épiderme hyperplasique avec de nombreuses cellules de grande taille au cytoplasme abondant, pâle et aux noyaux atypiques. L'immunohistochimie objective une nette positivité de la cytokératine 7 (CK7) et l'absence d'expression de la CK20.

Un bilan d'extension par TEP scanner met en évidence une hyperfixation sigmoïdienne gauche suspecte.

Quel est votre diagnostic ?

- Lichen scléreux vulvaire
- Maladie de Paget secondaire
- Dermatose spécifique au cours d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI)

Commentaires

Il s'agit d'une **maladie de Paget vulvaire** associée à un adénocarcinome colique.

L'histologie est typique de cette tumeur intra-épithéliale rare qui se présente le plus souvent sous forme de plaques érythémato-squameuses très prurigineuses. Des formes hypopigmentées sont possibles et seraient un facteur de mauvais pronostic [1]. La maladie peut être primaire ou secondaire à une tumeur maligne sous-jacente principalement colique, gynécologique ou urologique. La recherche d'un cancer synchrone est fortement encouragée [2].

Dans le cas de notre patiente, un cancer colique a été mis en évidence et traité par chirurgie et chimiothérapie adjuvante, permettant la régression des lésions de Paget.

[1] Mazzoletti V, et al. Hypopigmentation as a diagnostic clue in primary extramammary Paget disease: Case report and short literature review. Austral. J. Dermatol 2023;
[2] Kibbi N., et al. Recommended guidelines for screening for underlying malignancy in extramammary Paget's disease based on anatomic subtype. JAAD 2025.

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.

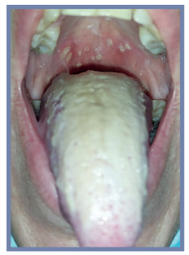
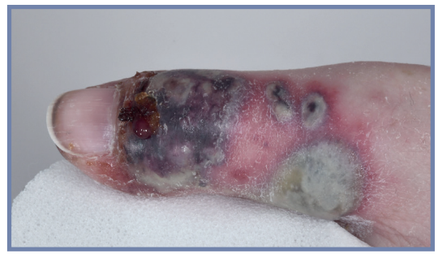
BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Tous nos remerciements au Laboratoire
BIODERMA pour son soutien à
la réalisation de ce poster

Le coup d'œil
DU DERMATO

Drs C. FREHRING, M. DAUDE
CHU Nantes, Dermatologie

P-19 - DES PUSTULES QUI INTERROGENT

Cette femme de 41 ans, atteinte d'une spondylarthite akylosante, consulte pour l'apparition depuis 15 jours de lésions buccales douloureuses avec anorexie, fièvre (sans adénopathie) et altération de l'état général. Une antibiothérapie par amoxicilline et acide clavulanique avait été débutée en ville, sans efficacité. A l'examen existent un placard douloureux inflammatoire et purulent du pouce, des pustules du voile du palais et dela vulve ainsi que des plaques infiltrées du tronc et des quatre membres.
Le bilan biologique objective un syndrome inflammatoire biologique (CRP 61 mg/L), une hyperleucocytose à 11.3G/L dont 6.9 de PNN.

Quel est votre diagnostic ?

- Panaris herpétique
- Candidose
- Syndrome de Sweet

Commentaires

Il s'agit d'un **syndrome de Sweet** idiopathique.

Ce diagnostic est évoqué devant ces lésions pustuleuses, aseptiques, associées à des papules dermiques très évocatrices du tronc et des membres et à un syndrome inflammatoire biologique. Il est confirmé par l'examen histologique caractéristique : abondant infiltrat dermique de polynucléaires neutrophiles et oedème sous la jonction dermoépidermique.

Le traitement par Prednisone (0,5 mg/kg) a permis une franche amélioration des symptômes.

Tous nos remerciements au Laboratoire BIODERMA pour son soutien à la réalisation de ce poster.

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Tous nos remerciements au Laboratoire
BIODERMA pour son soutien à
la réalisation de ce poster

NOTES :

NOTES :

NAOSPro

À VOS CÔTÉS,
POUR VOUS ACCOMPAGNER DANS
VOTRE PRATIQUE QUOTIDIENNE

SUIVEZ L'ACTUALITÉ DERMATOLOGIQUE

Consultez nos comptes-rendus de congrès

ENTRAÎNEZ-VOUS

Cas cliniques rédigés par des experts

INFORMEZ-VOUS

Webinaires, vidéos de formation, publications scientifiques réalisés par des spécialistes

DÉCOUVREZ NAOS

Fiches posologiques, catalogues produits, analyse de nos formules

Retrouvez tous nos services sur
ask.naospro.fr

NAOSPro vous est proposé en collaboration avec

INSTITUT ESTHEDERM PARIS — BIODERMA LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE — état pur