

■ Revues générales

Les nouveaux migrants dermatologiques

RÉSUMÉ : Certaines dermatoses présentent souvent un profil clinique atypique voire déroutant lié à l'épidémiologie de l'origine des migrants mais aussi à celle du pays traversé lors de la migration et responsable d'un retard diagnostique, thérapeutique et d'un risque contagieux élevé pour les pays hôtes (leishmaniose cutanée, tuberculose, syphilis...). Un regain d'intérêt et une mise sous surveillance de ces revenants dermatologiques constituent le meilleur moyen de s'en prévenir.



**R. DHAOUI, M. BEN SLIMANE,
F. RABHI, K. JABER**
Service de Dermatologie,
Hôpital Militaire, TUNIS.

La dermatologie en mouvement ou en migration est un concept lié au changement du profil épidémioclinique des dermatoses à travers les régions du monde. Actuellement, avec les conflits dans certaines régions de la planète et les vagues d'immigration massives, nous assistons dans les pays hôtes à la réapparition de certaines dermatoses – notamment infectieuses – presque disparues. Ces dermatoses présentent souvent un profil clinique atypique, voire déroutant, lié à l'épidémiologie de l'origine des migrants mais aussi à celle du pays traversé lors de la migration, responsable d'un retard diagnostique et d'un risque contagieux élevé (leishmaniose cutanée, tuberculose, syphilis et bien d'autres). Ainsi, il est nécessaire de s'informer et de connaître la nature de la pathologie à la source, seul et meilleur moyen de s'en prévenir.

■ La leishmaniose cutanée

La leishmaniose est une maladie causée par des protozoaires unicellulaires flagellés du genre *Leishmania*, un parasite qui infecte de nombreux mammifères, y compris l'homme. Il est transmis par un insecte vecteur, le phlébotome. La leishmaniose cutanée (LC) demeure un problème de santé majeur vu le risque de cicatrices indélébiles et la stigmatisa-

sation sociale qui en découle [1]. Il s'agit d'une maladie dynamique dont les conditions de transmission changent continuellement en fonction des facteurs comportementaux, environnementaux, démographiques et humains [2]. À côté de la lésion ulcéro-croûteuse typique, indolore et résistante au traitement antibiotique, d'autres formes de leishmaniose cutanée sont décrites, ceci étant sous la dépendance de l'espèce parasitaire et de l'inoculum, de la susceptibilité génétique et de l'immunité de l'hôte de même que du siège de la lésion [3].

Il est commun d'admettre que la plupart des cas de LC restent asymptomatiques [4]. Au niveau des jambes, les lésions sont souvent ulcérées (**fig. 1**), d'où la confusion possible avec les ulcères de jambes variqueux. La forme lupioïde, appelée également érysipeloïde, est de plus en plus décrite. Elle se présente sous forme de plaque érythémateuse et infiltrée du visage. La bordure est suré-



Fig. 1 : Forme ulcéreuse de leishmaniose cutanée de la jambe.

Revue générale

levée et l'ulcération inconstante [5]. La LC peut se présenter sous une forme pseudo-tumorale avec une plaque dure et bosselée mimant un dermatofibrosarcome (fig. 2) ou de multiples papules angiomateuses pseudo-kaposiennes des membres inférieurs.



Fig. 2 : Une leishmaniose cutanée mimant un dermatofibrosarcome.



Fig. 3 : Macrochéilite pseudo-tumorale révélant une leishmaniose cutanée.



Fig. 4 : Leishmaniose cutanée psoriasiforme.

Devant ce polymorphisme morphologique (fig. 3 et 4), un examen parasitologique est nécessaire avant d'entamer toute prise en charge thérapeutique. La PCR est particulièrement pertinente en cas de négativité de l'examen direct et pour l'identification de l'espèce parasitaire. Les alternatives thérapeutiques varient des traitements locaux aux traitements systémiques, en passant par les traitements physiques. Les antiseptiques peuvent suffire dans certains cas. Le choix du traitement dépend des antécédents médicaux du patient ainsi que de la taille, de la localisation et du nombre des lésions [6].

La tuberculose cutanée

La tuberculose est due au *Mycobacterium tuberculosis* aussi appelé bacille de Koch. Son incidence est 250 fois plus élevée dans les pays en voie de développement que dans les pays développés [7]. Cependant, on note une recrudescence de cette pathologie dans les pays industrialisés du fait de la co-infection par le VIH, de la baisse de la lutte antituberculeuse et surtout des mouvements migratoires de plus en plus nombreux. La localisation cutanée de la tuberculose représente 1 à 2 % [8].

La tuberculose cutanée (TC) est caractérisée par son très grand polymorphisme clinique. La classification de Beyt permet de diviser les lésions selon le mode d'infection. En effet, la TC d'origine exogène, faisant suite à l'inoculation directe du bacille dans la peau, regroupe le chancre tuberculeux, la tuberculose verruqueuse et certains cas de lupus tuberculeux. La TC endogène, secondaire à la diffusion du germe par contiguïté, par voie hématogène ou lymphatique, regroupe les scrofulodermes, la tuberculose orificielle, la miliaire cutanée, les gommès, le lupus tuberculeux et les tuberculides papulo-nécrotiques.

Cependant, des cas de TC ne correspondant à aucune des formes déjà citées



Fig. 5 : Tuberculose cutanée annulaire.

sont de plus en plus rapportés. Nous citons des cas de TC annulaire (fig. 5), des ulcérations rapidement extensives [9]. Le diagnostic positif est difficile, d'une part devant le polymorphisme clinique, d'autre part devant les difficultés à isoler le germe. L'examen direct et la culture sur milieu de Lowenstein-Jensen peuvent être négatifs. Parfois, le traitement est instauré sur un faisceau d'arguments sans preuve bactériologique. À l'histologie, la nécrose caséuse n'est pas constante.

Enfin, nous insistons sur l'importance d'évoquer la TC devant toute lésion traînante non seulement dans les pays endémiques, chez les émigrants ou chez les sujets atteints de VIH, mais aussi chez les patients autochtones et immuno-compétents.

La teigne

La teigne ou "*tinea capitis*" est une infection fongique superficielle commune du cuir chevelu affectant principalement les jeunes enfants. Depuis plusieurs décennies, les teignes à transmission anthropophile sont en augmentation dans les villes européennes [10]. Cette augmentation d'incidence s'explique par les vagues d'immigration que connaissent ces capitales. Elles sont dues à des dermatophytes dont le spectre a évolué au cours du temps. *Trichophyton violaceum* est le dermatophyte le plus importé du Maghreb vers les pays d'Europe [10].

POINTS FORTS

- La leishmaniose cutanée se présente classiquement comme une lésion ulcéro-croûteuse à bordure infiltrée mimant un ulcère de jambe chronique.
- Les formes atypiques de leishmaniose cutanée, à savoir la forme infiltrée de la face et la forme ulcérée (surtout des jambes), sont de plus en plus fréquentes.
- Devant toute lésion cutanée chronique, asymptomatique et siégeant dans les parties découvertes du corps, un prélèvement parasitologique à la recherche de corps de leishmanies est indiqué ou à défaut une biopsie cutanée.
- La tuberculose cutanée est toujours endémique au Maghreb et constitue de ce fait un diagnostic à toujours garder à l'esprit chez les patients émigrants.
- Le lupus tuberculeux et les écrouelles demeurent les formes cliniques prédominantes.
- La tuberculose cutanée reste un diagnostic plausible chez des sujets européens surtout immunodéprimés mais également chez les immunocompétents.
- La teigne, considérée autrefois comme une maladie des milieux défavorisés, est toujours d'actualité.
- Les formes typiques de teigne se voient essentiellement chez les enfants alors que les adultes présentent plus souvent une forme prise à tort pour un sycosis bactérien.
- La syphilis porte toujours aussi bien son surnom de grande simulatrice, d'autant plus que le télescopage des différents stades se voit de plus en plus.

Classiquement, il existe trois formes de teignes : tondante, inflammatoire et favique. Les teignes tondantes – les plus fréquentes – donnent des plaques alopéciques et squameuses. L'aspect clinique varie selon l'agent pathogène impliqué. Les présentations atypiques se rencontrent de plus en plus, surtout chez les adultes immunodéprimés. L'une des formes décrites est une alopecie diffuse avec des points noirs adhérents à base folliculaire et un fond érythémateux parsemé de papules [11]. Un rash cutané prurigineux fait de macules, papules et pustules peut constituer le motif de consultation d'une teigne passée inaperçue. Les lésions sont eczématiformes, de taille variable, situées à distance du site initial de l'infection fongique [12].

Par ailleurs, la teigne est rare chez les adultes en raison des acides gras saturés fongistatiques dans le sébum qui apparaît à la puberté. Seulement 3-5 % des cas surviennent chez les adultes de plus de 20 ans, le plus souvent de sexe féminin et ménopausée. La maladie peut ressembler à une folliculite bactérienne, une folliculite décalvante ou à une cellulite disséquante [13]. Ainsi, il faut toujours avoir à l'esprit le diagnostic d'une teigne devant toute atteinte inflammatoire du cuir chevelu, surtout que le diagnostic positif par un prélèvement mycologique est facile à faire et que le traitement est bien codifié (fig. 6).



Fig. 6 : Teigne microsporique.

Les maladies sexuellement transmissibles

Les maladies sexuellement transmissibles sont au cœur des vagues de dermatoses migrantes. Leur nombre ne cesse d'augmenter avec des modifications cliniques et biologiques déroutantes. Le VIH est en tête de liste, l'infection par le *Treponema pallidum*, la syphilis, atteint des sommets depuis les années 2000 [14]. La diversité des manifestations cliniques de la syphilis est bien connue, mais des présentations atypiques et déroutantes peuvent également se produire, à l'instar des chancres syphilitiques pseudo-tumoraux multiples aussi bien buccaux que génitaux aux formes

exclusivement ganglionnaires, en passant par les présentations annulaires photodistribuées [15]. Le télescopage clinique et biologique des différents stades classiques de la syphilis constitue un autre aspect inhabituel et trompeur de la syphilis contemporaine – comme cette observation d'un jeune homme de 26 ans qui consulte pour l'apparition concomitante d'un chancre syphilitique atypique par sa grande taille (fig. 7) – et des syphilides secondaires plantaires (fig. 8).

Une attention particulière doit être réservée aux urétrites, qui requièrent une surveillance rapprochée aussi bien épidémiologique que bactériologique de même que l'information des patients, la

Revue générale



Fig. 7 : Chancre syphilitique atypique par sa grande taille.



Fig. 8 : Syphilis secondaire plantaire.

promotion du préservatif et une prise en charge rapide et efficace pour faire face au risque contagieux élevé [16].

BIBLIOGRAPHIE

1. BENNIS I, DE BROUWERE V, AMEUR B *et al.* Control of cutaneous leishmaniasis caused by *Leishmania major* in south-eastern Morocco. *Trop Med Int Health*, 2015;20:1297-1305.
2. ANTONIOU M, GRAMICCIA M, MOLINA R *et al.* The role of indigenous phlebotomine sandflies and mammals in the spreading of leishmaniasis agents in the Mediterranean region. *Euro Surveill*, 2013;14:20540.
3. RICHTER J, HANUS I, HÄUSSINGER D *et al.* Mucosal *Leishmania infantum* infection. *Parasitol Res*, 2011;14:959-962.
4. Murray HW, Berman JD, Davies CR *et al.* Advances in leishmaniasis. *Lancet*, 2005;366:1561-1577.
5. EL KARTOUTI A, ELBENAYE J, MILOUDI M. Erysipeloid cutaneous leishmaniasis: about a clinical observation. *Pan Afr Med J*, 2015;21:54.
6. BLUM J, BUFFET P, VISSER L *et al.* LeishMan recommendations for treatment of cutaneous and mucosal leishmaniasis in travelers, 2014. *J Travel Med*, 2014;21:116-129.
7. VAN VOOREN JP, SCHEPERS K. Screening for tuberculosis. *Rev Med Brux*, 2013; 34:301-305.
8. World Health Organisation (WHO). Global tuberculosis control: WHO report 2013. Geneva: WHO; 2013.
9. FERRATI-FIDELIN G, PHAM-LEDARD A, FAUCONNEAU A *et al.* Tuberculose disséminée paucisymptomatique révélée par des ulcérations cutanées atypiques. *Ann Dermatol Venereol*, 2016;143:616-621.
10. COULIBALY O, THERA MA, KONÉ AK *et al.* A double-blind randomized placebo-controlled clinical trial of squalamine ointment for tinea capitis treatment. *Mycopathologia*, 2015;179:187-193.
11. YOO JY, MENDESE GW, LOO DS. Black dot tinea capitis in an immunosuppressed man. *J Clin Aesthet Dermatol*, 2013; 6:49-50.
12. PAYNE LK. An 8-year-old with tinea capitis and secondary rash. *Adv Emerg Nurs J*, 2012;34:24-31.
13. AHMAD SM, WANI GM, KHURSHEED B. Kerion mimicking bacterial infection in an elderly patient. *Indian Dermatol Online J*, 2014;5:494-496.
14. LEEYAPHAN C, JIAMTON S, PRASERTWORONUN N *et al.* Clinical and epidemiological characteristics of patients with syphilis: 5 year-case study from Thailand. *J Med Assoc Thai*, 2014;97:963-968.
15. IVARS LLEÓ M, CLAVO ESCRIBANO P, MENÉNDEZ PRIETO B. Atypical Cutaneous Manifestations in Syphilis. *Actas Dermosifiliogr*, 2016;107:275-283.
16. CARIQU G, SOTTO A, BUGEL H *et al.* French association of urology (CIAFU). Diagnosis and treatment of acute uncomplicated urethritis of men: guidelines from the French committee of infectious disease of the French association of urology (CIAFU). *Prog Urol*, 2010;20:184-187.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Taltz : une nouvelle alternative thérapeutique dans la prise en charge du rhumatisme psoriasique

Le 3 juillet 2018, le ministère des Solidarités et de la Santé a publié dans le *Journal Officiel* le remboursement de Taltz seul ou en association avec le méthotrexate, dans le traitement du rhumatisme psoriasique actif chez les patients adultes qui ont présenté une réponse inadéquate, ou une intolérance, à un ou plusieurs traitements de fond (DMARDs).

Taltz a démontré son efficacité et sa tolérance dans le rhumatisme psoriasique dans deux études cliniques de phase III, internationales, chacune menée dans une population distincte. Les résultats de ces deux études ont montré que les patients traités par Taltz ont obtenu une amélioration significative des symptômes articulaires et cutanés par rapport au placebo.

La dose recommandée dans le rhumatisme psoriasique est de 160 mg en injection sous-cutanée (2 injections de 80 mg) à la semaine 0, suivie de 80 mg (1 injection) toutes les 4 semaines. Chez les patients atteints de rhumatisme psoriasique avec un psoriasis en plaques modéré à sévère concomitant, la posologie recommandée est identique à celle du traitement du psoriasis en plaques, soit 160 mg en injection sous-cutanée à la semaine 0, suivie de 80 mg aux semaines 2, 4, 6, 8, 10 et 12, puis d'une dose d'entretien de 80 mg toutes les 4 semaines.

J.N.

D'après un communiqué de presse du laboratoire Lilly