



**Dermatite atopique: et s'il existait  
une dermatite de contact surajoutée ?**

**Angiodermite nécrotique: mise au point**

**Lichen scléreux génital chez la femme**

**Respect de l'environnement,  
comment adapter nos pratiques ?**

**Connaissez-vous l'effet nocebo ?**

**Un purpura aigu du nourrisson... finalement bénin**



**meto**  
**/ject**® **STYLO**  
méthotrexate 50 mg/ml

# NOUVEAU **STYLO** MÊME **METO**



Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit sur la base de données publique du médicament en flashant ce QR Code ou directement sur le site Internet : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>.



1. Notice METOJECT® solution injectable en stylo prérempli
2. Résumé des caractéristiques du produit METOJECT® solution injectable en stylo prérempli

Information médicale/Pharmacovigilance/  
Réclamations qualité : [infomed@medac.fr](mailto:infomed@medac.fr)

MEDAC SAS au capital de 40 000 euros  
RCS LYON 530 641 042  
1 rue Croix Barret 69007 LYON +33 (0)4 37 66 14 70  
[www.medac.fr](http://www.medac.fr)

**medac**

- ▶ **SIMPLE** : injection automatique en 1 geste <sup>1</sup>
- ▶ **CONTRÔLÉ** : 2 déclics sonores et fenêtre d'inspection <sup>1</sup>
- ▶ **RAPIDE** : jusqu'à 5 secondes d'injection <sup>1</sup>
- ▶ **ERGONOMIQUE** : forme compacte et angulaire <sup>1</sup>

7,5 mg/ 0,15 ml	10 mg/ 0,20 ml	12,5 mg/ 0,25 ml	15 mg/ 0,30 ml	17,5 mg/ 0,35 ml	20 mg/ 0,40 ml	22,5 mg/ 0,45 ml	25 mg/ 0,50 ml	27,5 mg/ 0,55 ml	30 mg/ 0,60 ml
--------------------	-------------------	---------------------	-------------------	---------------------	-------------------	---------------------	-------------------	---------------------	-------------------

METOJECT®, solution injectable en stylo prérempli à une concentration de 50 mg/ml est indiqué dans le traitement • de la polyarthrite rhumatoïde sévère et active chez l'adulte • des formes polyarticulaires de l'arthrite juvénile idiopathique active sévère, en cas de réponse inadéquate aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) • des formes modérées à sévères du psoriasis chez les patients adultes candidats à un traitement systémique • des formes sévères du rhumatisme psoriasique chez l'adulte. <sup>2</sup>

Avant de prescrire, consultez la place dans la stratégie thérapeutique sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Liste I. Remb. Séc. Soc. à 65 %, agréé coll.

**meto**  
**/ject**® **STYLO**  
méthotrexate 50 mg/ml

Retenez dès aujourd'hui les dates des

20<sup>es</sup>



Jeudi 16 octobre 2025

&

Vendredi 17 octobre 2025



**CNIT Forest**  
**Paris-La Défense**



[www.realites-dermatologiques.com](http://www.realites-dermatologiques.com)

## Transformez la vie de vos patients



**Efficacité rapide  
et maintenue sur  
l'atteinte cutanée<sup>1</sup>**



**Efficacité rapide et  
maintenue sur les  
atteintes articulaires<sup>1</sup>**



**Tolérance  
évaluée à 5 ans<sup>1</sup>**

### Psoriasis en plaques de l'adulte<sup>1</sup>

TREMFYA<sup>®</sup> est indiqué dans le traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère chez l'adulte qui nécessite un traitement systémique.

#### Place dans la stratégie thérapeutique<sup>2</sup> :

La Commission considère que la spécialité TREMFYA<sup>®</sup> (guselkumab) est un traitement systémique de 2<sup>ème</sup> ligne dans les formes modérées à sévères du psoriasis en plaques de l'adulte en cas d'échec (efficacité insuffisante, contre-indication ou intolérance) après une première ligne de traitement systémique non biologique (méthotrexate, ciclosporine ou acitrétine) et éventuellement à la photothérapie. La Commission rappelle que le méthotrexate reste le traitement non biologique de fond de référence.

Liste I. Remb Séc Soc à 65% selon la procédure des médicaments d'exception. Agréés collect.

**Médicament d'exception** : prescription en conformité avec la Fiche d'Information Thérapeutique. Prescription réservée aux spécialistes en dermatologie, en médecine interne ou en rhumatologie.



Conformément à l'article R. 5122-11 du code de la santé publique, vous trouverez à l'adresse suivante : <https://www.janssen.com/france/domaines-therapeutiques/nos-medicaments> les informations qui accompagnent la présentation verbale d'un médicament Janssen. Vous pouvez flasher le code ci-après pour retrouver directement ces informations sur votre smartphone/tablette.



Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit et l'avis de la Commission de Transparence sur la base de données publique du médicament en flashant ce QR Code ou directement sur le site internet : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/index.php?page=1&choixRecherche=medicament&txtCaracteres=TREMFYA>

### Rhumatisme psoriasique de l'adulte<sup>1</sup>

TREMFYA<sup>®</sup>, seul ou en association avec le méthotrexate (MTX), est indiqué dans le traitement du rhumatisme psoriasique actif chez les patients adultes ayant présenté une réponse inadéquate ou une intolérance à un traitement de fond anti-rhumatismal (DMARD) antérieur (voir propriétés pharmacodynamiques).

#### Place dans la stratégie thérapeutique<sup>3</sup> :

TREMFYA<sup>®</sup> (guselkumab), anti-IL23, est un traitement de fond du rhumatisme psoriasique actif de l'adulte de 2<sup>ème</sup> ligne ou de 3<sup>ème</sup> ligne après échec d'une 1<sup>ère</sup> ligne de traitement par un traitement de fond conventionnel.

Comme pour les autres anti-interleukines, compte tenu :

- de l'absence de données comparatives directes versus les anti-TNF,
- du recul de plus de 15 ans avec ces médicaments (AMM de l'etanercept datant de 2003),
- de la démonstration de leur efficacité sur la destruction articulaire, la Commission considère que les anti-TNF doivent être privilégiés en première intention. La place de TREMFYA<sup>®</sup> (guselkumab) se situe principalement après échec d'au moins un anti-TNF (soit en 3<sup>ème</sup> ligne et plus).

Liste I. Remb Séc Soc à 65% selon la procédure des médicaments d'exception. Agréés collect.

1. Résumé des Caractéristiques du Produit TREMFYA<sup>®</sup>. 2 • Avis de la commission de transparence TREMFYA<sup>®</sup> du 11 juillet 2022. 3 • Avis de la commission de transparence TREMFYA<sup>®</sup> du 19 mai 2021.

## COMITÉ SCIENTIFIQUE

Pr S. Aractingi, Pr H. Bachelez, Dr R. Baran,  
Pr N. Basset-Seguïn, Dr P. Beaulieu,  
Pr C. Bedane, Pr P. Berbis, Pr C. Bodemer,  
Dr P. Bouhanna, Pr F. Cambazard,  
Pr E. Caumes, Pr A. Claudy, Pr B. Cribier,  
Pr Y. De Prost, Pr V. Descamps,  
Pr L. Dubertret, Pr N. Dupin, Dr S. Fraitag,  
Pr C. Francès, Pr J.-J. Grob, Pr J.-P. Lacour,  
Pr C. Lebbé, Pr D. Lipsker, Pr J.-P. Marty,  
Pr J. Meynadier, Pr M. Mokni, Dr S. Mordon,  
Pr J.-P. Ortonne, Pr P. Morel, Dr G. Rousset,  
Dr M.-D. Vignon-Pennamen

## COMITÉ DE LECTURE/RÉDACTION

Dr G. Abirached, Dr S. Barbarot,  
Dr O. Bayrou, Dr E. Bourrat, Dr S. Dahan,  
Pr O. Dereure, Dr A. Dupuy, Dr D. Kerob,  
Dr I. Lazareth, Dr J.-M. Mazer, Dr I. Morailon,  
Dr N. Scharz

## RÉDACTEUR EN CHEF

Dr J.-B. Monfort

## CONSEILLER À LA RÉDACTION

Dr M. Rybojad

## DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Dr R. Niddam

## SECRETARIAT DE RÉDACTION

A. Oudry, Ph. Legrain

## RÉDACTEUR GRAPHISTE

M. Perazzi

## MAQUETTE, PAO

D. Plaisance

## PUBLICITÉ

D. Chargy  
C. Poussin (assistante)

## RÉALITÉS THÉRAPEUTIQUES EN DERMATO-VÉNÉROLOGIE

est éditée par Performances Médicales  
65, rue d'Aguesseau  
92100 Boulogne-Billancourt  
Tél. : 01 47 00 67 14  
E-mail : info@performances-medicales.com

## IMPRIMERIE

Impression : espaceGrafic  
Mutilva Baja – Espagne  
Commission Paritaire : 0127 T 81119  
ISSN : 1155-2492  
Dépôt légal : 3<sup>e</sup> trimestre 2024

## Sommaire

Septembre 2024

n° 333

Cahier 1

## REVUES GÉNÉRALES

### 7 Dermatite atopique : et s'il existait une dermatite de contact surajoutée ?

J. DUBOIS, D. TENNSTEDT

### 17 Point sur l'angiodermite nécrotique

D. KOTTLER

### 24 Une dermatite prurigineuse thoracique et abdominale curieuse

G. DUTAU

### 29 Lichen scléreux génital chez la femme : mise au point

L. HEFEZ

### 37 Douleur neuropathique chronique sur cicatrice : traitement transdermique par capsaïcine

E. LAUDE-PAGNIEZ, A. LECLERC

### 42 Respect de l'environnement, comment adapter nos pratiques ?

A.-C. DAVAINÉ, C. PANNEQUIN

## PEAU ET MÉDECINE LÉGALE

### 48 Connaissez-vous l'effet nocebo ?

S. KORNFELD-LECANU



## CAS CLINIQUE

### 49 Un purpura aigu du nourrisson... finalement bénin

L. DUPONT, E. BEGON

Un cahier 2 "Psoriasis : comment prendre en charge vos patients modérés à sévères?" est routé avec ce numéro.

Un bulletin d'abonnement est en page 23.

Image de couverture :  
©Galaxy love design@shutterstock.com

INNOVATION

# CICALFATE +

**SPF 50+** CRÈME RÉPARATRICE  
MULTI-PROTECTRICE

**LE SEUL SOIN RÉPARATEUR  
À TRÈS LARGE SPECTRE DE PROTECTION**

UVB | UVA | LUMIÈRE BLEUE HEV

RÉPARE EN  
**48H**<sup>2</sup>

PRÉVIENT  
LES RISQUES  
D'HYPERPIGMENTATION<sup>3</sup>



Pierre Fabre For Med

EAU THERMALE  
**Avène**  
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

1/ Du Laboratoire Dermatologique Avène.

2/ Favorise la réparation épidermique dès 48h. Scoring clinique, 2 applications par jour, 87 sujets.

3/ Étude sur épidermes reconstruits mélanisés (Phototype IV) sous exposition UVB chronique. N=3

## Revue générale

# Dermatite atopique : et s'il existait une dermatite de contact surajoutée ?

**RÉSUMÉ :** La dermatite atopique est une dermatose inflammatoire chronique fréquente. Rencontrée surtout chez l'enfant, mais également chez l'adulte, elle évolue par poussées. Son diagnostic est aisé dans la plupart des cas et essentiellement basé sur des critères anamnestiques et cliniques.

Cependant, chez un nombre non négligeable de patients, d'autres dermatites (inflammatoires, métaboliques, infectieuses, liées à un déficit immunitaire, voire néoplasiques) peuvent donner le change et induire le clinicien en erreur.

D'autre part, il n'est pas exceptionnel que la dermatite atopique se complique d'une dermatite allergique de contact qui, très souvent, peut passer inaperçue en raison de critères sémiologiques très proches et/ou d'applications de corticoïdes locaux qui laissent souvent évoluer la sous-jacente de manière insidieuse et à bas bruit. Il convient également de souligner que le patient atteint de DA est fortement sujet au développement d'une dermatite irritative de contact, en particulier au visage et au dos des mains.



J. DUBOIS<sup>1</sup>,

<sup>1</sup> CHUV Service de Dermatologie, LAUSANNE, Suisse.

<sup>2</sup> NIVELLES, Belgique.



D. TENNSTEDT<sup>2</sup>

La dermatite atopique (DA) ou eczéma atopique est une dermatose inflammatoire chronique, qui touche 10 à 20 % des enfants d'âge scolaire dans les pays développés. Le terme d'atopie regroupe la DA, l'asthme et la rhino-conjonctivite allergique.

La DA serait le résultat de l'interaction complexe de facteurs génétiques, immunologiques (dysfonctionnement de la réponse immunitaire innée et/ou adaptative, impliquant principalement la voie Th2) et environnementaux. L'hypothèse la plus séduisante actuellement suppose que le phénomène princeps serait une **altération de la fonction barrière de l'épiderme**, génétiquement déterminée et secondaire à une mutation d'un gène codant pour un des éléments constitutifs de la barrière cutanée (filaggrine et protéines du complexe de différenciation épidermique). Il en résulte une barrière cutanée altérée, permettant le passage

d'allergènes de l'environnement dont les pneumallergènes (acariens, pollen, poils d'animaux, etc.), avec sensibilisation et déclenchement de poussées d'eczéma. L'inflammation engendrée aggraverait elle-même les anomalies de la barrière cutanée, créant un cercle vicieux. L'éducation thérapeutique pour rompre ce cercle est primordiale.

Cette barrière cutanée altérée est responsable d'une peau sèche (xérotique) et plus sensible aux irritations et aux agressions extérieures.

### ■ Clinique [1-2] (fig. 1 et 2)

L'âge de début "classique" des symptômes de la dermatite atopique se situe vers 3 mois de vie (parfois un peu plus tôt), mais les lésions peuvent également débuter de manière différée. En revanche, lorsque celles-ci sont pré-

## Revue générale



**Fig. 1 :** Bébé de 4 mois : dermatite atopique classique. Prurit considérable.

sentes à la naissance ou de façon très précoce, d'autres diagnostics devront être envisagés (ichtyoses, déficits immunitaires, dermatite séborrhéique, histiocytose langerhansienne, etc.) et ce d'autant plus si la clinique eczématiforme est sévère.

La DA évolue par phases de poussées et rémissions : les poussées étant plus fréquentes en hiver et favorisées, notamment, par tout facteur aggravant la sécheresse cutanée. L'évolution est imprévisible. Le plus souvent, elle disparaît dans l'enfance, mais dans 10 à 15 % des cas, elle persiste après la puberté. Plus rarement, la DA peut n'apparaître qu'à l'âge adulte, voire chez la personne âgée. Dans ce dernier cas, une biopsie cutanée est souvent recommandée afin d'éliminer avec certitude l'apparition éventuelle d'un lymphome cutané sous-jacent. Si le doute persiste, la répétition de biopsie avec comparaison de son antériorité et immunomarquages adéquats est vivement recommandée, car les maladies lymphoprolifératives cutanées (ex : mycosis fongoïde) peuvent parfois être difficiles à élucider dès le premier prélèvement.



**Fig. 2 :** Jeune fille de 8 ans : dermatite atopique classique. Accentuation aux creux des coudes.

Une bonne anamnèse et un examen clinique complet sont dès lors indispensables pour poser un diagnostic adéquat de DA.

Ce diagnostic est le plus souvent évident. Néanmoins, certains éléments cliniques doivent alerter le clinicien et permettre de le remettre en cause.

Les lésions aiguës d'eczéma sont caractérisées par des placards érythémato-squameux, suintants et puis croûteux, qui peuvent se surinfecter (impétiginisation fréquente, classiquement au *staphylococcus aureus*). Les lésions plus chroniques sont érythémato-squameuses et mal délimitées, et prennent parfois un aspect nummulaire. Le **prurit** est constant, et peut être insomniant et/ou diminuer nettement la qualité de vie.

**Les localisations privilégiées de l'eczéma varient en fonction de l'âge.**

**Chez le nourrisson**, les lésions d'eczéma sont souvent localisées sur visage, avec respect de la partie médiane (et de la pointe du nez), sur la face d'extension

des membres de façon symétrique, et/ou sur le tronc, avec respect de la zone des planges. Certains enfants ont des squames séborrhéiques du cuir chevelu ("croûtes de lait"). Ces croûtes de lait doivent être indolores, ou sinon aiguiller vers une suspicion d'histiocytose. À cet âge, la xérose cutanée n'est pas toujours présente.

**Après 2 ans**, la xérose cutanée est constante et les lésions sont volontiers localisées aux plis (coudes, genoux, cou) et au niveau de certaines zones "bastion" : mains, poignets, pieds, chevilles, fissures sous-auriculaires, mamelons. Le signe de Dennie-Morgan (double pli sous-palpébral) est fréquemment observé chez l'enfant.

**Chez les enfants et adultes**, la notion de chronicité et d'évolution par poussées restreint les possibilités diagnostiques.

**Chez l'adulte**, les localisations sont variables. Les mains peuvent être particulièrement touchées, de même que le visage (*head and neck dermatitis*) (fig. 3 à 5). Les lésions sont plus souvent lichénifiées (épaississement cutané consécutif au grattage). La possibilité d'une dermatite irritative

NOUVEAU 1<sup>er</sup> Biosimilaire de l'ustekinumab\*

UZPRUVO<sup>®</sup>  
ustekinumab

Un vent de liberté

pour les patients atteints de psoriasis en plaques, psoriasis en plaques de la population pédiatrique et de rhumatisme psoriasique

Uzpruvo<sup>®</sup>  
n'est pas indiqué  
dans le traitement  
de la rectocolite  
hémorragique



Disponible depuis le **22 Juillet 2024**

Uzpruvo<sup>®</sup> 45 mg et Uzpruvo<sup>®</sup> 90 mg,  
solution injectable en seringue préremplie

**Indications thérapeutiques<sup>1</sup> :** Psoriasis en plaques : Uzpruvo<sup>®</sup> est indiqué dans le traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère chez l'adulte qui n'a pas répondu, ou qui présente une contre-indication, ou qui est intolérant aux autres traitements systémiques dont la ciclosporine, le méthotrexate (MTX) ou la puvathérapie (psoralène et UVA). Psoriasis en plaques de la population pédiatrique : Uzpruvo<sup>®</sup> est indiqué dans le traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère chez l'enfant et l'adolescent âgé de 6 ans et plus, en cas de réponse insuffisante ou d'intolérance aux autres traitements systémiques ou aux photothérapies. Rhumatisme psoriasique (RP) : Uzpruvo<sup>®</sup>, seul ou en association avec le méthotrexate (MTX), est indiqué dans le traitement du rhumatisme psoriasique actif chez l'adulte lorsque la réponse à un précédent traitement de fond antirhumatismal non-biologique (DMARD) a été inadéquate. **Uzpruvo<sup>®</sup> n'est pas indiqué dans le traitement de la rectocolite hémorragique.**

**Stratégie thérapeutique<sup>2</sup> :** Psoriasis en plaques : **Adulte** : Il s'agit d'un traitement systémique de 2<sup>e</sup> ligne dans les formes modérées à sévères du psoriasis en plaques de l'adulte en cas d'échec (efficacité insuffisante, contre-indication ou intolérance) à une 1<sup>re</sup> ligne de traitement systémique non biologique (méthotrexate, ciclosporine ou acitrétine) et éventuellement à la photothérapie. Il est rappelé que le méthotrexate reste le traitement non biologique de fond de référence, conformément aux recommandations de la Société française de dermatologie. **Enfant et adolescent** : Il s'agit d'un traitement systémique de 2<sup>e</sup> ligne dans les formes modérées à sévères du psoriasis en plaques chronique de l'enfant et de l'adolescent à partir de 6 ans en cas d'échec (efficacité insuffisante, contre-indication ou intolérance) à une 1<sup>re</sup> ligne de traitement systémique non biologique ou éventuellement à la photothérapie. Rhumatisme psoriasique : Il s'agit d'un traitement systémique biologique de 2<sup>e</sup> intention après échec des traitements systémiques conventionnels, toutefois lorsqu'un traitement par médicament biologique est envisagé, les anti-TNF doivent être privilégiés en première intention.

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité.

MÉDICAMENT D'EXCEPTION : PRESCRIPTION SUR UNE ORDONNANCE DE MÉDICAMENT D'EXCEPTION EN CONFORMITÉ AVEC LA FICHE D'INFORMATION THÉRAPEUTIQUE.



Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit sur la base de données publique du médicament en flashant ce QR Code ou directement sur le site internet : <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>

Liste I. Prescription réservée aux spécialistes en dermatologie, en médecine interne, en rhumatologie ou en gastro-entérologie et hépatologie. Agréé aux collectivités. Remboursement Sécurité Sociale à 65% selon la procédure des médicaments d'exception, prescription en conformité avec la Fiche d'information Thérapeutique. JO publié le 18/07/2024. Uniquement pour les indications ouvrant droit à une prise en charge par l'Assurance Maladie.

\*Première AMM européenne pour un biosimilaire de l'ustekinumab, obtenue le 05/01/2024.

Uzpruvo<sup>®</sup> ne concerne que la forme solution en seringue préremplie, les formes solution à diluer pour perfusion et solution injectable en stylo prérempli ne faisant pas partie de l'AMM Uzpruvo<sup>®</sup>.

1. RCP Uzpruvo<sup>®</sup> 45 mg et 90 mg. 2. Fiche d'Information Thérapeutique d'Uzpruvo<sup>®</sup>. Arrêté du 16 juillet 2024 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux - JORF du 18 Juillet 2024.

EG 1030.3 - 08/2024 - Visa n°24/04/62685842/PM/006

EG LABO - Central Park - 9-15 rue Maurice Mallet, 92130 Issy-les-Moulineaux - [www.eqlabo.fr](http://www.eqlabo.fr)



Notre Mission - Votre Santé

## Revue générale



**Fig. 3 :** Jeune fille de 18 ans : dermatite atopique classique localisée. À noter la localisation préférentielle "tête et cou".



**Fig. 4 :** Jeune homme de 18 ans : dermatite atopique classique généralisée. Accentuation "tête et cou".



**Fig. 5 :** Homme de 18 ans : dermatite atopique classique généralisée (fort grossissement de la fig. 4). À noter la présence d'une zone bastion aux mamelons.

de contact (DIC), soit primaire, soit surajoutée, doit aussi être prise en compte et reste classique, en particulier aux mains. Il faut toutefois rester prudent chez l'adulte, et ne pas hésiter à remettre en cause le diagnostic initial, afin de ne pas méconnaître un éventuel lymphome cutané (en particulier en cas d'érythrodermie).

**Dans la majorité des cas**, le diagnostic de DA est donc un diagnostic anamnestique et clinique [3-4] :

Un critère est obligatoire : dermatose prurigineuse (ou parents rapportant que l'enfant se gratte ou se frotte). Il doit être associé à minimum trois des critères suivants :

- antécédents personnels de dermatite des plis de flexion et/ou des joues chez les enfants de moins de 10 ans ;
- antécédents personnels d'asthme ou de rhinite allergique (ou antécédent de maladie atopique chez un parent au premier degré chez l'enfant de moins de 4 ans) ;
- antécédent de peau sèche généralisée au cours de la dernière année ;

- eczéma visible des grands plis (ou eczéma des joues, du front et des convexités des membres chez l'enfant en-dessous de 4 ans) ;
- début des signes cutanés avant l'âge de 2 ans (critère utilisable chez les plus de 4 ans uniquement).

En principe, aucun examen complémentaire n'est nécessaire en première intention. En cas de doutes diagnostiques (gale, psoriasis, néoplasie, toxi-dermie, etc.) et/ou de suspicion de déficit immunitaire associé comme le syndrome de Job-Buckley (**fig. 6**) ou encore de maladie héréditaire, des examens complémentaires spécifiques seront demandés [5-8].

Par ailleurs, une localisation inhabituelle des lésions d'eczéma, une mauvaise réponse aux traitements correctement appliqués, une cassure de la courbe de croissance staturo-pondérale, la survenue d'infections fréquentes, de pétéchies ou la présence de symptômes extracutanés devront amener le clinicien à réaliser des explorations complémen-



**Fig. 6 :** Fillette de 4 ans atteinte d'un syndrome de Job-Buckley associant une DA sévère à une hyper IgE et une anomalie de chimiotactisme des polynucléaires responsables d'infections récidivantes (pyodermites, sinusites et pneumonies).



**Fig. 7:** Jeune fille de 10 ans : dermatite atopique classique. Zone bastion aux lèvres. À noter l'excoriation à la lèvre supérieure (tic d'arrachage lié au prurit).

taires à la recherche de complications, de comorbidités [9] et de facteurs aggravants de la DA (dermatite allergique de contact (DAC) et/ou dermatite irritative de contact surajoutée, corticophobie, etc.). Sans oublier qu'une zone bastion (*fig. 7*) doit toujours être réexaminée à chaque consultation, afin de ne pas méprendre un autre diagnostic pour de la DA. Par exemple, les patients avec un seul mamelon ou un lobe d'oreille atteint doivent attirer l'attention du clinicien pour ne pas manquer le diagnostic de lymphocytome borrélien.

### Quand faut-il tester les patients atteints d'une DA ? [10-12]

Une bonne anamnèse et un examen clinique complet sont dès lors indispensables pour poser un diagnostic adéquat de dermatite atopique. Ce diagnostic est le plus souvent évident, mais certains éléments cliniques doivent alerter le clinicien et le mener à proposer la réalisation de tests épicutanés.

**La place des tests épicutanés** visant à déterminer l'existence d'une DAC soit primaire, soit surajoutée, est très importante. Cette possibilité ne peut être négligée dans le chef de tout clinicien, et ce, à chaque consultation.

La localisation et la chronologie des lésions permettent souvent à celui-ci de se diriger dans le "dédale" de la mise en évidence d'une sensibilisation de contact, tout en gardant à l'esprit qu'il

conviendra ensuite d'envisager et de discuter la pertinence des résultats des tests épicutanés.

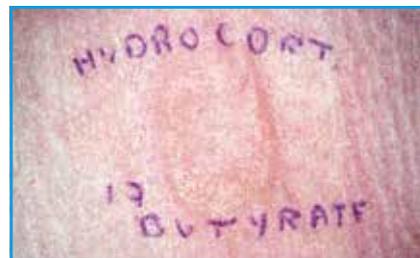
Les signes évocateurs de DAC surajoutée à une DA sont les suivants :

- inefficacité, voire aggravation des lésions de DA malgré un traitement par corticostéroïdes topiques bien conduit et

surtout réalisé suivant les recommandations du praticien (en oubliant pas la corticophobie pas toujours avouée qui peut conduire au même résultat !). Ce critère en tant que tel devrait "imposer" la réalisation de tests épicutanés (émollients et autres cosmétiques, corticostéroïdes topiques, antibiotiques topiques, antiseptiques) (*fig. 8 à 12*) ;



**Fig. 8:** Jeune garçon de 14 mois : dermatite atopique classique. Prurit considérable. Non-amélioration malgré l'application d'un corticoïde topique. DAC surajoutée au butyrate d'hydrocortisone.



**Fig. 9:** Jeune garçon de 14 mois : dermatite atopique classique. Prurit considérable. Non-amélioration malgré l'application d'un corticoïde topique. DAC surajoutée au butyrate d'hydrocortisone. Test épicutané positif. À noter l'effet bord caractéristique (même patient que *fig. 8*).



**Fig. 10:** Jeune homme de 20 ans : dermatite atopique connue depuis "toujours". Aggravation récente à la suite de l'application d'une crème contenant du chloramphénicol.



**Fig. 11:** Même patient que *fig. 10*. Fort grossissement et extension secondaire au visage.

## Revue générale



**Fig. 12 :** Même patient que **fig. 10** et **11**. Test positif à la crème contenant le chloramphénicol ainsi qu'au chloramphénicol lui-même.

- survenue d'une récurrence de la DA peu après l'arrêt des applications d'un corticostéroïde topique (qu'il faut bien-sûr distinguer d'un rebond lié au "sevrage");
- péjoration, voire une flambée généralisée de la DA lors d'un changement de thérapeutique locale: émollient, corticoïde topique, antibiothérapie locale ou huile essentielle (**fig. 13**);
- apparition subite de lésions eczématiformes sur des zones qui n'avaient jamais été atteintes auparavant: mains, pieds, visage, organes génitaux, cuir chevelu en particulier (topiques divers agissant par voie directe, aéroportée ou manuportée);
- survenue soudaine d'un prurit isolé (sans lésions visibles) au cuir chevelu ou aux conduits auditifs chez un atopique connu (produits à usage capillaire ou gouttes auriculaires);
- apparition ou exacerbation de lésions eczématiformes aux mains faisant suite à un apprentissage ou à un nouveau travail manuel (coiffure, esthétique, ongles, maçonnerie, industrie du plastique, industrie mécanique, etc.);
- survenue d'une chéilite ou d'une blépharite d'allure allergique;
- aggravation ou extension d'une dermatite plantaire juvénile (au-delà des zones classiquement atteintes) (**fig. 14 à 17**);
- apparition d'une dysidrose ou d'un eczéma dysidrosique (mains et/ou pieds);
- survenue, chez un atopique connu, de lésions à la suite d'un contact "évident": nickel d'une ceinture (**fig. 18 et 19**) ou d'un bouton de jeans, huile essentielle ou parfums appliqués à l'endroit du développement de la dermatite.

## POINTS FORTS

- Le diagnostic de DA est essentiellement anamnestique et clinique.
- D'autres diagnostics doivent être évoqués s'il existe des signes atypiques.
- Il est impératif de proposer des tests épicutanés:
  - en cas de non-réponse thérapeutique (après s'être assuré.e de l'absence de corticophobie);
  - en cas de lésions situées en dehors des zones classiques de DA;
  - en cas de péjoration ou de récurrence de la dermatite atopique après application d'un nouveau traitement topique;
  - en cas de prurit isolé et localisé chez un atopique connu.
- La pertinence d'un test positif doit systématiquement être évaluée et discutée.
- Chez tout patient atteint de DA, il convient d'éviter autant que possible les principaux topiques sensibilisants (parfums, huiles essentielles, certains conservateurs, lanoline, etc.). En effet, on ne naît pas allergique, on le devient. L'objectif est de limiter la possible sensibilisation à ces produits particulièrement allergisants.
- Les corticoïdes locaux peuvent être responsables d'une non-amélioration, voire d'une aggravation de la DA.



**Fig. 13 :** Jeune fille de 14 ans: dermatite atopique à type d'eczéma nummulaire. Aggravation et extension des lésions après application d'une crème "home made", contenant une huile essentielle à base de lavande.



**RINVOQ<sup>®</sup>**  
upadacitinib

**AIDEZ VOS PATIENTS À ROMPRE  
LE CYCLE INFERNAL<sup>1</sup> DE LA  
DERMATITE ATOPIQUE  
MODÉRÉE À SÉVÈRE**

**RINVOQ<sup>®</sup> est indiqué dans le traitement de la dermatite atopique modérée à sévère chez les adultes et les adolescents âgés de 12 ans et plus qui nécessitent un traitement systémique.<sup>2</sup>**

RINVOQ<sup>®</sup> 15 mg et 30 mg (upadacitinib) est un **traitement systémique de 2<sup>e</sup> ligne** à réserver aux **adultes atteints de dermatite atopique modérée à sévère** qui nécessitent un traitement systémique, **en cas d'échec, d'intolérance ou de contre-indication à la ciclosporine.**

**Compte tenu de la toxicité de la ciclosporine**, contre-indiquée chez les moins de 16 ans, **RINVOQ<sup>®</sup> 15 mg** (upadacitinib) est un **traitement systémique de 1<sup>er</sup> ligne** à réserver aux formes modérées à sévères de dermatite atopique de **l'adolescent en échec des traitements topiques.** Le choix du traitement systémique de 2<sup>e</sup> ligne (chez les adultes) ou 1<sup>er</sup> ligne (chez les adolescents) doit se faire au cas par cas et prendre en compte la sévérité de la maladie, les caractéristiques du patient, les antécédents de traitements, les risques d'intolérance et les contre-indications aux différents traitements disponibles.

**Conformément aux conclusions du PRAC, il est rappelé que les anti-JAK ne doivent être utilisés qu'en l'absence d'alternative thérapeutique appropriée chez : les patients âgés de 65 ans et plus ; les patients ayant des antécédents de maladie cardiovasculaire athéroscléreuse ou d'autres facteurs de risque cardiovasculaires (tels que les fumeurs ou anciens fumeurs de longue durée) ; les patients ayant des facteurs de risque de tumeur maligne (par exemple, une tumeur maligne actuelle ou des antécédents de tumeur maligne).**

Chez l'adulte et l'adolescent, il convient de tenir compte de la nécessité d'un suivi de différents paramètres biologiques (hématologiques et lipidiques), de la contre-indication des anti-JAK en cas de grossesse, de même que des incertitudes qui persistent en termes de tolérance, notamment celles relatives aux risques d'événements cardiovasculaires majeurs et thromboemboliques et au risque cancérigène, mentionnés dans le PGR de ces médicaments.<sup>3</sup>

*Remboursé par la Sécurité Sociale à 65% selon la procédure des médicaments d'exception conformément aux indications mentionnées dans la Fiche d'Information Thérapeutique. Agréé aux collectivités.*

**Médicament d'exception : Prescription en conformité avec la Fiche d'Information Thérapeutique**

Liste I. Prescription initiale hospitalière annuelle.

- RINVOQ<sup>®</sup> 15 mg comprimés à libération prolongée. Prescription initiale et renouvellement réservés aux spécialistes en rhumatologie, en médecine interne, en pédiatrie, en dermatologie ou en allergologie.
- RINVOQ<sup>®</sup> 30 mg comprimés à libération prolongée. Prescription initiale et renouvellement réservés aux spécialistes en rhumatologie, en médecine interne, en dermatologie ou en allergologie.

Pour une information complète sur RINVOQ<sup>®</sup>, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit en flashant ce QR code ou sur le site internet de la base de données publique des médicaments à l'adresse suivante : <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/index.php?page=1&-choixRecherche=medicament&txtCaracteres=RINVOQ>



1. Misery L. Retentissement de la dermatite atopique chez l'adulte. Ann Dermatol Venerol. 2017;144:VS23-28.

2. Résumé des Caractéristiques du Produit RINVOQ<sup>®</sup>.

3. Avis de la Commission de la Transparence RINVOQ<sup>®</sup> 2023 - HAS

## Revue générale



**Fig. 14:** Garçon de 9 ans atteint depuis plusieurs années de dermatite plantaire juvénile.



**Fig. 15:** Garçon de 9 ans atteint depuis plusieurs années de dermatite plantaire juvénile. Aggravation soudaine aux dos des pieds de lésions eczématiformes à type de DAC. Même patient que **fig. 14**.



**Fig. 16:** Garçon de 9 ans (même patient que **fig. 14** et **15**). Aggravation soudaine aux dos des pieds de lésions eczématiformes à type de DAC suite au port de sandalettes en cuir.



**Fig. 17:** Garçon de 9 ans (même patient que **fig. 14**, **15** et **16**). Aggravation soudaine aux dos des pieds de lésions eczématiformes à type de DAC à la suite du port de sandalettes en cuir. Test positif au bichromate de potassium.



**Fig. 18:** Homme de 27 ans: dermatite atopique connue depuis "toujours". Aggravation récente: DAC aiguë sur l'abdomen.



**Fig. 19:** Homme de 27 ans: dermatite atopique connue depuis "toujours". Aggravation récente: DAC aiguë sur l'abdomen. Test positif au nickel. Test positif à la diméthylglyoxime sur la boucle de ceinture.

Les allergènes cutanés les plus fréquemment mis en évidence chez le patient atopique sont par ordre décroissant: le nickel (comme au sein de la population générale, tout en gardant à l'esprit que les tests épicutanés aux métaux réalisés chez les atopiques peuvent provoquer des réactions irritatives et/ou pustuleuses qu'il conviendra de ne pas confondre avec une réaction allergique de contact), le bichromate de potassium, la fragrance mix, le baume du Pérou (**fig. 20 à 22**),



**Fig. 21:** Même patient que **fig. 20**. Fort grossissement. Aggravation récente: DAC aiguë sur la partie haute du corps, aspect de "head and neck dermatitis". Tests positifs à la fragrance mix et au baume du Pérou.



**Fig. 20:** Homme de 27 ans: dermatite atopique connue depuis "toujours". Aggravation récente: DAC aiguë sur la partie haute du corps (aspect de "head and neck dermatitis"). Tests positifs à la fragrance mix et au baume du Pérou.

le cobalt, les corticostéroïdes à usage topique [13], la lanoline, la colophane, la paraphénylène diamine, les colorants textiles [14], ainsi que de multiples conservateurs (isothiazolinones en particulier [15]) (fig. 23).

En dehors de la batterie standard à appliquer systématiquement (à l'exception des tout petits enfants), il est indispensable de tester les multiples topiques médicamenteux et cosmétiques utilisés par les patients atopiques (en particulier

les émollissants), sans oublier les huiles essentielles qui ne sont pas toujours mentionnées [16-18].

Il peut aussi être très utile de tester la batterie des corticoïdes, en gardant à l'esprit qu'une lecture tardive au 5<sup>e</sup> et 10<sup>e</sup> jour est hautement recommandée (un effet bord ou "edge effect" est souvent mis en évidence lors de la lecture des tests) (fig. 9).

Chez le patient atteint de dermatite atopique, la lecture des tests épicutanés peut se révéler délicate à interpréter (diagnostic différentiel entre DAC et DIC).

**La place des tests d'allergie alimentaire** (prick tests, RAST) est limitée à quelques situations :

- DA sévère persistante, non améliorée par la réalisation adéquate de soins locaux adaptés. Stagnation ou cassure de la courbe de croissance staturo-pondérale, symptômes digestifs ;
- symptômes évocateurs d'hypersensibilité immédiate à un aliment (urticaire, vomissements, dyspnée, voire choc anaphylactique, dans les minutes suivant le contact ou l'ingestion de l'aliment ;
- œdème et érythème péribuccal (syndrome oral de Lessof), apparaissant après l'ingestion de certains aliments (divers végétaux et lait de vache en particulier) (fig. 24).

## BIBLIOGRAPHIE

1. LANGAN SM, WILLIAMS H. Clinical features and diagnostic criteria of atopic dermatitis. In: Irvine AD, Hoeger PH, Yan AC, eds. *Harper's Textbook of Pediatric Dermatology*. New York: Wiley-Blackwell, 2011: 28.1-28.19.
2. LANGAN SM, WIRVINE AD, WEIDINGER S. Atopic Dermatitis. *Lancet*, 2020;396:34-60.
3. WILLIAMS HC, BURNEY PG, HAY RJ *et al*. The U.K. Working party's diagnostic criteria for atopic dermatitis. Derivation of a minimum set of discriminators for atopic dermatitis? *Br J Dermatol*, 1994;131:383-396.
4. WILLIAMS HC *et al*. Validation of the UK diagnostic criteria for atopic dermatitis in a population setting. *UK Diagnostic*



Fig. 22: Même patient que fig. 20 et 21. Tests positifs à la fragrance mix et au baume du Pérou (contenus dans son baume après rasage).



Fig. 23: Femme de 27 ans connue pour dermatite atopique depuis son enfance. Apparition d'une DAC depuis applications d'une crème émollissante achetée sur internet. Test positif à la méthylisothiazolinone (contenue dans cette crème).



Fig. 24: Bébé de 13 mois atteint d'un syndrome oral de Lessof (œdème et érythème après ingestion de lait de vache). Prick test positif.

## Revue générale

- Criteria for atopic dermatitis working Party. *Br J Dermatol*, 1996;135:12-17.
5. ROEDIGER B, SCHLAPBACH C. T cells in the skin: Lymphoma and inflammatory skin disease. *J Allergy Clin Immunol*, 2022;149:1179-1184.
  6. MORTZ CG, BROCKOW K, BINDSLEV-JENSEN C *et al*. It looks like childhood eczema but is it? *Clin Exp Allergy*, 2019;49:744-753.
  7. SIEGFRIED EC, HEBERT AA. Diagnosis of atopic dermatitis: mimics, overlaps, and Complications. *J Clin Med*, 2015;4:884-917.
  8. RAISON-PEYRON N. S'agit-il toujours d'une dermatite atopique? *In: Progrès en Dermato-Allergologie Anvers eds. John Libbey*, 2022; pp.109-103.
  9. THYSSEN JP, HALLING AS, SCHMID-GRENDELMEIER P *et al*. Comorbidities of atopic dermatitis. What does the evidence say? *J Allergy Clin Immunol*, 2023;151:11-62.
  10. LUBBES S, RUSTEMEYER T, SILLEVIS-SMITT JH *et al*. Contact sensitization in Dutch children and adolescents with and without atopic dermatitis - a retrospective analysis. *Contact Dermatitis*, 2017;76:151-159.
  11. MAILHOL C, LAUWERS-CANCES V, RANCÉ F *et al*. Prevalence and risk factors for allergic contact dermatitis to topical treatment in atopic dermatitis: a study in 641 children. *Allergy*, 2009;64:801-806.
  12. SPIEWAK R. Contact dermatitis in atopic individuals. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*, 2012;12:491-497.
  13. BAECK M. Dermatite atopique et allergie aux corticoïdes *In: Progrès en Dermato-Allergologie Nantes eds. John Libbey*, 2021; pp.103-110.
  14. MOHAMOUD AA, ANDERSEN F. Allergic contact dermatitis caused by textile dyes mimicking atopic dermatitis. *Contact Dermatitis*, 2017;76:119-120.
  15. AERTS O, CATTART N, LAMBERT J *et al*. Airborne and systemic dermatitis, mimicking atopic dermatitis, caused by methylisothiazolinone in a young child. *Contact Dermatitis*, 2013;68:250-251.
  16. MILPIED-HOMSI B. Sensibilisation aux topiques médicamenteux au cours de la dermatite atopique. *In: Progrès en Dermato-Allergologie Bâle eds. John Libbey*, 1996; pp.55-63.
  17. GIORDANO-LABADIE F. Les traitements locaux de l'eczéma atopique chez l'enfant sont-ils sensibilisants? *In: Progrès en Dermato-Allergologie Strasbourg eds. John Libbey*, 2010; pp.51-58.
  18. SERGOYNE L, MERTENS M, DENDOOVEN E *et al*. Allergic contact dermatitis, mimicking atopic dermatitis associated with the use of essential oils in "home made" cosmetics and aromatherapy diffusers. *Contact Dermatitis*, 2020;83:311-313.

---

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

## ■ Revues générales

# Point sur l'angiodermite nécrotique

**RÉSUMÉ :** L'angiodermite nécrotique (AN) est souvent considérée comme la 4<sup>e</sup> cause d'ulcère de jambe après les causes dites macrovasculaires (veineuse, artérielle et mixte). Sa fréquence est probablement sous-estimée car sous-diagnostiquée et source de fréquentes erreurs diagnostiques. Sa physiopathologie est en lien avec l'hypertension artérielle chronique et correspond histologiquement à une artériolosclérose des vaisseaux du derme. Sa prise en charge repose actuellement en première intention sur la greffe cutanée qui permet une antalgie rapide et souvent l'arrêt de la progression lésionnelle. Les mesures associées telles que l'antalgie efficace, le contrôle tensionnel et la compression en cas d'insuffisance veineuse associée sont indispensables.



**D. KOTTLER**  
Service de Dermatologie,  
CHU de CAEN-NORMANDIE.

### ■ Épidémiologie

L'angiodermite nécrotique (AN) est une forme d'ulcère chronique de jambe (UJ) décrite en 1945 par le Dr Martorell, cardiologue espagnol, chez des patients présentant une hypertension artérielle (HTA) avec présence de pouls périphériques distaux. Dès sa description, il fut postulé que ces ulcères étaient liés à une artériolosclérose des vaisseaux du derme secondaire à l'HTA chronique [1]. La littérature anglo-saxonne utilise d'ailleurs les termes de "*HYperTensive Ischemic Leg Ulcer (HYTILU)*", "*arteriosclerotic ulcer of Martorell*" ou de "*Martorell's ulcer*". Le terme plus clinique d'AN n'est adopté que dans la littérature française.

Il est traditionnel de considérer l'AN comme la 4<sup>e</sup> cause d'ulcère de jambe après les causes macrovasculaires (veineuse, artérielle et mixte) et représenterait 10 % à 15 % des ulcères de jambes vus en hospitalisation dans un service de dermatologie [2]. Sa fréquence est probablement sous-estimée car sous-diagnostiquée et source de fréquentes erreurs diagnostiques [3, 4].

### ■ Physiopathologie

L'AN serait la conséquence de différents processus micro-angiopathiques en lien avec l'HTA chronique associés à d'autres facteurs non encore élucidés. L'HTA chronique serait responsable d'un rétrécissement de la lumière artériolaire augmentant la résistance vasculaire qui entraînerait une diminution de la perfusion et une efficacité réduite du mécanisme de vasodilatation compensatrice à l'hypoperfusion [5, 6]. Il en résulterait une occlusion artériolaire responsable de l'ischémie locale puis l'ulcération.

### ■ Manifestations cliniques

Il existe une prédominance féminine avec un âge moyen de 60 à 75 ans [2]. La comorbidité quasi-obligatoire est la présence d'une hypertension artérielle (90 à 100 % des cas) qui est volontiers ancienne et traitée. L'holter tensionnel sur 24 h démasque souvent une HTA labile, alors que le patient pense être équilibré. Un diabète est présent chez 30 à 50 % des malades. On peut retrouver une insuffisance veineuse chronique chez 25 % à 40 % des cas ou une artérite

## Revue générale

oblitérante des membres inférieurs dans 37,5 % à 45 % des cas. Les atteintes macrovasculaires précitées ne doivent pas être suffisamment sévères pour expliquer la présence de l'ulcère.

La forme la plus caractéristique de l'AN est une plaque de nécrose d'apparition et d'extension rapides, extrêmement douloureuse, à bords déchiquetés et liseré purpurique périphérique. Un traumatisme déclenchant est rapporté fréquemment [3]. Les AN sont situées

principalement sur la face latéro-externe de la jambe ou le tendon d'Achille mais surviennent strictement sous le genou et au-dessus du dos des pieds. Les ulcères sont le plus souvent superficiels et leur taille variable [4]. La bilatéralité des lésions est observée chez 9 à 52 % des patients, ainsi que les localisations multiples et les récurrences à distance (fig. 1). Une des principales caractéristiques de l'AN est une douleur très importante liée à l'ischémie puis la nécrose tissulaire qui est non proportionnelle à la taille de

l'ulcération. Cependant, en pratique, l'aspect initial typique peut avoir disparu et laisser place à un ulcère non spécifique dont seuls l'interrogatoire et l'absence de cause macrovasculaire permettent d'évoquer le diagnostic.

### Histopathologie

L'examen histologique de biopsies larges et profondes des bords de l'angiodermite met en évidence une artériosclérose sous-cutanée qui est définie par une hypertrophie de la media, un épaississement de la lamina et une hyperplasie intimale avec un rapport paroi-lumière diminuée (fig. 2) [4, 7]. Cet aspect semble être constant, donc de bonne sensibilité diagnostique, mais peu spécifique car fortement lié à l'âge [8]. Une hyalinose de la media ainsi qu'une médiocalcose peuvent être notées. Il n'existe pas habituellement d'infiltrat inflammatoire. La quantification des éléments histologiques, et notamment des cellules inflammatoires (faible en cas d'AN) permettrait une spécificité discriminative par rapport aux autres étiologies d'artériosclérose [7, 9].



Fig. 1 : Angiodermite nécrotique : plaques nécrotiques et ulcérations superficielles centrifuges entourées de liserés livédoïdes en rapport avec une AN (collection Pr Dompmartin).

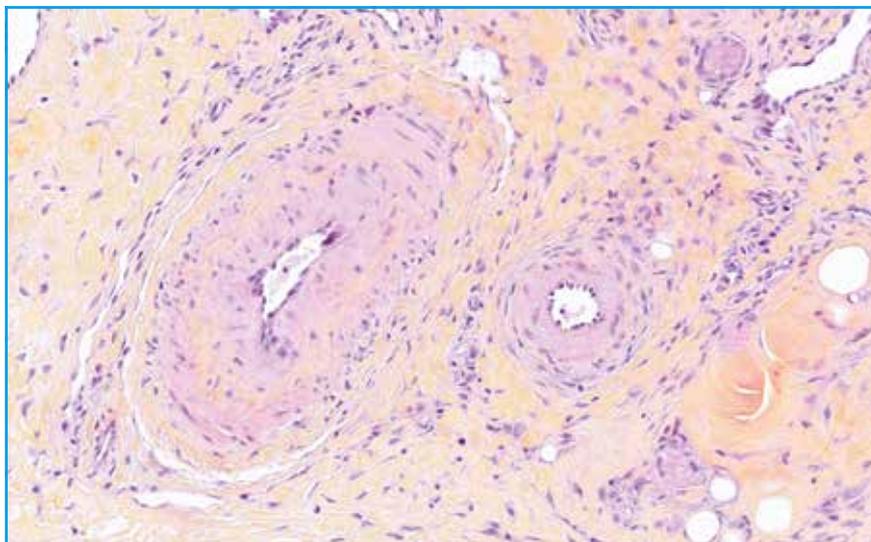


Fig. 2 : Athérosclérose d'une artériole dermique (HES X 40) : augmentation en taille de la paroi des artérioles avec une hypertrophie de la media, un épaississement de la lamina et une hyperplasie intimale avec un rapport paroi-lumière diminuée (collection Dr Comoz).

### Critères diagnostiques et diagnostics différentiels

La démarche initiale est celle devant tout ulcère chronique de jambe avec l'élimination en premier lieu d'une origine macrovasculaire liée à :

- une insuffisance circulatoire veineuse sévère, c'est-à-dire définie par les grades C5 ou C6 de la classification Clinique, Étiologie, Anatomie, Physiopathologie (CEAP) ;
- une insuffisance artérielle modérée à sévère définie par un index de pression systolique à la cheville  $\leq$  0,8 en absence de médiocalcose ;
- une origine macrovasculaire mixte (artérioveineuse).

La nécessité d'une biopsie varie selon les équipes étant donné que plusieurs séries confirment la présentation clinique

abbvie, en partenariat avec

Réalités thérapeutiques en  
Dermato-Vénérologie,

vous invite à la retransmission

**EN DIRECT** de la webconférence interactive

Mardi 15 octobre 2024  
20 h 45 – 22 h 00



## Prise en charge du psoriasis en plaques en ville : zoom sur les localisations particulières

**Modérateur :** Édouard BEGON, Pontoise

- **Introduction : Localisations particulières : pourquoi les investiguer ?**  
Dr Édouard BEGON, Pontoise
- **En pratique :**
  - **Atteintes unguéales** – Dr Inès ZARAA, Paris
  - **Atteintes palmoplantaires** – Dr Ziad REGUIAÏ, Bezannes
  - **Atteintes génitales et du cuir chevelu** – Dr Édouard BEGON, Pontoise
- **Conclusion/Réponses aux questions**

Avec la participation des Docteurs :



Édouard BEGON  
Pontoise



Inès ZARAA  
Paris



Ziad REGUIAÏ  
Bezannes

Un replay sera disponible dans les jours suivants le direct

Cette retransmission est accessible sur le site :  
<https://abbvie4.realites-dermatologiques.com>

La retransmission est strictement réservée aux professionnels de santé. Inscription obligatoire.



## Revue générale

invariable et quasi-spécifique de l'AN. Des biopsies larges et profondes des berges de l'ulcère (de la nécrose à la peau normale) peuvent être réalisées en cas de présentations atypiques, pour éliminer un diagnostic différentiel [7] dont *pyoderma gangrenosum*, les vascularites cutanées et la calciphylaxie (majoritairement chez les patients insuffisants rénaux) qui partagent l'aspect purpurique, livédoïde, superficiel. Un algorithme diagnostique est proposé par Shelling [10].

charge de l'AN est globalement longue et difficile. Il existe des cas de remissions spontanées, dont les patients rapportent la présence lors d'une nouvelle poussée. Les délais de cicatrisation de l'AN décrits dans la littérature sont variables, le plus souvent au-delà de 3 mois avec des traitements locaux, jusqu'à presque 1 an [2]. Les rechutes locales ou à distance sont fréquentes [2, 3]. L'évolution peut aussi être asymétrique sur une même plaie avec cicatrisation d'une bordure et évolution nécrotique d'une autre.

facteurs déclenchants ne sont qu'hypothétiques. De par sa relative rareté, il n'existe à ce jour que deux essais thérapeutiques randomisés contrôlés, dont les résultats ont été publiés dans la littérature [11, 12]. La prise en charge ne repose donc que sur des cohortes rétrospectives ou des études prospectives ouvertes. Un résumé de la prise en charge de l'AN, selon l'état actuel des connaissances, est présenté dans le **tableau I** sans être exhaustif.

Les axes principaux de la prise en charge des AN sont :

### Évolution

L'AN résiste habituellement au traitement local conventionnel et la prise en

### Traitement

Il n'y a pas de traitement étiologique pour l'AN dont la physiopathologie et les

### >>> Contrôle de la douleur

● **Le contrôle rapide de la douleur** est un objectif primordial du traitement

<b>Confirmation diagnostic</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aspect clinique typique</li> <li>● Élimination d'une cause macrovasculaire responsable de l'ulcère</li> <li>● Biopsies cutanées si doute diagnostique</li> </ul>
<b>Contrôle de la douleur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Antalgiques conventionnels (Palier OMS I, II III) et des douleurs neuropathiques</li> <li>● Soins de détersion sous protoxyde d'azote, voire débridement chirurgical sous anesthésie locorégionale</li> <li>● Greffe cutanée rapide :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– greffe en pastille au lit du patient</li> <li>– greffe semi-épaisse +/- expansée</li> </ul> </li> <li>● À discuter en cas de refus/impossibilité d'effectuer une greffe rapidement :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– électrostimulation</li> <li>– corticothérapie locale quotidienne de très forte activité</li> <li>– auto-hémothérapie</li> </ul> </li> </ul>
<b>Traitements à visée de cicatrisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Greffe cutanée rapide</li> <li>● Greffe en pastille au lit du patient</li> <li>● Greffe semi-épaisse +/- expansée</li> <li>● Lipostructure</li> </ul>
<b>Contrôle de la tension artérielle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hypotenseur sans action vasoconstructrice périphérique (inhibiteur calcique, inhibiteurs de l'enzyme de conversion ...)</li> </ul>
<b>Stimulation de la circulation sanguine périphérique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Arrêt des hypotenseurs avec action vasoconstructrice périphérique (bêtabloqueurs non sélectifs)</li> <li>● Contention veineuse</li> <li>● Discuter iloprost en cas d'échec de greffe</li> </ul>
<b>Traitements associés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sevrage tabagique</li> <li>● Renutrition</li> <li>● Mobilisation/marche</li> <li>● Prise en charge des atteintes macrovasculaires artério-veineuses potentiellement associées</li> </ul>
<b>Mesures préventives</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Contrôle tensionnel</li> <li>● Protection mécanique contre les traumatismes cutanées (pansement hydrocellulaire, chaussettes...)</li> <li>● Soins des cicatrices (émollient...)</li> <li>● Chaussettes de contention force 2</li> </ul>

**Tableau I :** Résumé de la prise en charge de l'AN selon l'état actuel des connaissances.

## POINTS FORTS

- L'angiodermite nécrotique est une cause d'ulcère chronique probablement sous-estimée. Elle est secondaire à une artériosclérose sous-cutanée causée par l'hypertension artérielle chronique.
- Une atteinte macrovasculaire veineuse ou artérielle non sévère est souvent associée et ne doit pas faire égarer le diagnostic. Une biopsie cutanée peut être effectuée pour éliminer un diagnostic différentiel mais n'est pas spécifique en cas d'angiodermite nécrotique.
- Sa prise en charge repose actuellement en première intention sur la greffe cutanée qui permet une antalgie rapide et souvent l'arrêt de la progression lésionnelle.
- Les mesures associées telles que le contrôle tensionnel et la contention en cas d'œdème ou la compression en cas d'insuffisance veineuse associée sont indispensables.

symptomatique. Il est d'ailleurs un des objectifs principaux dans la plupart des publications. On propose des traitements antalgiques conventionnels selon l'évaluation de la douleur par une échelle analogique de la douleur : antalgiques de classe I et II de l'OMS (paracétamol, codéine, seuls ou en association) et très souvent des opioïdes ou leurs dérivés par voie transcutanée ou par voie orale. Les traitements antalgiques neuropathiques peuvent être associés (pré-gabaline, antidépresseur tricyclique) en raison de la composante neuropathique associée à la douleur de l'AN. Les soins, notamment de détersion, peuvent être faits sous protoxyde d'azote, voire sous anesthésie locorégionale, lorsqu'ils sont associés à un geste de couverture (cf infra).

● **La douleur pourrait être améliorée** par d'autres techniques rapportées dans des études prospectives ouvertes non contrôlées, ce qui en limite leur analyse : – une corticothérapie locale quotidienne de très forte activité (propionate de clobétasol) en couche épaisse sur les berges purpuriques actives est quelquefois utilisée en traitement d'appoint de la douleur [13];

– l'autohémothérapie (application de sang veineux hépariné sous pansement hydrocolloïde changé 3 fois par semaine pendant une durée de 1 mois) pourrait permettre en plus une détersion correcte en vue d'une greffe de recouvrement [14]; – l'électrostimulation semble aussi avoir un intérêt antalgique dans l'AN [15] mais nécessite une prise en charge hospitalière conventionnelle ou en hospitalisation à domicile (HAD).

● **La détersion chirurgicale** des tissus nécrotiques et des berges infarciées, associée ou non à un geste de couverture, a aussi des propriétés antalgiques en retirant les tissus nécrotique et ischémique responsables de la douleur [5, 6, 10]. La place du VAC (*vacuum assisted closure therapy*) reste à déterminer bien que des succès aient été rapportés [6, 16].

● **L'effet antalgique le plus remarquable** reste celui des greffes cutanées quelles que soient les différentes techniques utilisées, avec une disparition de la douleur dans les premières heures. Les greffes en pastilles peuvent d'ailleurs être proposées malgré un fond fibrineux à visée antalgique seule [17, 18].

### >>> Arrêt de l'extension de l'AN et cicatrisation

Le premier objectif est l'arrêt de l'ischémie tissulaire périphérique représentée par la progression du liseré purpurique, signe de nécrose tissulaire.

● **La greffe cutanée** reste actuellement le traitement de première intention dans la stratégie de prise en charge des AN, bien que non évaluée dans des études contrôlées dans cette indication. On suppose que l'effet favorable de la greffe est dû à la libération de peptides vasodilatateurs depuis le greffon. Il n'est pas rare de devoir réaliser plusieurs greffes chez un même patient afin d'obtenir l'arrêt complet de la progression du liseré purpurique et/ou de couvrir l'ensemble de la surface lésionnelle ou de remplacer des greffons nécrotiques.

Différentes techniques sont disponibles : – la greffe en pastille est réalisable au lit du patient rapidement (environ 20 minutes) sous anesthésie locale. C'est une technique simple, peu coûteuse, avec une efficacité rapide sur la douleur en 1 semaine. Dans les séries publiées, l'arrêt du liseré purpurique est obtenu en moyenne à 7 jours et la cicatrisation est obtenue dans un délai moyen de 4 à 6 semaines [4, 17];

– la greffe de peau mince en résille obtenue par dermatome semble d'une efficacité similaire [18, 19].

● **La lipostructure** (ou *fat grafting*) est l'injection de tissus adipeux autologues riches en cellules souches mésenchymateuses et a été proposée dans une étude prospective ouverte française chez dix patients avec un taux de fermeture à 73 % à 3 mois et 93 % à 6 mois chez les neuf patients analysables et l'absence de rechute à 1 an. L'effet antalgique était significatif à 7 jours. Les intérêts secondaires de la technique sont la qualité du tissu cutané cicatriciel ainsi que l'absence de site de prise de greffe.

## Revue générale

● **L'utilisation d'anticoagulants** comme l'héparine ou les antivitaminés K a été recommandée par certains [6]. Cependant, en France, ce traitement n'est appliqué qu'en cas de facteur thrombotique associé... ce qui exclut donc le diagnostic d'AN.

### >>> Contrôle de la tension artérielle et baisse des résistances vasculaires périphériques

Le contrôle tensionnel semble rationnellement obligatoire dans la prise en charge de l'AN mais ne suffit pas à l'arrêt de la progression lésionnelle ni de la récurrence. Une étude contrôlée contre placebo a montré une diminution significative de la taille des ulcères à 2 mois dans le groupe de 15 sujets prenant un inhibiteur calcique, la nifédipine 10 mg 3x/j, par rapport au groupe placebo avec un effet antalgique notable [12]. Cette étude souligne aussi la nécessité de choisir un anti-hypertenseur permettant de réduire le phénomène de vasoconstriction locale périphérique comme les inhibiteurs calciques et certains inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) comme le lisinopril ou l'énalapril. Les bêtabloqueurs non sélectifs sont si possible évités en raison de leur action vasoconstrictrice périphérique qui diminue la pression de perfusion cutanée [6, 12, 20].

L'utilisation de l'Ilprost, analogue de la prostacycline, qui est un puissant vasodilatateur périphérique pourrait avoir un intérêt dans les cas d'AN avec échec des précédentes greffes, seul ou en complément de nouvelles greffes cutanées, comme le décrit une étude rétrospective française de neuf patients [21].

### ● Mesures associées

Comme toutes plaies chroniques, un ensemble de mesures est nécessaire afin de favoriser la cicatrisation tel que l'arrêt du tabagisme, le contrôle du diabète, la renutrition et la mobilisation du membre atteint dès que possible. La mesure la plus importante est probablement le contrôle

de l'œdème dont l'origine peut être mixte : insuffisance veineuse associée, œdème inflammatoire, insuffisance veineuse dite fonctionnelle en lien avec la diminution de l'utilisation de la pompe musculaire du mollet par l'alitement ou la douleur. La mise en place d'une contention à visée anti-œdémateuse doit être immédiate en cas d'œdème et peut soulager partiellement la douleur et augmenter l'oxygénation cutanée [22]. En cas d'insuffisance veineuse, le niveau de compression dépend de la tolérance et de l'indice de pression systolique (IPS) du patient : 20-30 mm Hg peuvent suffire mais 40 mm Hg sont généralement bien tolérés [23].

Plus généralement, les fréquentes atteintes macrovasculaires associées (insuffisance veineuse et/ou artérielle) doivent être dépistées et prises en charge en parallèle.

La prévention de la rechute repose sur les mesures précédentes : contrôle tensionnel, protection des zones cicatricielles et/ou greffées et éviction des traumatismes cutanés en protégeant la peau par des pansements ou des chaussettes de compression classe 2.

### BIBLIOGRAPHIE

- HINES EA, FARBER EM. Ulcer of the leg due to arteriosclerosis and ischemia, occurring in the presence of hypertensive disease (hypertensive-ischemic ulcers). *Proc Staff Meet Mayo Clin*, 1946;21:337-346.
- SENET P, BENETON N, DEBURE C *et al*. [Hypertensive leg ulcers: epidemiological characteristics and prognostic factors for healing in a prospective cohort]. *Ann Dermatol Venereol*, 2012;139:346-349.
- SCHNIER BR, SHEPS SG, JUERGENS JL. Hypertensive ischemic ulcer. A review of 40 cases. *Am J Cardiol*, 1966;17:560-565.
- HAFNER J, NOBBE S, PARTSCH H *et al*. Martorell hypertensive ischemic leg ulcer: a model of ischemic subcutaneous arteriosclerosis. *Arch Dermatol*, 2010;146:961-968.

- DUNCAN HJ, FARIS IB. Martorell's hypertensive ischemic leg ulcers are secondary to an increase in the local vascular resistance. *J Vasc Surg*, 1985;2:581-584.
- VUERSTAEK JDD, REEDER SWI, HENQUET CJM *et al*. M. Arteriosclerotic ulcer of Martorell. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2010;24:867-874.
- DEINSBERGER J, BRUGGER J, TSCHANDL P *et al*. Differentiating Arteriosclerotic Ulcers of Martorell from Other Types of Leg Ulcers Based on Vascular Histomorphology. *Acta Derm Venereol*, 2021;101:adv00449.
- MONFORT J-B, CURY K, MOGUELET P *et al*. Cutaneous Arteriosclerosis Is Not Specific to Ischemic Hypertensive Leg Ulcers. *Dermatology*, 2018;234:194-197.
- COLBOC H, MOGUELET P, BAZIN D *et al*. Localization, morphologic features, and chemical composition of calciphylaxis-related skin deposits in patients with calcific uremic arteriopathy. *JAMA Dermatol*, 2019;155:789-796.
- SHELLING ML, FEDERMAN DG, KIRSNER RS. Clinical approach to atypical wounds with a new model for understanding hypertensive ulcers. *Arch Dermatol*, 2010;146:1026-1029.
- SENET P, VICAUT E, BENETON N *et al*. Topical treatment of hypertensive leg ulcers with platelet-derived growth factor-BB: a randomized controlled trial. *Arch Dermatol*, 2011;147:926-930.
- NIKOLOVA K. Treatment of hypertensive venous leg ulcers with nifedipine. *Methods Find Exp Clin Pharmacol*, 1995;17:545-549.
- CARRE D, DOMPMARTIN A, GISLARD A *et al*. [Benefit of topical steroids in necrotic angiodermatitis]. *Ann Dermatol Venereol*, 2003;130:547-548.
- COURIVAUD D, SÉGARD M, DARRAS S *et al*. [Topical haemotherapy as treatment for necrotic angiodermatitis: a pilot study]. *Ann Dermatol Venereol*, 2005;132:225-229.
- LELOUP P, TOUSSAINT P, LEMBELEMBE JP *et al*. The analgesic effect of electrostimulation (WoundEL®) in the treatment of leg ulcers. *Int Wound J*, 2015;12:706-709.
- VUERSTAEK JDD, VAINAS T, WUITE J *et al*. State-of-the-art treatment of chronic leg ulcers: A randomized controlled trial comparing vacuum-assisted closure (V.A.C.) with modern wound dressings. *J Vasc Surg*, 2006;44:1029-1037; discussion 1038.
- LAZARETH I, PRIOLLET P. [Necrotic angiodermatitis: treatment by early cutane-



## Revue générale

# Une dermatite prurigineuse thoracique et abdominale curieuse

**RÉSUMÉ :** En période pré-estivale, des lésions cutanées, même si elles ne siègent pas au niveau des régions naturellement découvertes, peuvent évoquer des piqûres ou des morsures d'insectes. Chez les individus en âge de développer une leucémie lymphoïde chronique (LLC), de telles lésions doivent faire penser à une pseudo-réaction à piqûre d'insecte. Dans le cas présenté ci-dessous, les symptômes étaient en faveur d'une telle réaction. L'éruption, principalement dorsale, est survenue après plusieurs années d'évolution d'une LLC asymptomatique et indolente, n'ayant nécessité jusqu'alors aucun traitement. Cette pseudo-réaction à piqûre/morsure d'insecte a simplement nécessité un traitement local par des corticoïdes forts, à l'exclusion de toute corticothérapie par voie générale. Elle a disparu au bout de 6 mois. Le taux des lymphocytes est resté au niveau des valeurs observées avant la survenue de l'éruption, sans anémie ni thrombopénie significatives.



**G. DUTAU**  
Allergologue, pneumologue, pédiatre.

En période pré-estivale, plusieurs lésions cutanées, même si elles siègent ailleurs que sur les membres supérieurs ou inférieurs, peuvent faire penser à des piqûres de moustiques, de plus en plus abondants et précocement agressifs. L'actualité peut aussi faire évoquer des punaises de lit lorsque le *propositus* a dormi deux nuits hors de chez lui, dans un hôtel. Il faut aussi penser aux araignées de maison qui peuvent nous mordre, surtout si l'une d'entre elles a élu domicile dans nos draps.

Les araignées communes ne piquent pas, mais mordent avec leurs crochets pour se défendre. Ces morsures prennent l'aspect d'une boursouffure rouge, prurigineuse, avec deux petites lésions rouges au milieu de la lésion, stigmates de leurs crochets. Mais ces lésions ne sont pas aussi nombreuses que celles que nous allons décrire ! Enfin, nous n'oublions pas l'importance de l'anamnèse recueillie par le médecin ou indiquée par le patient.

## Observation

### 1. Anamnèse globale

Monsieur F, âgé de 74 ans, consulte son dermatologue pour de multiples lésions prurigineuses de siège surtout thoraciques, présentes au niveau du dos, peu nombreuses sur l'abdomen, épargnant les membres supérieurs et inférieurs. Certaines d'entre elles, dans la région dorsale basse, sont un peu indurées. Les antécédents du patient sont multiples :

- cardiopathie ischémique avec dyslipidémie familiale ayant nécessité la pose de trois stents, mais bien équilibrée par Rosuvastatine (20 mg) et Ézétimibe (10 mg) avec normalisation du bilan lipidique depuis de nombreuses années ;
- hémipancréatectomie gauche avec conservation de la rate pour un kyste volumineux, se révélant être une tumeur intracanalair papillaire et mucineuse du pancréas (TIPMP) ;
- histologie négative de ce kyste adhérent au mésentère dont l'exérèse a nécessité une résection mésentérique partielle ;



# Transformer la vie des patients par la science™

**S'unir**, c'est oser conjuguer les talents et les expertises d'une recherche agile et d'un développement robuste pour créer une entreprise biopharmaceutique de premier plan.

**Innover**, c'est oser explorer de nouvelles voies thérapeutiques pour proposer des médicaments qui transforment la vie des patients.

**Soutenir**, c'est oser s'engager pour aider les patients à vaincre des maladies graves comme les cancers, les pathologies du système immunitaire, les maladies cardiovasculaires ou les fibroses. Aucune approche n'est trop audacieuse pour servir les patients.

**Une vision unique nous anime : Transformer la vie des patients par la science.**

## Revue générale

– épanchement au niveau de la tranche de section pancréatique nécessitant la pose d’un drain transgastrique et une antibiothérapie IV par Tazocilline. Guérison.

### 2. Aspect des lésions et consultation n° 1

En période pré-estivale, le patient développe plusieurs lésions cutanées sur la paroi thoracique, majoritairement au niveau du dos et des lombes (**fig. 1 et 2**), mais quelques lésions sont présentes sur la face antérieure du thorax et de l’abdomen (**fig. 3 et 4**). Certaines de ces lésions de dermatite sont prurigineuses et affectent un aspect hémorragique. La plupart des lésions sont de type desquamatif, furfuracé. Le premier dermatologue consulté considère que “ces lésions n’ont pas de spécificité” et prescrit un traitement par corticoïdes topiques forts (Clobétasol).



**Fig. 1 :** Papules fermes et violacées du dos et du thorax depuis 3 semaines, prurigineuses, résistantes au dermocorticoïdes forts (coll. Guy Dutau ©).



**Fig. 3 :** Papules surélevées et rouges, prurigineuses, sur la face antérieure du thorax (coll. Guy Dutau ©).

### 3. Aspect des lésions et consultation n° 2

1 semaine plus tard, les lésions persistent, inchangées, malgré la corticothérapie locale. Une nouvelle lésion est apparue sur l’abdomen. Mais le patient avait oublié de signaler au premier examinateur un antécédent important ! En effet, il présente depuis 4 ans une leucémie lymphoïde chronique, indolente, cliniquement asymptomatique, sans adénopathies dans les diverses aires ganglionnaires. L’exploration hématologique permet de prédire que cette affection ne devrait pas avoir une évolution extensive. De fait, les hémogrammes successifs effectués au cours des 4 dernières années montrent un taux de lymphocytes situé en permanence entre 7,34 et 11,17 g/L avec présence de petits lymphocytes monomorphes matures et d’ombres nucléaires, le reste de la formule-numération sanguine étant normal.



**Fig. 2 :** Détail des lésions du dos : papules érythémato-squameuses (coll. Guy Dutau ©).



**Fig. 4 :** Deux papules rouges au niveau de l’abdomen d’aspect hémorragique; cicatrice de laparotome (coll. Guy Dutau ©).

Le second dermatologue consulté évoque alors une hématomie et effectue une biopsie d’un élément dorsal induré.

● **Biopsie d’une lésion du dos.** Papules fermes et violacées du dos et du thorax depuis 3 semaines, résistantes aux dermocorticoïdes forts : hématomie ou lymphome ?

● **Résultats.** Sur la biopsie cutanée examinée, on observe un épiderme légèrement acanthosique, hyperkératosique et parakératosique. La basale est discrètement vacuolisée. Le derme sous-jacent est le siège d’un abondant infiltrat inflammatoire lympho-histiocytaire en bande sous-épidermique ainsi qu’en amas périvasculaire dermique superficiel et moyen. De rares éosinophiles sont notés. Il n’y a pas d’image d’épidermotropisme<sup>1</sup>. **L’étude immunohistochimique** sur coupe en paraffine montre que les infiltrats sont composés de lymphocytes B CD20+ associés à de plus nombreux T CD3+ CD5+ CD2+ CD7+. Ces T sont panachés CD4+/CD8+. Pas de cellule CD30+. Hybridation *in situ* : absence de détection de virus EBV par sondes EBER (témoin externe positif).

● **Conclusion.** Absence d’argument pour un lymphome B et T cutané. Pas d’argument pour une localisation de la LLC connue. On pourrait évoquer une pseudo-réaction à piqûre d’insecte dans le cadre de la LLC.

### Commentaires

Le diagnostic est donc celui de “*like-bite dermatitis*”, une dermatite ressemblant à une piqûre/morsure d’insectes qui survient surtout chez les patients atteints de LLC, mais pas uniquement.

<sup>1</sup> L’épidermotropisme décrit la propagation de cellules d’origine lymphocytaire, épithéliale mélanocytaire, neuroendocrinienne, histiocytaire ou musculaire dans l’épiderme à partir d’une pathologie cutanée ou sous-cutanée primitive ou métastatique. (Académie de Médecine) <https://www.academie-medicine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=épidermotropisme>.

En 1965, Weed *et al.* [1] ont décrit cette entité pour la première fois en pensant qu'il s'agissait d'une réaction exagérée aux piqûres de moustiques : cela n'était pas le cas chez notre patient.

Autour des années 2000, plusieurs auteurs ont montré que les piqûres d'insectes, en particulier de moustiques, ne constituaient pas la cause de ces lésions, et qu'elles étaient intrinsèquement associées, non seulement à d'autres hémopathies comme les leucémies myéloïdes, mais aussi à divers cancers [2-4]. De l'anglais "*Insect-bite-like reaction*", le terme de pseudo-piqûres d'insectes ou pseudo-réaction à piqûres d'insectes (PRPI) fut alors unanimement proposé.

En 2001, Byrd *et al.* (2) ont retenu quatre critères pour authentifier cette dermatose éosinophilique associée aux hémopathies (DEAH) que l'on peut aussi se permettre d'appeler *like bite dermatitis* (LBD) ou *insect like bite reaction* (ILBR) en l'honneur des auteurs anglo-saxons qui, les premiers, l'ont dénommée ainsi. Plus prosaïquement, en français, le terme de pseudo-réaction à piqûre d'insectes (PRPI) est aussi tout à fait adapté.

Les critères proposés par Byrd *et al.* [2] sont les suivants :

- papules ou nodules prurigineux associés ou non à une éruption vésiculo-bulleuse ;
- infiltrat lympho-histiocytaire dermique superficiel et profond riche en éosinophiles ;
- exclusion des autres causes d'infiltration éosinophilique du derme (principalement les toxidermes et les affections bulleuses auto-immunes) ;
- présence d'une hémopathie précédant ou suivant l'éruption [4].

En 2012, Bairey *et al.* [5] ont publié les résultats d'une grande série de 48 cas de réactions semblables à une piqûre d'insecte chez des patients atteints de LLC. Dans cette étude rétrospective, la cohorte était composée de 48 personnes (25 hommes, 23 femmes) ayant un âge

## POINTS FORTS

- Une dermatite ressemblant à une piqûre/morsure d'insecte ou pseudo-réaction à piqûres d'insectes (PRPI) peut se développer chez les patients atteints de LLC de leucémies myéloïdes ou d'autres formes de cancers.
- Autour des années 2000, plusieurs auteurs ont montré que les piqûres d'insectes, en particulier de moustiques, n'étaient pas en cause au cours de la PRPI.
- Ces réactions surviennent, non seulement au cours de LLC, mais aussi dans le cadre d'autres hémopathies (leucémies myéloïdes) et aussi de divers cancers.
- L'éruption survient classiquement au cours de l'évolution de la LLC, mais peut aussi la révéler.
- Le traitement est basé sur l'application de corticoïdes forts sur les lésions cutanées et, aussi, sur une corticothérapie par voie orale.
- Lorsque la LLC est évolutive, nécessitant des traitements spécifiques, diverses options thérapeutiques ont été décrites comme, en particulier, le tacrolimus ou la puvathérapie.

moyen de 64,8 ans (extrêmes 33-89 ans) au moment de l'éruption cutanée.

Le délai moyen entre le diagnostic de LLC et l'apparition des lésions cutanées était de 3,1 ans (extrêmes 4 à 14 ans) [5].

L'éruption n'était pas liée à l'activité de la maladie ou à l'évolution de la LLC [5].

Elle précédait le diagnostic de LLC chez dix patients (de 0 à 4 ans) et suivi le diagnostic chez 36 autres patients. Parmi ces derniers, l'éruption était survenue pendant le traitement de la LLC (onze patients) et après le traitement de celle-ci (neuf patients) [5].

La durée moyenne des lésions cutanées était de 21,5 mois (extrêmes 0,3-132) [5].

L'éruption se manifestait généralement en été, bien qu'elle puisse aussi se produire à d'autres moments de l'année [5].

Elle touchait principalement les membres supérieurs et inférieurs, même si elle apparaissait aussi dans des zones non exposées [5].

Le traitement comprenait des pommades locales, des antihistaminiques, des stéroïdes oraux, des antibiotiques, une photothérapie et de la dapsone<sup>2</sup> avec des réponses variables [5].

Les réactions ressemblant à des piqûres d'insectes sont une réaction cutanée relativement courante et possiblement inquiétante chez les patients atteints de LLC. Elles peuvent être liées à une dérégulation immunitaire qui accompagne la LLC et exacerbées par des facteurs externes, notamment les piqûres d'insectes, la chimio-immunothérapie et les infections pyogènes [5].

En 2010, Chassine *et al.* [4] avaient publié des constatations similaires dans une série de six cas où trois patients avaient une LLC, deux un lymphome en manteau et un autre un lymphome de type MALT (*Mucosal Associated Lymphoït*

<sup>2</sup> Dérivé sulfoné actif vis-à-vis des infections à bacille de Hansen. Il présente une marge de sécurité satisfaisante. Il agit sur les fonctions des polynucléaires neutrophiles en inhibant les fonctions cytotoxiques des polynucléaires et l'activité des lysosomes.

## ■ Revues générales

*Tissue*). Lorsque la LLC est évolutive, nécessitant des traitements spécifiques, diverses options thérapeutiques ont été décrites comme, en particulier, le tacrolimus ou la PUVAthérapie.

### ■ Conclusion

Dans le cas présenté ci-dessus, les symptômes étaient en faveur d'une pseudo-réaction à piqûre d'insecte. L'éruption, principalement dorsale est survenue après plusieurs années d'évolution d'une LLC asymptomatique et indolente n'ayant nécessité aucun traitement jusqu'alors. Cette pseudo-réaction à piqûre/morsure d'insecte a simplement nécessité un traitement local par des corticoïdes forts, à l'exclusion de toute corticothérapie par voie générale.

Elle a disparu au bout de 6 mois. Le taux des lymphocytes est resté au niveau des valeurs observées avant la survenue de l'éruption, sans anémie ni thrombopénie significatives.

### BIBLIOGRAPHIE

1. WEED RI. Exaggerated delayed hypersensitivity to mosquito bites in chronic lymphocytic leukemia. *Blood*, 1965; 26:257-268.
2. BARZILAI A, SHAPIRO D, GLOBBERG I *et al*. Insect bite-like reaction inpatients with hematologic malignant neoplasms. *Arch Dermatol*, 1999;135:1503-1507.
3. BYRD JA, SCHERSCHUN L, CHAFFINS ML *et al*. Eosinophilic dermatosis of myeloproliferative disease: characterization of unique eruption in patients with hematologic disorders. *Arch Dermatol*, 2001;137:1378-1380.

4. CHASSINE AF, DADBAN A, CHARFI S *et al*. Dermatose éosinophilique associée aux hémopathies: étude clinique, histopathologique et immunohistochimique de six cas. *Ann Dermatol Vénérol*, 2010;137:181-188.

5. BAIREY O, GOLDSCHMIDT N, RUCHEMER R *et al*. Insect-bite-like reaction in patients with chronic lymphocytic leukemia: a study from the Israeli Chronic Lymphocytic Leukemia Study Group. *Eur J Haematol*, 2012;89: 491-496.

---

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

**réalités**

thérapeutiques en DERMATO-VÉNÉROLOGIE

a le plaisir de vous inviter à la retransmission  
**EN DIRECT** de la webconférence

## Psoriasis et pelade : des atteintes du cuir chevelu aux atteintes systémiques



**Mardi 5 novembre 2024**  
**20 h 45 - 22 h 00**

AVEC LA PARTICIPATION DES :



Dr Pierre-André BECHEREL – Antony



Pr Vivien HEBERT – Rouen



Cette retransmission sera accessible sur le site :

**<https://psopelade.realites-dermatologiques.com>**

La retransmission est strictement réservée au corps médical. Inscription obligatoire.

Avec le soutien institutionnel des laboratoires

 **Bristol Myers Squibb**® et  **Pfizer**  
Inflammation & Immunologie

## ■ Revues générales

# Lichen scléreux génital chez la femme : mise au point

**RÉSUMÉ :** Le lichen scléreux vulvaire (LSV) est une dermatose inflammatoire chronique fréquente, touchant principalement la femme après la ménopause et la petite fille prépubère. Si elle est classiquement prurigineuse, il ne faut pas méconnaître les formes asymptomatiques.

Les aspects cliniques varient, mais on doit retenir l'aspect blanc nacré brillant caractéristique, auquel s'ajoutent – plus ou moins – fissures, hémorragies sous-épithéliales, pigmentation postinflammatoire, modifications architecturales. Le traitement repose essentiellement sur les dermocorticoïdes très forts, avec un traitement d'attaque quotidien, puis un traitement d'entretien de plusieurs mois au moins, souvent pendant des années. Le risque de carcinome épidermoïde est faible chez les patientes traitées et bien suivies.



### L. HEFEZ

Grand Hôpital Est Francilien (GHEF), JOSSIGNY.  
Hôpital Saint-Louis, PARIS.  
Institut mutualiste Montsouris (IMM), PARIS.

Le lichen scléreux vulvaire (LSV) est une dermatose inflammatoire chronique souvent sous-estimée. Il n'est pas rare, lors d'un examen vulvaire à titre systématique chez une femme ménopausée sans aucune plainte, d'en découvrir un asymptomatique.

Nous proposons, ici, une mise au point sur cette pathologie importante à bien connaître de tout dermatologue, en raison, notamment, du retentissement fonctionnel parfois intense et du risque non négligeable d'évolution cancéreuse (néoplasie intraépithéliale vulvaire différenciée, dVIN, carcinome épidermoïde, CE) lors de son évolution naturelle.

### ■ Épidémiologie

La prévalence du LSV est mal connue, sans doute entre 0,3 et 3 % selon les populations étudiées [1]. C'est une maladie qui peut survenir à tout âge, mais qui atteint beaucoup plus fréquemment les femmes ménopausées, avec un âge moyen de 60 ans environ [2]. Le deuxième pic de fréquence est chez l'en-

fant. La prévalence chez la petite fille est ainsi estimée à 1 : 900, avec une majorité d'enfants ayant entre 4 et 6 ans. La maladie se chronicise chez plus de 3/4 des patientes [3].

Historiquement ont été utilisés les termes de "kraurosis", de "white spot disease" et, jusqu'à récemment, de "lichen scléro-atrophique". Aujourd'hui, on préfère dire simplement lichen scléreux. L'association d'un LSV avec des lésions extragénitales de lichen scléreux n'est pas rare (**fig. 1**), se pose alors la question du diagnostic



**Fig. 1 :** Atteinte cutanée extra-génitale de lichen scléreux chez une patiente avec LSV.

différentiel de morphee [4]. On retrouve jusqu'à 12 % de formes familiales de LSV [5], avec des maladies plus résistantes au traitement et un risque carcinologique plus élevé.

### ■ Physiopathologie

La physiopathologie du LSV est encore imparfaitement élucidée, et son origine très probablement multifactorielle : génétique [3], hormonale, auto-immune, environnementale [1].

Le caractère auto-immun n'est pas établi avec certitude, mais c'est une hypothèse forte, confortée par l'association fréquente avec d'autres maladies auto-immunes [6], notamment des thyroïdites ou un vitiligo, et par la mise en évidence d'un auto-anticorps anti-ECM1 dans le sérum de patients [7]. On ne recommande pas de bilan biologique à titre systématique au diagnostic de la maladie, on peut en proposer un en fonction des signes cliniques et de l'histoire de la patiente.

### ■ Clinique

>>> Le signe fonctionnel cardinal du LSV est le prurit, parfois intense. Cependant on estime que 10 à 20 % des LSV sont asymptomatiques (fig. 2). Plus rarement, les femmes se plaignent de douleurs, de brûlures, de dyspareunies.

L'atteinte est classiquement symétrique, touchant la vulve du clitoris jusqu'à la périnée, et jusqu'à l'anus dans 30 % des cas [8]. On parle d'atteinte "en chiffre 8" (fig. 3). L'atteinte vaginale est exceptionnelle (contrairement au lichen plan érosif).

>>> L'aspect d'une forme typique de LSV est caractéristique, avec une triade comprenant :

- **Des modifications de couleur :** le LSV occasionne des lésions typiquement blanc nacré (fig. 4), principalement



Fig. 2: LSV typique chez une patiente parfaitement asymptomatique.



Fig. 3: Atteinte "en chiffre 8".



Fig. 4: Femme de 40 ans, LSV débutant. Aspect blanc nacré brillant.

muqueuses (petites lèvres, face interne des grandes lèvres, clitoris et zone périclitordienne), mais aussi parfois sur le versant cutané (périnée, face externe des grandes lèvres...). On retrouve aussi des lésions rouges, dues aux ecchymoses/hémorragies sous-épithéliales (fig. 5), et parfois de la pigmentation post-inflammatoire (fig. 6).

- **Des changements de texture :** la peau est scléreuse, fragile, moins élastique, parfois fissuraire.



Fig. 5A: Hémorragies sous-épithéliales. B: Hémorragies sous-épithéliales sur LSV hyperkératosique.

## Revue générale



Fig. 6 : Pigmentation post inflammatoire.



Fig. 7 : Atrophie vulvaire partielle avec fusion des petites lèvres – le gland du clitoris est encore visible.



Fig. 8 : Patiente de 35 ans, LSV depuis l'enfance. Remaniements architecturaux importants et pigmentation post inflammatoire.

● **Des modifications architecturales :** l'évolution du LSV se fait vers un émoussement voire une disparition des reliefs, avec un "encapuchonnement" ou enfouissement du gland du clitoris, une fusion de petites lèvres avec les grandes lèvres (synéchie), une bride de la fourchette postérieure et parfois une fermeture de l'orifice vaginal (fig. 7 à 9). On parle d'atrophie, à ne pas confondre avec l'atrophie post-ménopausique (fig. 10).



Fig. 9 : Fermeture importante de l'orifice vaginal - LSV quiescent par ailleurs – risque de difficultés pour uriner, dyspareunies.



Fig. 10 : SGUM (Syndrome génito-urinaire de la ménopause) ou atrophie post- ménopausique.

Par effet Koebner, le LS atteint plus spécifiquement les zones cicatricielles et sur la vulve en particulier les cicatrices obstétricales (épisiotomie notamment) (fig. 11).

>>> **Certaines formes cliniques sont plus trompeuses**

Le LSV débutant est parfois difficile à déceler, avec une vulve semblant normale, et c'est alors le prurit vulvaire qui fera évoquer le diagnostic. Les petites lèvres ne sont pas toujours atrophiques, et on peut voir des petites lèvres comme épaissies, avec un aspect "soufflé" (fig. 12). Difficile de différencier un LSV vitiligoïde d'un vitiligo, en particulier sur peau noire, il faut alors être attentif



Fig. 11 : LSV débutant avec effet Koebner sur la cicatrice d'épisiotomie. Noter aussi la petite hémorragie sous épithéliale, l'atteinte évocatrice des sillons inter-labiaux.



Fig. 12 : Aspect "soufflé" des petites lèvres.

à la présence des autres signes cliniques (fig. 13). Une zone érythémateuse peut correspondre à une vulvite de Zoon associée (fig.14).

Le LSV est classiquement symétrique, mais il existe des formes localisées mimant alors une lichénification ou une néoplasie intraépithéliale (fig. 15).



Fig. 13: LSV vitiligoïde.



Fig. 14: LSV avec vulvite de Zoon associée (biopsie de la petite lèvre droite).



Fig. 15: LSV localisé à la petite lèvre (Photo Dr De Belilovsky).

On trouve aussi des formes périfolliculaires (fig. 16).



Fig. 16: LSV dans une variante folliculaire (Photo Dr De Belilovsky).

et du traitement, *a fortiori* si on a des photographies de qualité de l'aspect clinique initial à consigner dans le dossier médical.

### ■ La place de la biopsie

Il n'y a pas forcément lieu de biopsier un LSV typique chez une patiente comprenant bien les enjeux de la pathologie

En revanche, il ne faut pas hésiter à biopsier en cas de doute diagnostique (tableau 1) ou de résistance au traitement, ou si l'on suspecte une transfor-

Caractéristiques cliniques du LSV	Diagnostics différentiels
<b>Pâleur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Vitiligo</li> <li>● Lichénification</li> <li>● Néoplasie intraépithéliale (VIN) (différenciée ou HSIL)</li> <li>● Atrophie post-ménopausique</li> </ul>
<b>Pigmentation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mélanome</li> <li>● Toute autre cause de pigmentation post-inflammatoire ou post-traumatique</li> <li>● Mélanose idiopathique</li> </ul>
<b>Ecchymoses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Angiomes</li> <li>● Traumatisme</li> </ul>
<b>Érosions, fissures</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Herpès</li> <li>● VIN (dVIN, HSIL), CE</li> <li>● Pemphigoïde des muqueuses</li> </ul>
<b>Remaniements anatomiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Atrophie post-ménopausique</li> <li>● Lichen plan érosif</li> <li>● Pemphigoïde des muqueuses</li> </ul>
<b>HSIL: High grade Squamous Intraepithelial Lesion (HPV).</b>	

Tableau 1: Inspiré de Moyal-Barracco et al. [2].

## Revue générale

mation carcinomateuse. Par exemple, on biopsiera une zone hyperkératosique (leucoplasie) (*fig. 17*), une ulcération persistante (*fig. 18*), ou une pigmentation atypique (toute pigmentation sur LSV n'est pas post-inflammatoire et il ne faut pas méconnaître un mélanome [9]).

On biopsie aussi plus facilement les femmes jeunes qui connaîtront statistiquement plus souvent une rémission de la maladie pour avoir une preuve de leur antécédent dans leur dossier médical.

Histologiquement, on retrouve dans le lichen scléreux un épiderme aminci et atrophique avec une couche compacte



**Fig. 17 :** leucoplasie sur LSV (Histologie: VIN différenciée).



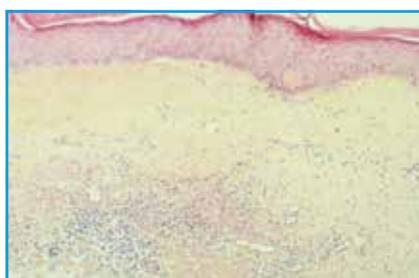
**Fig. 18 :** ulcération péri anale persistante chez une patiente avec LSV ancien, sévère, aggravé par la macération (incontinence urinaire). Histologie bénigne.

## POINTS FORTS

- Le lichen scléreux vulvaire (LSV) est une dermatose inflammatoire chronique classiquement prurigineuse, cependant dans 10 à 20 % des cas il est parfaitement asymptomatique.
- Il touche préférentiellement la femme ménopausée, mais peut survenir à tout âge, avec un pic chez la petite fille.
- Cliniquement la triade typique comporte des modifications de couleur (un aspect blanc nacré, des hémorragies sous-épithéliales, parfois une pigmentation post-inflammatoire), des remaniements architecturaux, et des changements de texture (peau plus fine et fragile).
- Le traitement est stéréotypé (application au long cours de dermocorticoïdes très forts avec un traitement d'attaque quotidien puis un traitement d'entretien proactif) et aucune nouvelle technique n'a fait, pour le moment, la preuve de son efficacité.
- Des études récentes montrent l'intérêt d'un traitement prolongé, d'une part pour limiter le risque de cancérisation et d'autre part atténuer l'évolution cicatricielle.

d'orthohyperkératose, souvent une vacuolisation de la basale, et surtout une bande fibrohyaline dans le derme super-

ficiel avec un infiltrat lymphocytaire en bande sous-jacent (*fig. 19 et 20*).



**Fig. 19 :** Bande de collagène hyalinisé sous épithéliale associée à une destruction des fibres élastiques (coloration à l'orcéine).



**Fig. 20 :** Infiltrat inflammatoire à dominante lymphocytaire sous-jacent.

### LSV pédiatrique

Chez la petite fille (*fig. 21*), les petites lèvres ne sont pas encore développées. Les signes d'alerte spécifiques à cet âge sont souvent, en dehors du prurit, une constipation opiniâtre ou une dysurie. Le diagnostic différentiel de maltraitance peut être évoqué avec grande prudence devant des ecchymoses. La place de la biopsie est inexistante.

### Évolution et pronostic

L'évolution est chronique avec classiquement des périodes de rémission et de récurrences. Une étude sur 84 patientes a montré un risque de rechute après arrêt des DC de 50 % à 16 mois et de 84 % à 4 ans [10]. Plus la maladie commence tard et moins il y a de chances de rémission (aucune si début après 70 ans dans cette étude).



Fig. 21 : LSV pédiatrique.

Nos patientes sont toujours très inquiètes du risque de cancer. Le risque de développer une VIN différenciée (fig. 22) et/ou un CE (fig. 23), chez les patientes non traitées est estimé à environ 5 % [11],

mais diminue nettement en cas de traitement bien conduit (sans doute inférieur à 2 %).



Fig. 22 : LSV ancien, antécédent de CE. La plaque leucoplasique périnéale correspond à une VIN différenciée, la zone ulcérée au-dessus à un CE micro-invasif.



Fig. 23 : CE invasif de la lèvre gauche chez une patiente avec LSV ancien et mauvaise observance thérapeutique.

### ■ Retentissement psychologique

L'impact du LSV sur la qualité de vie est indéniable [12], avec un surrisque démontré d'anxiété (OR : 2,50 ; IC95 % : 2,10-2,97 ; P < 0,001) et de dépression (OR : 2,16 ; IC95 % : 1,82-2,57 ; P < 0,001) par rapport à des cas contrôle indemnes de LSV en analyse multivariée [13].

### ■ Traitement

**>>> Le traitement repose en première intention sur l'application de dermocorticoïdes (DC) forts à très forts**

L'usage en France est d'utiliser du propionate de clobétasol, mais les pomades sont parfois mieux tolérées.

On a prescrit pendant longtemps des schémas d'application un peu complexes avec une décroissance très progressive. Aujourd'hui on propose le plus souvent en traitement d'attaque une application quotidienne pendant 1 à 3 mois selon la sévérité des signes cliniques, puis en entretien une application deux ou trois fois par semaine pendant au moins plusieurs mois/années. L'éducation thérapeutique est primordiale, si possible avec un miroir. La plu-

part des échecs thérapeutiques sont dus à une méthode d'application erronée des DC, et/ou une corticophobie [14].

Il n'y a pas de véritable consensus sur la durée d'application en dose d'entretien. Cependant, il est désormais démontré que le maintien au long cours d'une application de dermocorticoïdes une à deux fois par semaine permet de diminuer le risque de survenue d'un CE [15]. De même, ce traitement d'entretien est lié à une diminution des récurrences de CE chez les patientes souffrant de LSV [16]. Ainsi, de plus en plus d'experts recommandent un traitement proactif prolongé [17], comme on fait désormais communément, par exemple, dans la dermatite atopique sévère.

Chez la petite fille, chez qui il est recommandé d'utiliser les DC selon le même protocole, il est démontré qu'il y a plus d'anomalies architecturales irréversibles lorsque la compliance est mauvaise [18].

Les mesures associées aux DC sont si besoin : émollients à volonté, lubrifiants pour les rapports sexuels, ajout d'un œstrogénique local si sécheresse vaginale et en l'absence de contre-indication. La prise en charge d'une potentielle incontinence urinaire associée est indispensable, car c'est un facteur reconnu d'aggravation des lésions de lichen. Le suivi est à vie et s'appuie, si possible, sur des photographies.

### >>> Autres traitements topiques

Les recommandations européennes [19] proposent, en deuxième intention, l'application de tacrolimus topique, contrairement aux recommandations anglaises qui estiment qu'il n'y a pas suffisamment de preuves [20]. Dans notre expérience, il est très rarement utilisé.

Les injections intralésionnelles de triamcinolone (10-20 mg), par exemple sur des lésions hyperkératosiques pour lesquelles une biopsie a éliminé une dysplasie ou *a fortiori* un CE, sont éga-

## Revue générale

lement proposées par ces deux recommandations, mais le sont très rarement en pratique.

Les rétinoïdes topiques ne sont pas recommandés, et la testostérone topique, utilisée dans les années 80, est désormais formellement contre-indiquée en raison de ses importants effets secondaires.

### >>> Traitements alternatifs

De nouvelles techniques prétendues “innovantes” et “efficaces” selon de très courtes séries/études comportant de sérieux biais méthodologiques, n’ont pas fait la preuve de leur efficacité. Aucune n’est officiellement recommandée et elles ne remplacent en aucun cas le traitement à base de corticoïdes. Il s’agit des lasers CO<sub>2</sub> et Yag, de la photothérapie dynamique, des injections de PRP (Plasma riche en plaquettes).

La place des traitements systémiques est très limitée et mal codifiée. Les rétinoïdes seraient les plus prescrits, mais le méthotrexate probablement le plus efficace des systémiques utilisés en pratique ; les deux sont prescrits hors AMM [21].

### >>> Place de la chirurgie

Elle est limitée en dehors des considérations carcinologiques (pour rappel : ablation chirurgicale limitée systématique de toute lésion de dVIN prouvée histologiquement et chirurgie carcinologique si CE). On peut être amené à proposer une intervention chirurgicale pour lever une bride de la fourchette postérieure responsable de dyspareunies, ou lorsque la sténose de l’orifice vaginal est responsable d’une déviation du jet urinaire, voire rarement d’une impossibilité d’uriner (périnéoplastie). Le “désencapuchonnement” du clitoris n’apporte en règle générale pas d’amélioration fonc-

tionnelle, sauf en cas de pseudo-kyste smegmatique.

### BIBLIOGRAPHIE

1. DE LUCA DA, PAPARA C, VOROBYEV A *et al.* Lichen sclerosus: The 2023 update. *Front Med (Lausanne)*. 2023;10:1106318.
2. MOYAL-BARRACCO M, WENDLING J. Vulvar dermatoses. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2014;28:946-958.
3. BOERO V, CAVALLI R, GAIA C *et al.* Pediatric vulvar lichen sclerosus: Does it resolve or does it persist after menarche? *Pediatric Dermatology*. 2023;40:472-475.
4. LUTZ V, FRANCÈS C, BESSIS D *et al.* High frequency of genital lichen sclerosus in a prospective series of 76 patients with morphea: toward a better understanding of the spectrum of morphea. *Arch Dermatol*, 2012;148:24-28.
5. SHERMAN V, MCPHERSON T, BALDO M *et al.* the high rate of familial lichen sclerosus suggests a genetic contribution: an observational cohort study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2010;24:1031-1034.
6. COOPER SM, ALI I, BALDO M *et al.* the association of lichen sclerosus and erosive lichen planus of the vulva with autoimmune disease: a case-control study. *Arch dermatol*. 2008;144:1432-1435.
7. OYAMA N, CHAN I, NEILL SM *et al.* antibodies to extracellular matrix protein 1 in lichen sclerosus. *Lancet*, 2003;362:118-123.
8. LY S. Prise en charge du lichen scléreux vulvaire de l’anus. *Annales de dermatologie et de vénérologie-fmc*, 2021; 20-24.
9. SIM SJY, DEAR K, MASTORAKI E *et al.* Genital lichen sclerosus and melanoma; a systematic review. *Skin Health Dis*, 2023;3:198.
10. RENAUD-VILMER C, CAVELIER-BALLOY B, PORCHER R *et al.* Vulvar lichen sclerosus: effect of long-term topical application of a potent steroid on the course of the disease. *Arch Dermatol*, 2004;140:709-712.
11. HALONEN P, JAKOBSSON M, HEIKINHEIMO O *et al.* Lichen sclerosus and risk of cancer. *Int J Cancer*, 2017;140:1998-2002.
12. ARNOLD S, FERNANDO S, REES S. Living with vulval lichen sclerosus: a qualitative interview study. *Br J Dermatol*, 2022;187:909-918.
13. FAN R, LEASURE A, MAISHA F *et al.* Depression and anxiety in patients with lichen sclerosus. *Jama Dermatol*, 2022;158:953-954.
14. DELPERO E, SRIHARAN A, SELK A. Steroid phobia in patients with vulvar lichen sclerosus. *J Low Genit Tract Dis*, 2023;27:286-290.
15. LEE A, BRADFORD J, FISCHER G. Long-term management of adult vulvar lichen sclerosus: a prospective cohort study of 507 women. *Jama Dermatol*, 2015;151:1061-1067.
16. CHIN S, SCURRY J, BRADFORD J *et al.* Association of topical corticosteroids with reduced vulvar squamous cell carcinoma recurrence in patients with vulvar lichen sclerosus. *Jama Dermatol*, 2020;156:813-814.
17. COOPER SM, MADNANI N, MARGESSON L. Reduced risk of squamous cell carcinoma with adequate treatment of vulvar lichen sclerosus. *Jama Dermatol*, 2015;151:1059-1060.
18. KHERLOPIAN A, FISCHER G. Does compliance to topical corticosteroid therapy reduce the risk of development of permanent vulvar structural abnormalities in pediatric vulvar lichen sclerosus? A retrospective cohort study. *Pediatr Dermatol*, 2022;39:22-30.
19. KIRTSCHIG G, KINBERGER M, KREUTER A *et al.* Euroguidem guideline lichen sclerosus, 2023.
20. LEWIS F, TATNALL F, VELANGI S *et al.* British association of dermatologists guidelines for the management of lichen sclerosus. *Br J Dermatol*, 2018;178:839-853.
21. HARGIS A, NGO M, KRAUS C *et al.* Systemic therapy for lichen sclerosus: A systematic review. *J Low Genit Tract Dis*, 2024;28:84-90.

L’auteur a déclaré ne pas avoir de liens d’intérêt avec les données publiées dans cet article.

## Revue générale

# Douleur neuropathique chronique sur cicatrice : traitement transdermique par capsaïcine

**RÉSUMÉ :** L'augmentation notable des cas de cancers de la peau entraîne une demande croissante de procédures chirurgicales dermatologiques non esthétiques. Bien que la chirurgie dermatologique ne soit pas décrite comme à haut risque, la douleur chronique post-chirurgicale (DCPC) en est une complication possible impactant la qualité de vie des patients. La DCPC est liée à des altérations traumatiques nerveuses survenant au cours de la chirurgie et à des phénomènes inflammatoires locaux pouvant conduire à un phénomène de sensibilisation centrale [1]. Les traitements classiques de la douleur neuropathique sont parfois insuffisants et peuvent être sources d'effets indésirables importants ou de mésusage. La capsaïcine à haute concentration transdermique, par son mode d'action et sa tolérance, constitue une alternative thérapeutique intéressante dans la prise en charge des DCPC en dermatologie.



**E. LAUDE-PAGNIEZ, A. LECLERC**  
Service de Dermatologie,  
CHU AMIENS-PICARDIE.

### La douleur chronique post chirurgicale

#### 1. Définition

La DCPC est une douleur qui se développe après une intervention chirurgicale et qui persiste au moins 1 mois après le processus de cicatrisation initiale [2]. Elle peut se développer après un intervalle libre, parfois long, suivant la chirurgie, témoignant de mécanismes de remaniements cicatriciels prolongés. Høimyr *et al.* rapportent un délai d'apparition de la douleur par rapport à la chirurgie d'en moyenne 23 mois après une chirurgie de mélanome [23].

Elle possède, le plus souvent, un caractère neuropathique, conséquence d'une lésion affectant le système nerveux somato-sensoriel et qui est un facteur de risque indépendant d'altération de la qualité de vie [4].

#### 2. Épidémiologie

D'après une enquête menée par la Société française d'étude et de traitement

de la douleur (SFETD) auprès des patients consultant pour la première fois pour douleur neuropathique, la chirurgie serait la deuxième cause de douleur neuropathique après les lomboradiculalgies. Elle surviendrait chez 10 à 50 % des patients opérés (**fig. 1**) [5, 6]. L'épidémiologie de la DCPC après chirurgie cutanée est peu documentée. Après exérèse de mélanome, une seule étude portant sur 350 patients du service de chirurgie plastique d'Aalborg (Danemark) a évalué la survenue de douleur péricicatricielle. Celle-ci concernait 9,7 % des patients avec 8,6 % de douleurs chroniques (présentes depuis 2 ans) [7].

#### 3. Facteurs de risque identifiés

Toute chirurgie peut se compliquer de DCPC. Les principaux facteurs de risque sont résumés dans le **tableau I**.

#### 4. Diagnostic

La douleur neuropathique se caractérise souvent par une composante spontanée associée à des douleurs provoquées par la stimulation [3].

## Revue générale

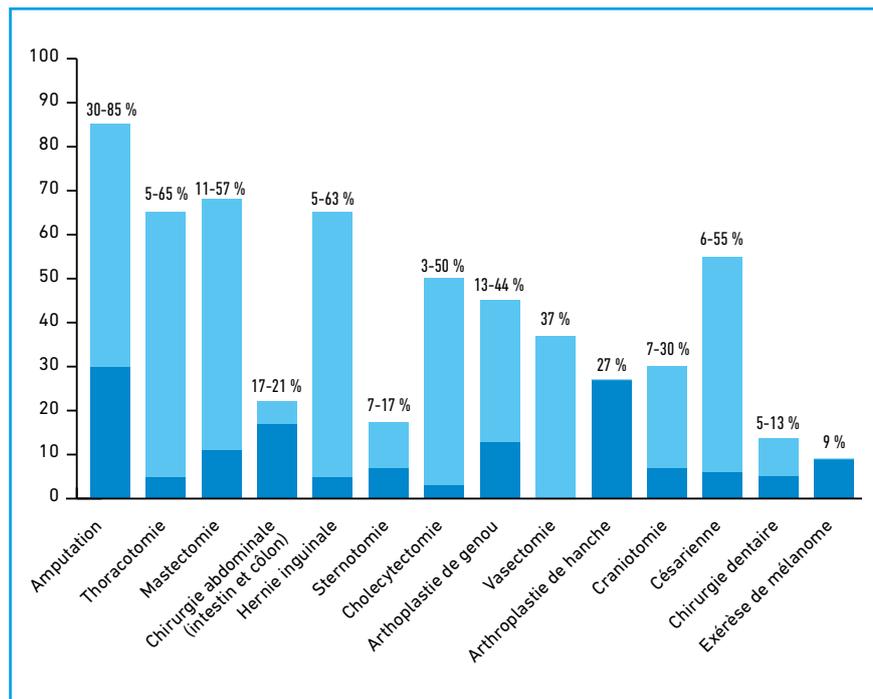


Fig. 1 : Incidence de la DCPC selon le type de chirurgie.

Facteurs pré-opératoires	Facteurs en lien avec la chirurgie	Facteurs post-opératoires
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Âge &lt; 50 ans</li> <li>● Sexe féminin</li> <li>● Anxiété</li> <li>● Tabagisme</li> <li>● Prédilection génétique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Chirurgie à risque de lésion nerveuse</li> <li>● Infection/hémorragie/complication</li> <li>● Technique chirurgicale (ex : laparotomie &gt; cœlioscopie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Douleur post-opératoire aiguë</li> <li>● Anxiété</li> </ul>

Tableau 1 : Facteurs de risques de DCPC [5, 8].

L'interrogatoire et l'examen clinique peuvent orienter vers une cause neuropathique par la recherche de sensations anormales ou douloureuses, spontanées ou provoquées (allodynie, hyperalgie, hypoesthésie, anesthésie, paresthésie, dysesthésie). La DCPC est à rechercher systématiquement et compris à distance de la chirurgie car elle peut se manifester après un intervalle libre de plusieurs mois après l'intervention.

**En pratique, le dépistage de la douleur neuropathique péricatriculaire repose sur l'interrogatoire et un examen clinique minutieux :**

- À l'interrogatoire, les éléments évocateurs à rechercher sont :

**>>> Une douleur spontanée :**

- soit continue (ex : brûlure, froid douloureux) ;
- soit paroxystique (ex : décharges électriques, picotements, démangeaisons).

**>>> Une douleur provoquée** par la stimulation : tactile, thermique.

**>>> La présence de sensations anormales** souvent décrites par le patient comme des "picotements, démangeaisons, engourdissements, fourmillements".

- À l'examen clinique, il convient de rechercher :

**>>> Un déficit sensitif** (tactile, à la piqure, au chaud, au froid).

**>>> Une allodynie** (douleur à une stimulation normalement indolore) : cette recherche peut être faite par le passage d'un pinceau sur la zone : en cas d'allodynie, cette stimulation normalement indolore se révèle douloureuse.

Le questionnaire DN4 (Douleur Neuropathique en 4 Questions) reprend ces éléments d'interrogatoire et de l'examen clinique et permet de dépister une douleur neuropathique avec une excellente sensibilité et spécificité.

Aucun examen complémentaire n'est nécessaire pour confirmer le diagnostic.

### 5. Conséquences

La DCPC a un impact reconnu sur la qualité de vie des patients. Elle a en effet des conséquences sur la qualité de sommeil, la santé cardiovasculaire, les capacités cognitives, la santé mentale, l'activité sexuelle. Par ailleurs, la DCPC a également des implications financières liées aux soins de santé (traitements, consultations) et à la perte de productivité par l'absentéisme au travail [9].

- **Traitements classiques des DCPC**

Les analgésiques courants, comme le paracétamol et les AINS, sont inefficaces pour soulager la douleur neuropathique.

Les médicaments traditionnellement utilisés dans le traitement de la douleur neuropathique tels que les antidépresseurs et les antiépileptiques sont souvent associés à un risque d'interaction médicamenteuse et d'effets secondaires, tels que des problèmes gastro-intestinaux, des maux de tête, de la somnolence, des sensations vertigineuses. Les opiacés forts peuvent être indiqués mais exposent également

vous invitent à voir ou revoir  
**EN DIFFÉRÉ** la retransmission  
de la webconférence

## L'ACNÉ EN MUTATION : Adapter la prise en charge à l'individu et à la société



- **Une prise en charge personnalisée de l'acné**  
(Femme adulte, phototypes foncés, personnes transgenres)
- **La place des dermocosmétiques dans le protocole de soins**

Avec la participation de :



**Dr Fabienne BALLANGER-DESOLNEUX,**  
Dermatologue, Bordeaux.



**Dr Sandra LY,**  
Dermatologue, Gradignan.



Cette retransmission est accessible sur le site :  
<https://acne.realites-dermatologiques.com>  
Webconférence réservée aux professionnels de santé. Inscription obligatoire.

## Revue générale

à un risque de mauvaise tolérance et d'accoutumance.

Les emplâtres de lidocaïne constituent un traitement local ayant l'avantage d'une bonne tolérance et l'absence d'effet systémique mais n'ont pas l'AMM dans cette indication. Tous ces traitements ne sont que suspensifs.

### ● Traitement par Capsaïcine patch 8 %

Le Qutenza est un antalgique utilisé par voie transdermique composé de capsaïcine. Il a été développé initialement dans les neuropathies liées au VIH et pour les douleurs post-zostériennes. Il est administré toutes les 12 semaines et a l'avantage de pouvoir s'adapter en se découpant aux dimensions et à la forme de la zone à traiter (fig. 2). Sa seule contre-indication est une hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients. Il nécessite une utilisation en milieu hospitalier, dans le cadre d'une hospitalisation de jour.

#### >>> Mode d'action

En cas de concentration élevée de capsaïcine (Qutenza) ou d'exposition prolongée à de faibles doses de capsaïcine, on obtient un effet antalgique par deux phénomènes distincts dont l'un est précoce, l'autre retardé.

Dans un premier temps, la capsaïcine active les nocicepteurs cutanés exprimant le TRPV1 se traduisant par une sensation de brûlure ou de prurit. Un érythème peut survenir, lié à la libération locale de neuropeptides vasoactifs. Dans un deuxième temps, survient une phase de désensibilisation et de dégénérescence des terminaisons nerveuses, à l'origine de l'effet antalgique prolongé.

#### >>> Efficacité

Les résultats des méta-analyses sur les données d'efficacité obtenues lors du développement clinique de Qutenza



**Fig. 2 :** Étapes de traitement par Qutenza. **A :** Cartographie de la zone allodynique au monofilament de Von Frey. **B :** Zone allodynique. **C :** Création d'un calque de la zone allodynique correspondant à la zone à traiter. **D :** Anesthésie locale à la lidocaïne gel (EMLA). **E :** Application du patch de Qutenza (60 min).

montrent une réduction de l'intensité douloureuse rapide (dès la 1<sup>re</sup> semaine) et qui se maintient durant 12 semaines. Cette diminution de la douleur est couplée à une amélioration de la qualité de vie chez plus de 60 % des patients, évaluée par l'échelle PGIC (*Patients Global Impression of Change*) [10, 11].

En chirurgie dermatologique, à notre connaissance, une seule étude a évalué l'efficacité de la capsaïcine à haute concentration dans les DCPC. Dans cette étude, les treize patients avaient une DCPC après exérèse de mélanome cutané, traité par une à cinq applications de capsaïcine 8 % transdermique avec un suivi  $\geq 6$  mois. La réduction moyenne du score douloureux était de 91,4 % entre le début et la semaine 12

après le traitement, dont six rémissions complètes. Une seule rechute est survenue au cours du suivi et a été traitée efficacement par une nouvelle administration. Une diminution de la surface de la zone allodynique après traitement a été observée, une diminution de l'usage des autres antalgiques et une amélioration globale de la qualité de vie liée à la santé des patients. De plus, le traitement était efficace quelle que soit la durée de la douleur préexistante [12].

#### >>> Tolérance

Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés sont une sensation de brûlure, une douleur, un érythème ( $\geq 1/10$ ) ou, moins fréquemment, un prurit, des papules, des vésicules, un œdème

## POINTS FORTS

- Toute chirurgie, y compris dermatologique, expose au risque de DCPC qui a souvent un caractère neuropathique et un impact majeur sur la qualité de vie des patients.
- Les facteurs de risque de DCPC liés au patient sont l'âge de moins de 50 ans, le sexe féminin, l'anxiété, le tabagisme. Il est nécessaire de dépister et de traiter la douleur aiguë postopératoire qui est un facteur de risque de développer une DCPC.
- La DCPC doit être dépistée à chaque consultation car elle peut se manifester tardivement après l'intervention chirurgicale. Un retard de prise en charge peut entraîner un phénomène de sensibilisation centrale potentiellement irréversible.
- En pratique, l'interrogatoire et l'examen clinique permettent de dépister une allodynie (douleur lors d'un stimulus normalement indolore).
- Le traitement par Capsaïcine 8 % a l'avantage d'une application transcutanée toutes les 12 semaines mais doit être réalisé en milieu hospitalier. Il est globalement mieux supporté, d'efficacité prolongée et sans les effets secondaires des antalgiques centraux.

ou une sécheresse (entre 1/10 et 1/100). Ces effets indésirables sont d'intensité légère à modérée, localisés à la zone d'application et transitoires (résolutifs dans la semaine suivant la pose). Une augmentation de la pression artérielle est possible (augmentation moyenne rapportée < à 8 mmHg) et impose la surveillance pendant et après l'application du patch [13].

Dans toutes les études contrôlées, le taux de patients ayant arrêté prématurément, le traitement en raison d'effets indésirables a été de 2 % chez les patients traités par Qutenza et de 0,9 % chez les patients traités dans le groupe témoin.

### >>> Exemple de traitement par Qutenza

DCPC sur cicatrice de mélanome de jambe droite (**fig. 2**).

## BIBLIOGRAPHIE

1. HWANG CD, HOFTIEZER YAJ, RAASVELD FV *et al.* Biology and pathophysiology of symptomatic neuromas. *Pain*, 2024; 165:550-564.
2. SCHUG SA, LAVAND'HOMME P, BARKE A *et al.* The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic postsurgical or post-traumatic pain. *Pain*, 2019;160:45-52.
3. BEITEKE U, BIGGE S, REICHENBERGER C *et al.* Pain and pain management in dermatology. *J Dtsch Dermatol Ges*, 2015;13: 967-987.
4. ATTAL N, LANTERI-MINET M, LAURENT B *et al.* The specific disease burden of neuropathic pain: Results of a French nationwide survey. *PAIN*, 2011;152: 2836-2843.
5. KEHLET H, JENSEN TS, WOOLF CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet*, 2006;367:1618-1625.
6. MARTINEZ V, BAUDIC S, FLETCHER D. Douleurs chroniques postchirurgicales. *Ann Fr Anesth Réanimation*, 2013;32: 422-435.
7. HØIMYR H, VON SPERLING ML, ROKKONES KA *et al.* Persistent Pain After Surgery for Cutaneous Melanoma. *Clin J Pain*, 2012;28:149-156.
8. THAPA P, EUASOBHON P. Chronic postsurgical pain: current evidence for prevention and management. *Korean J Pain*, 2018;31:155-173.
9. FINE PG. Long-term consequences of chronic pain: mounting evidence for pain as a neurological disease and parallels with other chronic disease states. *Pain Med*, 2011;12:996-1004.
10. qutenza-epar-public-assessment-report\_en.pdf [Internet]. [cité 7 avr 2021]. Disponible sur: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/qutenza-epar-public-assessment-report\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/qutenza-epar-public-assessment-report_en.pdf)
11. CT-13442\_QUTENZA-Commission-Transparence.pdf [Internet]. [cité 14 avr 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-13442\\_QUTENZA\\_PIC\\_REEV\\_Avis3\\_CT13442.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-13442_QUTENZA_PIC_REEV_Avis3_CT13442.pdf)
12. LAUDE-PAGNIEZ E, LECLERC J, LOK C *et al.* Capsaicin 8 % patch as therapy for neuropathic chronic postsurgical pain after melanoma excision surgery: A single center case series. *JAAD Case Rep*, 2022;30:70.
13. VIDAL [Internet]. [cité 22 mai 2021]. QUTENZA 179 mg patch cutané + gel nettoyant. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/qutenza-179-mg-patch-cutane-gel-nettoyant-93564.html>

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

## Revue générale

# Respect de l'environnement, comment adapter nos pratiques ?

**RÉSUMÉ :** La prise de conscience du dérèglement climatique, de l'augmentation de la pollution, de l'effondrement de la biodiversité est aujourd'hui bien réelle dans la communauté médicale et en particulier dermatologique. L'exercice de la médecine est lui-même générateur de gaz à effet de serre et de pollution. Nous proposons différentes pistes pour être plus écoresponsables au quotidien dans l'exercice de notre spécialité, des bâtiments aux prescriptions, en passant par les transports, les achats et la formation. Nous verrons également que diminuer notre impact environnemental génère des co bénéfices et permet de réaliser des économies au quotidien.



**A.-C. DAVAINÉ<sup>1</sup>, C. PANNEQUIN<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Cabinet de Dermatologie Morlaix, service de Dermatologie, CHU BREST.

<sup>2</sup> Cabinet de Dermatologie, MARCQ-EN-BARCEUL.

### Pourquoi s'orienter vers une pratique dermatologique plus écoresponsable ?

Le dérèglement climatique est impactant pour la santé humaine mais l'exercice de la médecine a aussi un impact sur la planète à travers les émissions de gaz à effet de serre. Nous participons également à la pollution par nos déchets plastiques, chimiques, nos prescriptions médicamenteuses et de cosmétiques. Chaque tonne de CO<sub>2</sub> émise contribue directement au réchauffement de notre planète selon le GIEC (groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat). Les eaux de rivières sont polluées par des médicaments sur toute la surface de la planète [1] mais aussi par des per et polyfluoroalkylés (PFAS), des nanoparticules, des perturbateurs endocriniens, des microplastiques.

La répartition des émissions de gaz à effet de serre pour le secteur de la santé français a été évaluée par le *think tank*, le *shift project* en 2021 puis réactualisée en 2023 [2]. Les plus grosses émissions sont représentées par les prescriptions de médicaments et dispositifs médicaux

(53 % du total). Plus spécifiquement pour les cabinets de médecine générale de ville, une étude suisse évalue de manière rétrospective les émissions carbonées : 30 tonnes de CO<sub>2</sub>eq pour un cabinet moyen avec 45,7 % pour les transports du personnel et des patients et 30 % pour le chauffage [3]. Dans cette étude suisse, la part des prescriptions de médicaments et de consommables n'est cependant pas individualisée. La répartition est probablement un peu différente dans un cabinet de dermatologie en raison de la consommation plus importante de matériel en lien avec la réalisation d'actes de chirurgie et d'esthétique.

Le pacte vert européen de 2021 prévoit d'engager l'Union européenne dans la transition écologique pour en faire le premier continent neutre en carbone en 2050 avec un objectif de 55 % de réduction des émissions de gaz à effet de serre d'ici à 2030 par rapport à 1990 [4].

Nous passerons en revue les différentes actions à mener pour diminuer notre empreinte carbone. La plupart de ces mesures sont de bon sens et applicables tant dans notre vie professionnelle que personnelle.

## ■ Bâtiment et air intérieur

Deux options s'offrent à nous, construire ou rénover. L'ADEME [5] précise qu'un bâtiment émet des gaz à effet de serre surtout lors de sa construction (75 %) et qu'une construction consomme 40 fois plus d'énergie qu'une rénovation. Ceci posé, un bâtiment neuf peut être éco-conçu, fabriqué avec des matériaux à moindre impact, sobres, bruts, biosourcés, locaux et renouvelables. L'efficacité énergétique peut être optimisée avec une orientation étudiée et une végétalisation des façades ou des murs. L'organisation au sein du bâtiment doit être également bien pensée avec des stock tampons au nord et des espaces de consultation au sud afin de tendre vers un bâtiment à énergie positive [6]. En cas de bâtiment ancien, il est important de réfléchir à une rénovation de qualité, surtout au niveau de l'isolation. En effet, les pertes énergétiques se font essentiellement par le toit (30 %) les murs (25 %) et les fuites diverses (25 %) puis par les vitres (15 %) et le sol (10 %) [5].

L'aménagement intérieur est une source de pollution de l'air par émission de composés organiques volatiles (COV), polluants organiques persistants, formaldéhyde, substances per et poly fluoro alkylées et particules fines (PM 1,2,5 et 5) relargués par les peintures, revêtements de sols, colles et textiles anti-feu. L'utilisation de solvants et de produits de désinfection relargue aussi des COV, des particules fines et des perturbateurs endocriniens, nécessitant une aération régulière. Une bonne idée est de recourir au matériel d'occasion cédé lors des départs en retraite nombreux.

## ■ Consommation d'énergie, d'eau

Il est recommandé de choisir un fournisseur d'énergie verte, renouvelable au maximum, de chauffer le minimum, de baisser la consigne de température le soir et le week-end, de privilégier un

chauffage économe (pompe à chaleur récente, à évaluer selon la région d'exercice) et de limiter au maximum l'utilisation de la climatisation qui, cependant, reste nécessaire dans certaines régions. Des mesures de bon sens peuvent aider également : éclairage LED, détecteurs de présence, multiprises avec interrupteurs.

Pour l'eau, des chasses d'eau adaptées et des mousseurs placés sur les robinets peuvent générer jusqu'à 50 % de baisse de la consommation.

Réduire sa consommation d'eau et d'électricité permet de réaliser des économies sonnantes et trébuchantes.

## ■ Transports

Représentant 45,7 % des émissions de gaz à effet de serre pour les cabinets de ville suisses [3], les transports concernent médecins, personnel du cabinet, patients et consommables.

L'accessibilité du cabinet par les transports en commun est à prendre en compte lors de la conception. Dès la prise de rendez-vous, il faut favoriser les créneaux groupés pour le covoiturage et inciter les patients et le personnel à utiliser les mobilités douces. Il faut aussi réfléchir à faire revenir le moins possible les patients, par exemple, pour les biopsies, tout en respectant les recommandations de bonne pratique [7].

À noter que rejoindre le cabinet à pied ou à vélo, en plus de diminuer les émissions de gaz à effet de serre, améliore la santé par la pratique d'exercice physique.

## ■ Le numérique

Le numérique a révolutionné le fonctionnement de nos cabinets : fini le volumineux stockage des dossiers, les courriers imprimés, les feuilles de soins papier... Les logiciels métiers permettent aussi un gain de temps précieux, les agendas

en ligne et les rappels des rendez-vous diminuent l'absentéisme, les échanges d'informations sont faciles et le développement des nouvelles fonctionnalités semble sans limite. Plus récemment, la mise en place de téléconsultations dans certaines situations limite les transports des patients et favorise l'accès aux soins des patients isolés dans les déserts médicaux [8]. Rappelons néanmoins les 14 millions de Français touchés par l'illectronisme (contraction entre illettrisme et électronique) ou en précarité numérique [9].

On emploie souvent le terme de dématérialisation, qui sous-entend immatérialité, mais il semble bien plutôt s'agir d'une hypermatérialisation. En effet, la fabrication des équipements numériques est grande consommatrice de métaux rares dont les conditions d'extraction sont polluantes (platine, lithium...), d'électricité, d'eau et de transport. La consommation mondiale d'électricité liée au numérique est toujours plus importante et la fin de vie de notre matériel n'est pas plus propre avec 44 millions de tonnes de déchets électroniques, jetés chaque année dont moins de 25 % sont recyclés [10].

L'ADEME estime l'impact environnemental du numérique à 78 % pour la fabrication et 21 % dans la phase d'usage. 10 % de la consommation électrique annuelle vient des services numériques (2,5 % de l'empreinte carbone des Français) [11]. Les terminaux utilisateurs (ordinateurs, smartphones, tablettes) sont les plus impactants (65 à 90 %) puis les centres de conservation des données (4 à 20 %) ainsi que l'usage des réseaux (2 à 15 %). La consommation électrique du numérique croît de 10 % chaque année [12].

On ne peut ainsi qu'inciter à prolonger la durée de vie du matériel, puis à le revendre ou le reconditionner pour d'autres usages. Au quotidien, il faut vider régulièrement ses zones de stockage de données (boîtes mail, cloud, drop box, drive...), alléger les mails et

## Revue générale

Type de mail	CO <sub>2</sub> eq
Email court échangé par smartphone en 4G sans pièce jointe	0,4 gr de CO <sub>2</sub> éq
Email court échangé par smartphone en 4G avec pièce jointe 10 mégas	1,8 gr de CO <sub>2</sub> éq
Email avec pièce jointe 1 méga envoyé et lu sur ordinateurs en wifi	3,3 gr de CO <sub>2</sub> éq

**Tableau I :** Coût carbone d'un courriel. C'est l'empreinte du terminal qui compte le plus. À savoir : une grande partie des mails échangés sont des spams automatiquement triés. Source [www.lesnumeriques.com/vie-du-net/le-vrai-cout-ecologique-d-un-email-a193339.html](http://www.lesnumeriques.com/vie-du-net/le-vrai-cout-ecologique-d-un-email-a193339.html)

privilégier le format texte, diminuer le nombre des correspondants, se désinscrire des infolettres automatiques (avec en cobénéfice un allègement de la charge mentale !), choisir des navigateurs économes en données, et préférer le wifi (**tableau I**).

Les nouvelles générations étant toujours plus connectées, il va nous falloir réfléchir à nos comportements dans un monde avec moins d'énergie et aux données à prioriser.

### Consommables médicaux et non médicaux

La réflexion doit porter, en respectant les règles de bonne pratique, sur des soins écoconçus avec le minimum de matériel, et avoir à l'esprit les coûts carbones indirects (transport, déforestation importée).

Habituellement, le médecin utilise un papier en ouate de cellulose sur la table d'examen. Théoriquement compostable, il est fabriqué à partir de ressources neuves (bois) et non pas de papier en fin de vie et n'est pas recyclable. Il est souvent sureballé, parfois plastifié. Une montagne de déchets se constitue ainsi chaque jour : est-ce bien nécessaire ? Pour tous les patients ? Toutes les consultations ? [13].

Le petit matériel utilisé au quotidien est lui aussi en plastique ou en métal à usage unique : punch de biopsie, curettes, lames de bistouri, seringues, aiguilles, gants d'examen stériles ou non, fils, etc.

Les gants sont en latex (hévée), nitrile (caoutchouc synthétique sans latex) ou

vinyl (PVC synthétique non biodégradable). Le latex d'hévée de forêt durablement gérée doit être privilégié pour limiter la déforestation. De nombreuses études montrent qu'il n'y a pas de sur-risque infectieux pour la réalisation de gestes de petite chirurgie ou de biopsie avec des gants non stériles [14].

L'utilisation de matériel réutilisable stérilisable et l'achat d'un autoclave représentent un coût initial important, mais il nous semble que c'est un gain environnemental et financier évident dans les cabinets de groupe ou pratiquant la chirurgie dermatologique.

Pour le secrétariat, du papier issu de forêts durablement gérées sera préféré, recyclé et à recycler avec broyage spécifique selon les normes en vigueur pour les données sensibles (DIN 66399). Une police économique en encre restant lisible, (calibri, *times new roman*, ou police ajourée) mais surtout une impression en niveau de gris permet d'économiser presque 50 % d'encre sans être perceptible pour l'œil humain [15]. Une impression par imprimante multitâche (imprimante-photocopieur-scanner-fax = un seul objet) avec de l'encre rechargeable permet de limiter le gaspillage et les déchets de cartouche.

<b>Refuser</b>	L'inutile : échantillons de cosmétiques, kits multiples de démonstration d'autoinjection, plaquettes, <i>goodies</i> ...
<b>Réduire</b>	Juste dose de produit, plus petit emballage
<b>Réutiliser</b>	Pour prolonger la durée du matériel
<b>Recycler</b>	
<b>Rendre</b>	Compost
<b>Réfléchir</b>	À la pertinence des soins, des achats

**Tableau II :** La règle des R.

### Déchets

Plusieurs catégories de déchets sont individualisables. D'abord, les déchets classiques domestiques dangereux, à trier et emmener en déchèterie (piles, ampoules...) et non dangereux soumis au tri (recyclage, collecte sélective, réemploi, compost). Il existe aussi des déchets d'activité de soins (DAS) plus spécifiques. Certains sont à risque infectieux (DASRI article R. 1335-1 du Code de la santé publique) et ont une voie d'élimination par collecte spécialisée et traçabilité à la charge du praticien (objets piquants coupants tranchants, déchets à risque infectieux spécifique, produits sanguins ou déchets anatomiques humains). Les autres sont à incinérer. Notre activité génère aussi des déchets chimiques à risque avéré (produits de désinfection ou décontamination) et à risque émergent (nanoparticules et perturbateurs endocriniens) plus difficiles à repérer et à éviter. Pour se protéger, il faut porter des équipements de protection individuels adaptés, de type gants, masques et lunettes (parfois en plastiques contenant des perturbateurs endocriniens), bien ventiler les locaux et privilégier les produits écolabellisés (Ecocert, détergents biosourcés). Dans une démarche responsable, le meilleur déchet restera toujours celui qui n'est pas produit et on peut également appliquer au cabinet la règle des R bien connue des adeptes du zéro déchet à domicile (**tableau II**).

### Prescriptions en question

Selon l'évaluation du *Shift Project* [2], la prescription de médicaments et de



La médecine collaborative au service de tous



RETRANSMISSION EN DIFFÉRÉ



**Reso vous invite**, en partenariat avec  
**Réalités thérapeutiques en Dermato-Vénérologie**,  
vous invite à voir ou revoir  
la **8<sup>e</sup> édition de SpeedOuest**

#### COMITÉ SCIENTIFIQUE

Drs Édouard Begon, Caroline Jacobzone, François Maccari

#### Programme scientifique

- Identifier les patients à traiter :  
quelle est l'histoire naturelle de la pelade ?  
Dr Caroline Jacobzone, Lorient
- Une dermatose inflammatoire méconnue :  
la mastite granulomateuse  
Dr Maëlys Bretelle, Paris
- Prise en charge de la DA du nourrisson  
et jeune enfant : une révolution  
Dr Claire-Alice De Salins, Lorient
- Verneuil : quels patients sont éligibles  
pour une biothérapie ?  
Dr Jérémie Gottlieb, Niort
- 4 cas cliniques de dermatoses inflammatoires  
du visage : sauriez-vous les reconnaître ?  
Dr Sandra Ly, Gradignan
- Comment prendre en charge les effets  
secondaires oculaires des biothérapies  
de la DA ?  
Pr Marie Jachiet, Paris
- Questions/réponses

<https://speedouest3.realites-dermatologiques.com>

Diffusion réservée au corps médical. Inscription obligatoire.



Avec le soutien institutionnel de

**sanofi** et

**DUCRAY**  
LABORATOIRES DERMATOLOGIQUES

## Revue générale

### POINTS FORTS

- Le soin écoconçu sera le juste soin, le plus pertinent et le moins polluant.
- Savoir *déprescrire* et bien prescrire.
- Le meilleur déchet est celui qui n'est pas produit.
- Co bénéfiques multiples.
- Dermatologue influenceur.

dispositifs médicaux représente environ 50 % des émissions de gaz à effet de serre du secteur de la santé.

Nos prescriptions sont en question par leur empreinte carbone de la conception à la fin de vie, par la pollution engendrée lors de la fabrication bien souvent délocalisée et lors de leur élimination, et par les composants contenus dans certains cosmétiques et filtres solaires (perturbateurs endocriniens nanoparticules).

La sobriété s'impose une nouvelle fois comme la base de notre raisonnement. Le soin écoconçu sera pertinent, le plus léger possible, dans le respect des bonnes pratiques avec les médicaments les moins polluants possible. On peut s'aider de l'indice Persistance Bioaccumulation Toxicité (PBT) suédois qui évalue la toxicité aquatique des médicaments (16).

Il nous faut également éduquer nos patients à une santé plus économe, une moindre consommation médicale, une meilleure observance et interagir avec les laboratoires du médicament et des cosmétiques pour plus de transparence sur l'origine des principes actifs, les modes et les lieux de fabrication, ce qui faciliterait le choix de produits équitables et à moindre toxicité environnementale. Les médicaments non utilisés doivent être collectés par les pharmacies afin d'être valorisés (incinérés) dans le système CYCLAMED. À noter que les médicaments vétérinaires, les cosmétiques et les

filtres solaires ne sont malheureusement pas repris dans ce réseau.

Certains écrans solaires contiennent des filtres chimiques à activité de perturbateur endocrinien : benzophénone, cinnamate, benzilidène camphor et homosalate [17]. Les filtres solaires ont un passage transcutané [18] et sont aussi relargués dans les eaux de baignade ou de ruissellement des douches de plages contaminant la faune et la flore locales [19]. Les filtres organiques, en particulier l'oxyde de zinc sous forme nanoparticulaire, seraient aussi impliqués dans le blanchiment des coraux [20]. Certains filtres solaires toxiques pour l'environnement ont été interdits à Hawaï/États-Unis, en Micronésie, au Mexique et en Thaïlande pour protéger la faune et la flore. Les tubes contenant ces écrans solaires sont parfois composés de phtalates qui, relargués dans le contenu, ajoutent de nouveaux composants perturbateurs endocriniens au mélange appliqué.

Pour les cosmétiques, la problématique est semblable. Il faut bien s'interroger sur le bénéfice réel de l'application pour la santé du patient et décrypter la liste INCI qui comporte parfois des perturbateurs endocriniens, des nanoparticules... Le passage de ces éléments à travers la peau est une réalité [21].

Les emballages plastiques sont encore légion et des mini-échantillons, générateurs de volumineux déchets, sont

toujours distribués dans nos cabinets médicaux. Devant les demandes des consommateurs d'une cosmétique plus vertueuse et durable, les secteurs recherche et développement des laboratoires cosmétiques développent des emballages en verre ou recyclables avec moins de plastique, des méthodes de fabrication plus douces et plus respectueuses de l'environnement. Mais, néanmoins, restons vigilants sur le *greenwashing* et n'hésitons pas à nous renseigner sur les cahiers des charges et l'obtention des labels et avantages affichés.

En somme, il faut savoir *déprescrire* (refuser une crème hydratante en cas de peau normale, une crème anti-vergetures en cas de grossesse) et bien prescrire (le produit et la galénique adaptés, la juste dose, la durée optimale, le conditionnement idéal).

#### Banque

On l'oublie souvent mais les investissements de nos banques nous engagent. En ce sens l'ONG OXFAM a publié un classement des banques responsables [22].

#### Formation/congrès

Les dermatologues sont très friands de formations et congrès organisés en local, en régional, en national et à l'international. La pandémie de COVID-19 a facilité le développement des formations à distance. Un juste équilibre s'impose avec quelques éléments basiques : visionner les webinaires en basse définition, éviter les déplacements en avion pour les congrès nationaux, covoiturer pour les formations régionales et réfléchir aux congrès internationaux avec avion [23].

#### Conclusion

La prise de conscience environnementale est là mais la tâche est vaste. Les sociétés savantes s'engagent comme la

Société française de dermatologie avec la création du groupe Envi Derm consacré à l'environnement et la rédaction en cours d'un guide du cabinet de dermatologie écoresponsable. La réflexion écoresponsable est une démarche globale de vie personnelle et professionnelle. Les angles d'attaque pour une diminution de son empreinte carbone au quotidien sont nombreux et adaptables à chacun d'entre nous. Les bénéfices sont multiples : diminution des émissions de gaz à effets de serre, meilleure santé planétaire et humaine, moins de pollution, économies financières. Le dermatologue, citoyen engagé dans une pratique plus écoresponsable, peut communiquer par de nombreux canaux et se muer en véritable influenceur pour les patients, famille, amis, collègues, grand public...

## BIBLIOGRAPHIE

1. WILKINSON JL, BOXALL ABA, KOLPIN DW *et al.* Pharmaceutical pollution of the world's rivers. *Proc Natl Acad Sci USA*, 2022;119:e2113947119.
2. [https://theshiftproject.org/wp-content/uploads/2023/04/180423-TSP-PTEF-Rapport-final-Sante\\_v2.pdf](https://theshiftproject.org/wp-content/uploads/2023/04/180423-TSP-PTEF-Rapport-final-Sante_v2.pdf)
3. NICOLET J, MUELLER Y, PARUTA P *et al.* What is the carbon footprint of primary care practices? A retrospective life-cycle analysis in Switzerland. *Environmental Health*, 2022;21:3
4. [www.consilium.europa.eu/fr/press/press-releases/2021/05/05/european-climate-law-council-and-parliament-reach-provisional-agreement/](http://www.consilium.europa.eu/fr/press/press-releases/2021/05/05/european-climate-law-council-and-parliament-reach-provisional-agreement/)
5. ADEME Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie. Agence de la transition énergétique
6. Guide du cabinet de santé écoresponsable - Dr Alice Baras
7. BLASCO MC, DOYLE C, TOBIN AM. Same-day surgery promotes sustainability in dermatology Abstract citation ID: ljad113.253 DS14
8. O'CONNELL G, O'CONNOR C, MURPHY M. Every cloud has a silver lining: the environmental benefit of tele dermatology during the COVID-19 pandemic. *Clinical and Experimental Dermatology*, 2021;46:pp1567-1625.
9. [www.bercynumerique.finances.gouv.fr/lillelectronisme-fracture-numerique-et-fracture-sociale](http://www.bercynumerique.finances.gouv.fr/lillelectronisme-fracture-numerique-et-fracture-sociale)
10. [www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/electronic-waste-\(e-waste\)](http://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/electronic-waste-(e-waste)) du 18/10/2023
11. <https://infos.ademe.fr/magazine-avril-2022/faits-et-chiffres/numerique-quel-impact-environnemental/>
12. [www.strategie.gouv.fr/espace-presse/consommation-energetique-numerique-limpossible-maitrise-de-croissance-de-consommation](http://www.strategie.gouv.fr/espace-presse/consommation-energetique-numerique-limpossible-maitrise-de-croissance-de-consommation)
13. WATERS E. End of the roll for examination table paper? *Can Fam Physician*, 2020;66:748-749.
14. BREWER JD, GONZALEZ AB, BAUM CL *et al.* Comparison of sterile vs nonsterile gloves in cutaneous surgery and common outpatient dental procedures: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol*, 2016;152:1008-1014.
15. [pagora.grenoble-inp.fr](http://pagora.grenoble-inp.fr)
16. DUPONT B, FAURE S. Actualités pharmaceutiques • n° 594 • mars 2020 • 27 Environnement et santé dossier © 2020 Elsevier Masson SAS. <http://dx.doi.org/10.101>
17. BARBAUD A, LAFFORGUE C. Risks associated with cosmetic ingredients. *Ann Dermatol Venereol*, 2021;148:77-93.
18. MATTA MK, FLORIAN J, ZUSTERZEEL R *et al.* Effect of sunscreen application on plasma concentration of sunscreen active ingredients: a randomized clinical trial. *JAMA*, 2020;323:256-267.
19. DOWNS CA, DIAZ-CRUZ MS, WHITE WT *et al.* Beach showers as sources of contamination for sunscreen pollution in marine protected areas and areas of intensive beach tourism in Hawaii, USA. *J Hazard Mater*, 2022;438:29546-129546.
20. CORINALDESI C, MARCELLINI F, NEPOTE E *et al.* Impact of inorganic UV filters contained in sunscreen products on tropical stony corals (*Acropora* spp.). *Sci Total Environ*, 2018;637-638:1279-1285.
21. ABRAHAM K, MONIEN BH. Transdermal absorption of 13C4-perfluorooctanoic acid (13C4-PFOA) from a sunscreen in a male volunteer - What could be the contribution of cosmetics to the internal exposure of perfluoroalkyl substances (PFAS)? *Environ Int*, 2022;169:107549.
22. [www.oxfamfrance.org/climat-et-energie/impact-banques-climat/](http://www.oxfamfrance.org/climat-et-energie/impact-banques-climat/)
23. MONAHAN S, MONAHAN K. The potential environmental impact of external speakers' airplane travel to grand rounds conferences. *Environmental Health*, 2023;22:34.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

## ■ Peau et médecine légale

# Connaissez-vous l'effet nocebo ?

→ S. KORNFELD-LECANU

Service de Dermatologie  
Institut Arthur-Vernes, PARIS.

### ■ Cas clinique

Une jeune patiente âgée de 16 ans, peu sportive, est traitée par isotretinoïne pour une acné sévère cicatricielle du visage après échec des antibiotiques oraux et du traitement local. L'information orale et écrite est délivrée et la brochure d'information est remise conformément aux recommandations de l'HAS et l'ANSM par le dermatologue. Les doses délivrées sont faibles : < 0,5 mg/kg.

Au 6<sup>e</sup> mois de prise d'isotretinoïne, la jeune patiente se plaint de myalgies des deux cuisses uniquement, de survenue brutale. Elle consulte pour ce motif aux urgences.

Le dermatologue contacté recommande d'arrêter l'isotretinoïne et de se revoir dans 3 mois pour faire le point.

Malgré l'arrêt de l'isotretinoïne, les myalgies s'aggravent considérablement avec impotence fonctionnelle et la jeune patiente est contrainte de se déplacer en béquille puis en fauteuil roulant. L'ensemble des nombreux examens cliniques (pas de déficit moteur ou neurologique, pas d'amyotrophie) et paracliniques étaient tous **normaux** :

– bilan biologique : CPK, pas de syndrome inflammatoire ;  
– imagerie : IRM rachis lombaire et sacroiliaques, IRM des cuisses, EMG.

Une résolution complète et rapide des troubles est survenue 9 mois après, à la suite d'une électrostimulation intracrânienne.

### ■ Discussion médicolégale

La responsabilité du dermatologue a tout de suite été écartée : pas de défaut d'information, brochure délivrée et bonne indication de l'isotretinoïne.

La responsabilité et l'imputabilité de l'isotretinoïne dans la survenue des myalgies chez la jeune patiente étaient le vrai sujet de l'accident. Les experts n'ont pas retenu un rôle éventuel de l'isotretinoïne dans la survenue des myalgies sur la base de plusieurs arguments :

– la persistance des myalgies et leur aggravation en été, à distance de l'arrêt du traitement par le dermatologue au printemps, ne sont pas en faveur de l'étiologie médicamenteuse. En effet, les myalgies surviennent fréquemment chez les adolescents traités par isotretinoïne surtout s'ils font beaucoup de sport. Ces myalgies sont souvent associées à une augmentation des CPK et cessent à l'arrêt du traitement ;

– le début et la fin des troubles avec récupération totale sont particulièrement brutaux ;

– l'ensemble des examens cliniques et complémentaires ont toujours été normaux ;

– on ne peut vraiment pas parler d'atteinte musculaire si tout est strictement normal (clinique et paraclinique) ;

– la stimulation cérébrale a une action sur la douleur ressentie mais n'a pas d'action sur l'atteinte musculaire.

### ■ Conclusion

L'effet nocebo est moins connu que l'effet placebo. Il correspond, par exemple, aux nombreux effets secondaires indésirables rapportés dans les essais cliniques avec un placebo (le patient est persuadé d'avoir le traitement et ses effets indésirables).

On l'a beaucoup évoqué lors de nombreux cas médiatiques (levothyrox nouvelle formulation, avec les génériques, vaccins etc.).

Notre cerveau peut déclencher tout seul un effet indésirable, attendu ou non, définissant ainsi l'effet nocebo.

Une revue systématique confirme que les principaux facteurs favorisant l'effet nocebo étaient les suivants :

– sensation de surdosage de son traitement ;  
– les explications très détaillées du prescripteur aux effets indésirables possibles ;  
– la crainte non fondée des effets indésirables du médicament ;  
– la connaissance d'autres patients prenant le même traitement et ayant eu ces effets indésirables (importance des réseaux sociaux).

Le principal symptôme subjectif est la douleur.

En dermatologie, deux médicaments sont particulièrement sur le devant médiatique : finastéride et isotretinoïne à l'origine d'effets secondaires indésirables connus et reconnus, mais également sources de craintes majeures qui ne simplifient pas la prescription des dermatologues.

### POUR EN SAVOIR PLUS

- CASASSUS P. Effet placebo ? Effet nocebo ? Qu'en sait-on ? *Med Mal Metab*, 2021;15: 194-200.
- MOULY S, BERGMANN JF, MOLINARD M. L'effet NOCEBO : particularités et conséquences pour le clinicien. *La revue de médecine interne*, 2028;39:315-320.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

## ■ Cas clinique

# Un purpura aigu du nourrisson... finalement bénin

→ L. DUPONT, E. BEGON

Service de Dermatologie, GHT NOVO, PONTOISE.

### ■ Observation

Léa, âgée de 6 mois, est hospitalisée en urgence en pédiatrie en raison de l'apparition *de novo* depuis 24 h de lésions cutanées purpuriques ecchymotiques siégeant principalement en regard des faces convexes des joues et oreilles. Quatre autres lésions rondes purpuriques siègent de façon asymétrique sur le tégument (*fig. 1 à 4*).

L'enfant n'est pas fébrile et conserve un bon état général. Il n'existe aucun point d'appel infectieux, notamment méningé.

L'examen clinique retrouve un œdème non inflammatoire des mains et des pieds, source d'une impotence fonctionnelle relative.

Les examens biologiques ne retrouvent pas de polynucléose et une CRP à 23 Ui.

**Quel diagnostic proposez-vous ?**



Fig. 1 à 4 : Lésions cutanées purpuriques ecchymotiques sur un bébé de 6 mois.

## Cas clinique

### Commentaires

Il s'agit d'un tableau typique d'œdème aigu hémorragique du nourrisson (OAHN). L'OAHN est une vascularite leucocytoclasique cutanée bénigne, touchant spécifiquement les enfants entre 4 mois et 2 ans, avec une médiane d'âge de 11 mois et une prédominance masculine. L'OAHN est d'évolution spontanément favorable en moins de 3 semaines. L'incidence est peu connue, probablement plus élevée que ce que ne laissent suggérer les revues de la littérature. Un trigger infectieux précède l'éruption dans environ 75 % des cas. D'autres facteurs sont possiblement impliqués, tels une prise médicamenteuse ou une vaccination récente.

Le diagnostic est clinique. Le début est brutal et il existe une discordance entre les signes cliniques impressionnants et un état général parfaitement conservé. L'éruption est constituée de lésions rondes, initialement érythémateuses ou urticariennes, devenant purpuriques, ecchymotiques. Les lésions sont arrondies et bien limitées, disposées en cocarde ou médaillon, parfois polycycliques, de 1 à 5 cm, bilatérales, symétriques. Elles touchent notamment le visage (avec une atteinte prédominante aux oreilles, joues, paupières), le siège ou le scrotum, et les extrémités des membres. Une fièvre modérée est présente dans 50 % des cas. Il s'y associe des

œdèmes inflammatoires, durs, fermes, sans godet, et douloureux des extrémités. Des formes atypiques sont possibles avec un purpura parfois pétéchial ou réticulé, exceptionnellement nécrotique, rarement érosif.

L'OAHN est une vascularite limitée à la peau. Les atteintes systémiques extra-cutanées restent ainsi rares, dans moins de 15 % des cas. On peut retrouver des manifestations articulaires, telles que des arthralgies et arthrites, digestives avec douleurs abdominales et vomissements ou encore rénales. S'il existe une atteinte rénale, celle-ci reste légère, transitoire et de résolution spontanée (protéinurie ou hématurie microscopique). Les complications sont ainsi exceptionnelles avec quelques cas rapportés d'invagination intestinale aiguë ou d'atteinte rénale à type de glomérulonéphrite.

L'évolution est bénigne avec une guérison spontanée en 1 à 3 semaines, sans séquelle. Dans moins de 5 % des cas, il existe des récurrences (réapparition des lésions après 4 semaines de guérison).

Dans la vaste majorité des cas, la biopsie cutanée n'est pas nécessaire. L'histologie retrouve un infiltrat neutrophilique périvasculaire des petits vaisseaux avec leucocytoclasie. Des dépôts d'IgA sont retrouvés chez 20 à 30 % des patients. Certains considèrent l'OAHN comme une forme précoce et bénigne de purpura

rhumatoïde, mais pour d'autres, il s'agirait de deux maladies bien distinctes, comme en atteste le pronostic rénal toujours excellent dans l'OAHN.

L'OAHN est une vascularite leucocytoclasique cutanée limitée du nourrisson, rare, à la présentation clinique initiale inquiétante, mais qui reste bénigne et d'évolution favorable spontanément en moins de 3 semaines, sans complication ou séquelle dans la grande majorité des cas. La triade purpura, œdème de la face, des oreilles et extrémités, et fièvre de début brutal, chez un enfant bien portant, est très évocatrice du diagnostic.

### POUR EN SAVOIR PLUS

- FIORE E, RIZZI M, RAGAZZI M *et al.* Acute hemorrhagic edema of young children (cockade purpura and edema): a case series and systematic review. *J Am Acad Dermatol*, 2008;59:684-695.
- LEDUCQ S, MARUANI A, BODEMER C *et al.* Accurate diagnosis of acute hemorrhagic edema of infancy: a French multicenter observational study. *Eur J Pediatr*, 2023; 182:4133-4141.

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



ABONNEZ-VOUS  
et recevez la revue  
chez vous

FEUILLETER LA REVUE >

### Prix Charles Grupper 2024

#### 31<sup>e</sup> édition

3 Prix d'une valeur de 5 000 €\*\* chacun offerts par LEO Pharma  
Date limite des inscriptions fixée au 30 septembre 2024

COMITÉ SCIENTIFIQUE  
Pr BARBAROT Sébastien - Centre Hospitalier Universitaire - Nantes, Pr MONTAUDIE Henri - Centre Hospitalier Universitaire - Nice,  
Pr NOSSBAUM Audrey - Centre Hospitalier Universitaire - Lyon, Pr RICHARD Marie Aline - Hôpital La Timone - Marseille,  
Pr SORRÀ Angèle - Hôpital Tenon - Paris, Pr VIGUER Marie-Anne - Centre Hospitalier Universitaire - Reims.

\*\*voir détails et obligations dans règlement du prix.

Pour obtenir des informations sur LEO Pharma, rendez-vous sur [www.leo-pharma.fr](http://www.leo-pharma.fr)

3206/80 - 00/306 - 8140 Pharma 3206 - LEO Pharma, RCS Nanterre 4702 208 022 - SIREN au capital de 9 000 000€

Reglement du prix

### Alopécie frontale fibrosante : mise au point

Par S. Oulad Ali, J. Belcadi, K. Senouci, M. Meziane

REVUES GÉNÉRALES

### REVUES GÉNÉRALES

Conduite à tenir devant une érythrodermie

LES LUCIFÈRES idiopathiques chez l'enfant

### REVUES GÉNÉRALES

OCTOBRE 2024

#### Alopécie frontale fibrosante : mise au point

L'alopécie frontale fibrosante est une alopécie cicatricielle lymphocytaire primitive d'étiologie encore inconnue, mais probablement déclenchée par des facteurs environnementaux chez des sujets prédisposés génétiquement. Le diagnostic est souvent facile se basant sur la clinique et la dermoscopie mais le traitement n'est toujours pas codifié. Cette condition a un impact psychosocial significatif, en particulier chez les femmes, surtout lorsqu'elle revêt une forme sévère. De nouvelles avancées dans ce domaine permettront dans le futur d'améliorer le pronostic fonctionnel et esthétique pour les patients souffrant de cette alopécie cicatricielle.

### REVUES GÉNÉRALES

27 SEPTEMBRE 2024

#### Intérêt de la dermoscopie péri-unguéale dans le phénomène de Raynaud

Tout phénomène de Raynaud nécessite un bilan étiologique, dont une capillaroscopie, afin de rechercher une microangiopathie organique spécifique, pouvant s'observer notamment lors de la sclérodémie systémique. Cependant, cet examen n'est pas toujours rapidement accessible. Par ailleurs, le phénomène de Raynaud est primitif dans 80-90% des cas : la capillaroscopie sera alors normale. La littérature met bien en évidence que l'examen dermoscopique péri-unguéal, facilement réalisable, même pour un dermatologue non habitué, permet d'éliminer une microangiopathie spécifique et donc de remplacer la capillaroscopie. En revanche, la dermoscopie reste un mauvais examen pour dépister des anomalies capillaires : la capillaroscopie garde ici toute sa place.

### NUMÉRO ACTUEL

réalités n° 322

Thérapeutiques en DERMATO-VÉNÉROLOGIE

Le patient Psoriasis de l'enfant

### P • DCASTS

La peau dans tous ses états

DANS LA DERMATITE ATOPIQUE MODÉRÉE À SÉVÈRE

# J'ai perdu toute confiance en ma peau ! Qui s'en préoccupe ?

Vous ! Et Adtralza<sup>®</sup> aussi.

**Adtralza<sup>®</sup> est indiqué dans le traitement de la dermatite atopique modérée à sévère de l'adulte et de l'adolescent à partir de 12 ans qui nécessitent un traitement systémique<sup>(1)</sup>.**

**Place dans la stratégie thérapeutique :**

- traitement systémique de 2<sup>ème</sup> ligne à réserver aux adultes atteints de dermatite atopique modérée à sévère en cas d'échec, d'intolérance ou de contre-indication à la ciclosporine.
- traitement systémique de 1<sup>ère</sup> ligne à réserver aux formes modérées à sévères de dermatite atopique de l'adolescent à partir de 12 ans en échec des traitements topiques<sup>(2,3,4)</sup>.

Liste I. Prescription réservée aux spécialistes en allergologie, en dermatologie, en médecine interne ou en pédiatrie.

Remboursé par la Sécurité Sociale à 65 % et agréé aux collectivités.

Médicament d'exception : prescription en conformité avec la Fiche d'Information Thérapeutique.

Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit et les Avis de la Commission de la Transparence sur la base de données publique des médicaments en flashant ce QR Code :



**Adtralza<sup>®</sup> 300 mg, solution injectable en stylo prérempli et Adtralza<sup>®</sup> 150 mg solution injectable en seringue préremplie**

Ou directement sur le site internet : <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

Ces documents peuvent vous être remis sur simple demande auprès de notre délégué médical

**Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament à votre Centre régional de pharmacovigilance (CRPV) ou sur <https://signalement.social-sante.gouv.fr>**

**▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité.**

- 1 • Résumé des Caractéristiques du Produit Adtralza<sup>®</sup>. 2 • Avis de la Commission de la Transparence du 27/10/2021.  
3 • Avis de la Commission de la Transparence du 30/08/2023. 4 • Avis de la Commission de la Transparence du 04/10/2023.

