

#001

Psoriasis — diagnostic et formes cliniques



Psoriasis vulgaire étendu en grandes plaques du dos : plaques érythémato-squameuses bien limitées, symétriques.

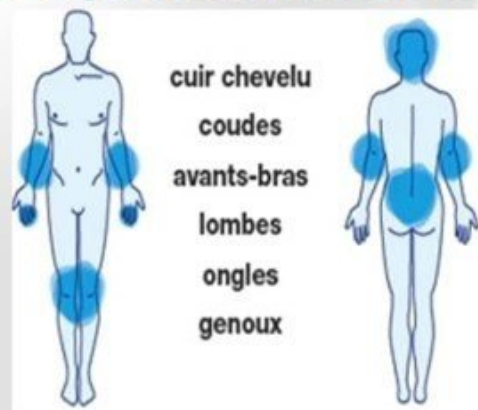
Capture de cours ECN (usage pédagogique)

- Diagnostic clinique : plaques érythémato-squameuses, bien limitées, symétriques, squames blanc nacré, indolores mais parfois prurigineuses.
- Forme la plus fréquente : psoriasis vulgaire en plaques (localisées ou étendues). Autres formes : en gouttes (post-streptococcique, sujet jeune), inversé (plis), pustuleux (localisé palmo-plantaire ou généralisé de von Zumbusch), érythrodermique.
- Signe de Köbner : apparition de lésions psoriasiques sur une zone de traumatisme cutané (cicatrice, grattage) — argument diagnostique et signe d'évolutivité.
- Atteintes associées à rechercher systématiquement : ongles (dépressions ponctuées, onycholyse), articulations (rhumatisme psoriasique, jusqu'à 30% des patients), retentissement psychologique et qualité de vie.

Psoriasis — topographie, facteurs déclenchants et comorbidités

Chapitre 3 CLINIQUE

► Zones exposées aux frottements ++ :

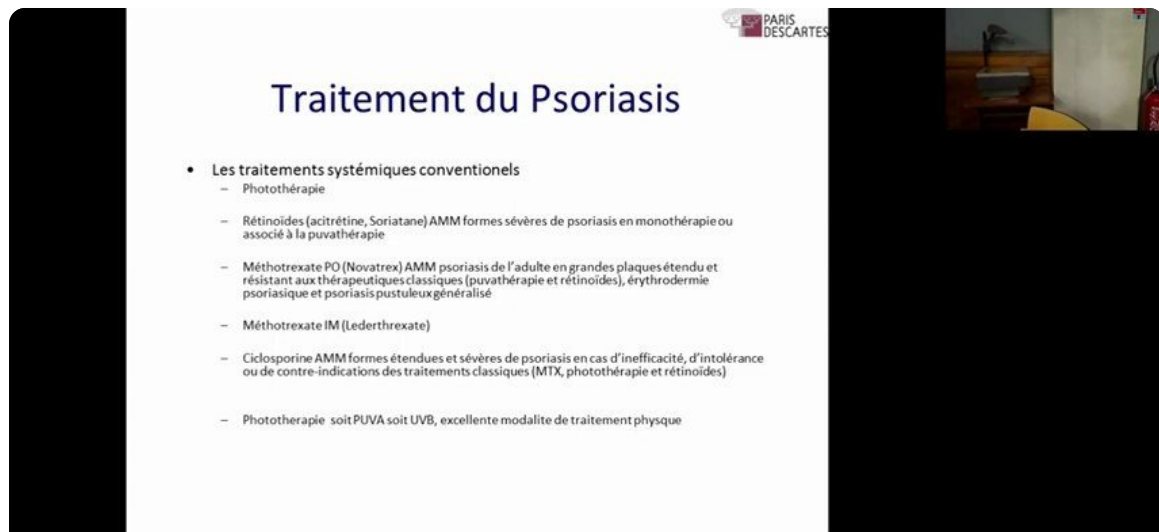


Zones de frottement typiquement touchées : cuir chevelu, coudes, avant-bras, région lombaire, ongles, genoux.

Capture de cours ECN (usage pédagogique)

- Topographie évocatrice : coudes, genoux, région lombo-sacrée, cuir chevelu (souvent au-delà de la lisière), ongles — zones de frottement/traumatisme répété.
- Facteurs déclenchants ou aggravants classiques : stress, infections (streptococcique pour le psoriasis en gouttes), certains médicaments (lithium, bêtabloquants, antipaludéens, arrêt brutal de corticoïdes), traumatismes cutanés, alcool, tabac.
- Comorbidités à dépister systématiquement : syndrome métabolique (obésité, diabète, dyslipidémie, HTA), risque cardiovasculaire augmenté, dépression et anxiété.
- Le diagnostic est clinique dans l'immense majorité des cas ; une biopsie cutanée n'est utile qu'en cas de forme atypique ou de doute diagnostique.

Psoriasis — prise en charge thérapeutique



Traitement du Psoriasis

- Les traitements systémiques conventionnels
 - Photothérapie
 - Rétinoïdes (acitrétine, Soriatane) AMM formes sévères de psoriasis en monothérapie ou associé à la puvathérapie
 - Méthotrexate PO (Novatrex) AMM psoriasis de l'adulte en grandes plaques étendu et résistant aux thérapeutiques classiques (puvathérapie et rétinoïdes), érythrodermie psoriasique et psoriasis pustuleux généralisé
 - Méthotrexate IM (Lederthrexate)
 - Ciclosporine AMM formes étendues et sévères de psoriasis en cas d'inefficacité, d'intolérance ou de contre-indications des traitements classiques (MTX, photothérapie et rétinoïdes)
 - Photothérapie soit PUVA soit UVB, excellente modalité de traitement physique

Traitements systémiques conventionnels : photothérapie, rétinoïdes, méthotrexate, ciclosporine — réservés aux formes étendues ou sévères.

Capture de cours ECN (usage pédagogique)

- Formes localisées/peu étendues (1ère intention) : dermocorticoïdes, analogues de la vitamine D (calcipotriol), souvent en association ; émollients systématiques.
- Formes étendues ou sévères : photothérapie (UVB à spectre étroit, PUVAthérapie), rétinoïdes oraux (acitrétine), méthotrexate, ciclosporine selon le terrain et les contre-indications.
- Échec des traitements conventionnels ou rhumatisme psoriasique associé : biothérapies (anti-TNF α , anti-IL17, anti-IL23) — efficacité élevée, bilan pré-thérapeutique obligatoire (recherche tuberculose latente, sérologies virales).
- Maladie chronique évoluant par poussées : éducation thérapeutique essentielle, pas de traitement curatif définitif, objectif = contrôle durable et qualité de vie.

Ne jamais arrêter brutalement une corticothérapie générale chez un psoriasique : risque de rebond en psoriasis pustuleux généralisé (von Zumbusch).

#004

Dermatite atopique — clinique et diagnostic

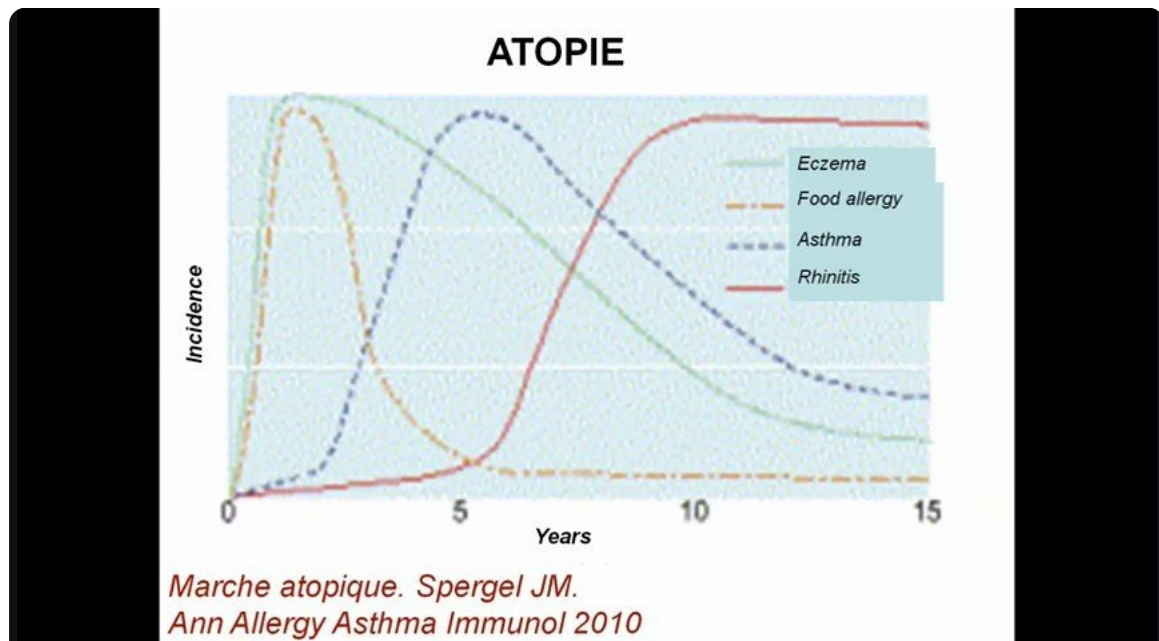


Topographie typique de la dermatite atopique de l'enfant/adulte : plis de flexion (poignets, chevilles, creux poplités), lésions excoriées par le grattage.

Capture de cours ECN (usage pédagogique)

- Diagnostic clinique : eczéma chronique évoluant par poussées, prurit constant et souvent intense, xérose cutanée (peau sèche) permanente entre les poussées.
- Topographie variable selon l'âge : nourrisson = visage et convexités ; enfant = plis de flexion (coudes, genoux, poignets, cou) ; adulte = souvent visage, cou, mains, ou forme lichénifiée diffuse.
- Terrain atopique personnel ou familial fréquent : asthme, rhinite allergique, allergies alimentaires — associations à rechercher à l'interrogatoire.
- Complication à ne pas manquer : surinfection herpétique (syndrome de Kaposi-Juliusberg) — vésiculo-pustules ombiliquées, fièvre, altération de l'état général = urgence thérapeutique antivirale.

Dermatite atopique — marche atopique et évolution



La « marche atopique » décrit la succession classique dans le temps : eczéma et allergie alimentaire précoces, puis asthme, puis rhinite allergique qui persiste le plus longtemps.

Capture de cours ECN (usage pédagogique)

- La dermatite atopique du nourrisson précède souvent l'apparition d'un asthme puis d'une rhinite allergique dans les années suivantes : c'est la « marche atopique ».
- L'incidence de l'eczéma et de l'allergie alimentaire culmine tôt (avant 2-3 ans) puis décroît, alors que l'asthme et la rhinite s'installent progressivement et persistent souvent à l'âge adulte.
- La majorité des enfants atteints de dermatite atopique voient leurs lésions s'améliorer ou disparaître avant l'adolescence ; une minorité garde une forme active à l'âge adulte.
- Implication pratique : chez un nourrisson avec dermatite atopique sévère et précoce, surveiller l'apparition de symptômes respiratoires (sifflements, toux) dans le suivi.

Dermatite atopique — prise en charge au quotidien

Les « petits » moyens importants

- Bains quotidiens tièdes 32-34°
- Savons surgras ou syndet (pH acide)
- Eviter la laine, les textiles rugueux, les étiquettes
- Chambre fraîche, pas trop de couverture
- Atmosphère pas trop sèche
- Attention au contact avec herpes

« Petits moyens » indispensables : bains tièdes courts, savons surgras, textiles doux, chambre fraîche, et vigilance particulière en cas de contact avec l'herpès.

Capture de cours ECN (usage pédagogique)

- Traitement de fond systématique, y compris hors poussée : émollients quotidiens (au moins 1 fois/jour), en quantité suffisante, sur peau encore humide après la toilette.
- Traitement des poussées : dermocorticoïdes adaptés à l'âge et à la localisation (classe modérée sur le visage, plus forte sur le corps), jusqu'à disparition des lésions palpables.
- Mesures d'hygiène et d'environnement : bains courts et tièdes (32-34°C), syndets ou savons surgras à pH acide, éviter la laine et les textiles rugueux, chambre fraîche et pas trop sèche.
- Formes sévères réfractaires : dupilumab (biothérapie anti-IL4/IL13) et autres immunomodulateurs systémiques en 2e ligne, en centre spécialisé.

Toute pustule ombiliquée ou aggravation brutale avec fièvre chez un enfant atopique doit faire évoquer une surinfection herpétique et débiter un traitement antiviral sans délai.

Urticaire aiguë et chronique, angio-œdème



Papules ortiées fugaces et migratrices caractéristiques de l'urticaire superficielle ; l'angio-œdème profond touche typiquement les lèvres et les paupières.

Capture de cours ECN (usage pédagogique)

- Diagnostic clinique, pas d'examen complémentaire en 1ère intention : papules œdémateuses érythémateuses, prurigineuses, fugaces (chaque lésion disparaît en moins de 24h) et migratrices.
- Urticaire aiguë (< 6 semaines) : cause souvent identifiée (infection virale, médicament, aliment) ; urticaire chronique ($\geq$ 6 semaines) : cause retrouvée dans une minorité de cas, bilan étiologique limité.
- Angio-œdème (urticaire profonde) : tuméfaction ferme, mal limitée, non prurigineuse mais souvent douloureuse/tendue, touchant le visage (lèvres, paupières), les extrémités ou les muqueuses.
- Traitement symptomatique de 1ère intention : anti-H1 de 2e génération, à dose standard puis augmentée jusqu'à 4x si besoin dans l'urticaire chronique spontanée avant d'envisager l'omalizumab.

Œdème de Quincke avec atteinte laryngée (dysphonie, dyspnée) ou signes d'anaphylaxie (hypotension, bronchospasme) = urgence vitale : adrénaline IM en premier geste.

#008

Éruptions fébriles de l'enfant — diagnostic différentiel



Exanthème maculo-papuleux diffus évocateur de rougeole ; devant toute éruption fébrile de l'enfant, le contexte (fièvre, catarrhe, vaccination) oriente le diagnostic différentiel.

Capture de cours ECN (usage pédagogique)

- Devant un exanthème fébrile de l'enfant, 3 grandes causes à distinguer systématiquement : virale (rougeole, rubéole, mégalérythème, exanthème subit, mononucléose), bactérienne (scarlatine) et toxidermie médicamenteuse.
- Éléments clés de l'interrogatoire : chronologie précise éruption/fièvre/prise médicamenteuse, statut vaccinal, contexte épidémique, contagé récent.
- Rougeole : catarrhe oculo-respiratoire, signe de Köplik, exanthème descendant du visage vers les pieds en 3 jours ; à évoquer systématiquement chez l'adulte non vacciné également.
- Signes devant faire suspecter une cause médicamenteuse plutôt que virale : chronologie compatible avec une introduction récente de médicament (7-21 jours), prurit marqué, absence de catarrhe.

#009

Toxidermies bénignes — conduite à tenir



Cas clinique : enfant fébrile depuis 2 jours, sous amoxicilline depuis 24h, exanthème maculo-papuleux débutant la veille — toxidermie bénigne à l'amoxicilline la plus probable.

Capture de cours ECN (usage pédagogique)

- L'exanthème maculo-papuleux (« toxidermie érythémateuse ») est la forme la plus fréquente : éruption diffuse, souvent prurigineuse, apparaissant 4 à 14 jours après l'introduction du médicament (plus vite en cas de réintroduction).
- Démarche devant toute suspicion de toxidermie : imputabilité chronologique (délai d'introduction), imputabilité sémiologique, recherche systématique de signes de gravité avant de conclure à une forme bénigne.
- Conduite à tenir dans les formes bénignes : arrêt du médicament suspect si possible, traitement symptomatique (émollients, antihistaminique si prurit), surveillance de la résolution sans cicatrice en quelques jours.
- Toujours documenter l'allergie médicamenteuse suspectée dans le dossier et informer le patient/la famille en clair, avec une carte d'allergie si pertinent.

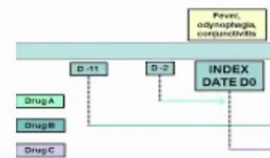
#010

Toxidermies graves — signes d'alarme et syndrome de Lyell



Syndrome de Lyell

- Début 7 – 21 jours
- J1 : fièvre, brûlures oculaires, pharyngite, syndrome pseudo grippal
- Puis apparait l'atteinte cutanée : érosions muqueuses, signe de Nikolsky, vastes lambeaux épiderme décollés
- Détresse respiratoire par décollement épiderme bronchique, troubles oculaires
- Recherche médicamenteuse (imputabilité intrinsèque et extrinsèque)
- Terrain génétique : Abacavir et HLAB5701
- Prise en charge : réchauffement de la chambre, hydratation, vaseline sur l'ensemble du corps, recherche sepsis à point d'appel cutané
- Mortalité : 10 à 30 %



Syndrome de Lyell : début 7-21 jours après le médicament inducteur, décollement épidermique en larges lambeaux (signe de Nikolsky), atteinte muqueuse, mortalité 10-30%.

Capture de cours ECN (usage pédagogique)

- Signes cliniques imposant une hospitalisation en urgence, souvent en unité de soins intensifs/brûlés : fièvre élevée, décollement cutané avec signe de Nikolsky positif, érosions muqueuses (buccale, oculaire, génitale), bulles.
- Continuum syndrome de Stevens-Johnson (décollement < 10% de la surface corporelle) — syndrome de Lyell/nécrolyse épidermique toxique (décollement > 30%), avec chevauchement 10-30%.
- Facteur de risque génétique bien identifié : allèle HLA-B*57:01 et abacavir ; d'autres associations HLA existent pour la carbamazépine et l'allopurinol selon les populations.
- Prise en charge : arrêt immédiat de tous les médicaments introduits récemment, transfert en centre spécialisé, soins de support intensifs (réchauffement, hydratation, soins cutanés type brûlé), pronostic réservé (mortalité 10 à 30%).

Toute suspicion de syndrome de Stevens-Johnson/Lyell impose l'arrêt immédiat du médicament inducteur : chaque jour de poursuite du traitement aggrave le pronostic.

