



CAS CLINIQUES



Patient de **30 ans**

Pas d'ATCD, pas de traitements

Apparition la veille au soir de papules
prurigineuses

Non présentes lors de la consultation, il vous
montre des photos sur son téléphone



Quelles questions allez vous lui poser ?



Quelles questions allez vous lui poser ?

Prurigineux

Fugace et migrateur

**Absence de signes
d'accompagnement** (fièvre
/ douleurs articulaires /
asthénie ++)



Papules prurigineuses,
fugaces, migratrices, ortiées,
isolées

URTICAIRE AIGUE



URTICAIRE AIGUE

- Papules prurigineuses, fugaces, migratrices, ortiées, sans signes d'accompagnement
- Non allergique dans la très grande majorité des cas (possibles co-facteurs: activité physique, AINS, alcool)
- Seul traitement à faire: ANTI HISTAMINIQUES jusqu'à 4 / jour





Patient de 35 ans vient pour des **papules + pustules** de la main étiquetés comme psoriasis



Quelles
questions allez
vous lui poser ?



Quelles questions allez vous lui poser ?

Evolution des symptômes: plaque d'évolution centrifuge ?

D'autres lésions de « psoriasis » ailleurs ?

Application de topiques: dermocorticoides ?



Plaque papulo-nodulaire infiltrée, avec quelques pustules, s'aggravant sous dermocorticoïdes

INFECTION FONGIQUE: dermatophytie à trichophyton rubrum



TOUJOURS
PRELEVER ET
ENVOYER EN MYCO!

Guérison complète après 2 mois de terbinafine





Patiente de 35 ans vient pour un placard inflammatoire de la racine de cuisse évoluant depuis 5 jours, avec apparition secondaire d'une plaque nécrotique. Etat général conservé, sans fièvre.



Quelles questions allez-vous lui poser ?

Piqure d'insectes ?

Application d'un topique ?



Elle vous rapporte qu'elle
pense avoir été piquée par
une araignée... et c'est vrai!



LOXOCELISME

- Initialement **lésion indolore** → douleur retardée (2–8h).
- Érythème, œdème, puis **lésion nécrotique** avec livédo et bordures violacées (“plaie en cible” : centre pâle, anneau érythémateux, pourtour violacé).
- Évolution : ulcération nécrotique → cicatrisation lente (semaines).

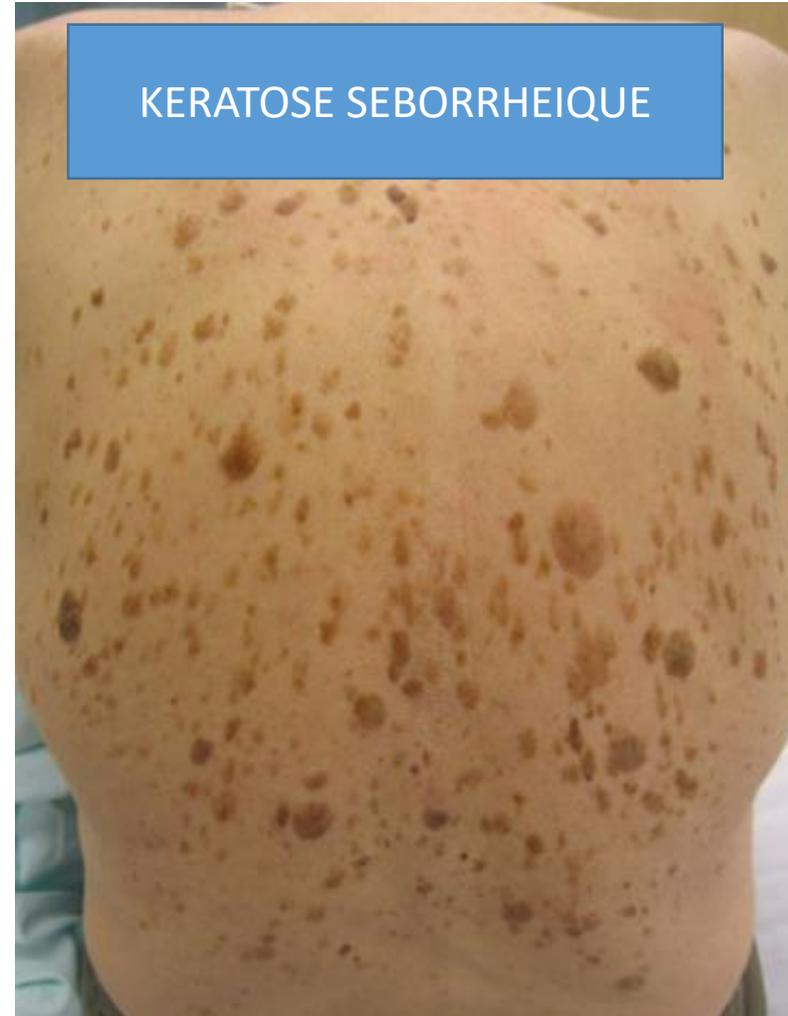




QUIZZ: QUI EST UN MELANOME ?



QUIZZ: QUI EST UN MELANOME ?





Patient de 78 ans, suivi pour une néoplasie
Vient pour des lésions cutanées
accompagnées de douleurs à type de
brulures électriques



Vésicules groupées en **bouquet**

Evolution « **nécrotique** » avec
aspect violacé

Disposées de façon
métamérique

accompagnés de **douleurs**
neuropathiques



ZONA



Prélèvement virologique du contenu de la vésicule pour recherche de VZV

TOUJOURS PRELEVER!

VALACICLOVIR 1000MG X 3 PENDANT 7 JOURS



- Patient de 30 ans, adressé pour des lésions prurigineuses, depuis plusieurs années. En poussée depuis 2 mois.
- Suintant ++ selon le patient









Papules
érythémato-
squameuses
émiettées
suintant
Prurigineux ++



ECZEMA



ECZEMA

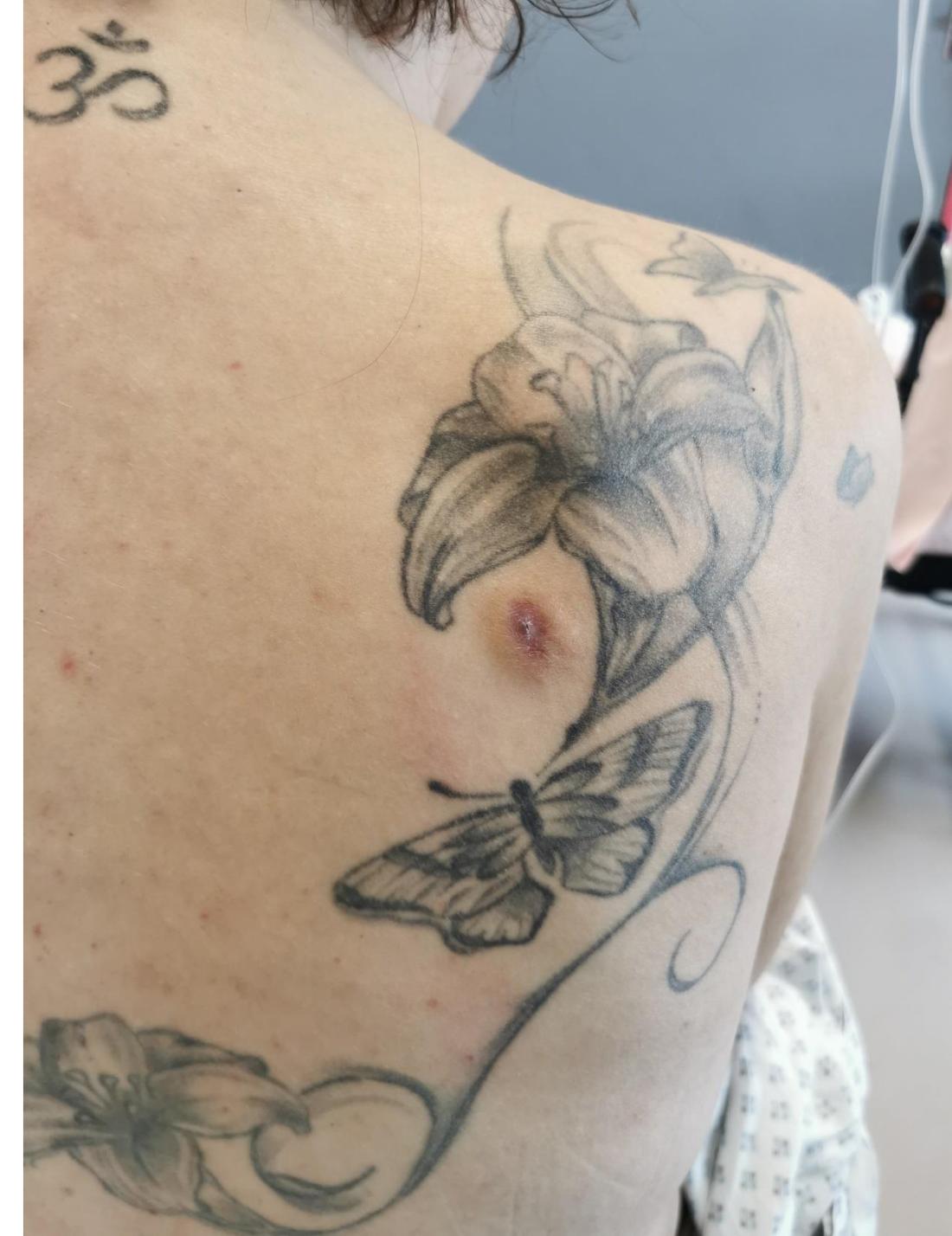
- Toujours rechercher des facteurs contacts: antiseptiques ++++
- Application de dermocorticoïdes en couche épaisse jusqu'à disparition complète des symptômes (7-15 jours) puis stop net.
- Huile lavante, et crème hydratante au long cours



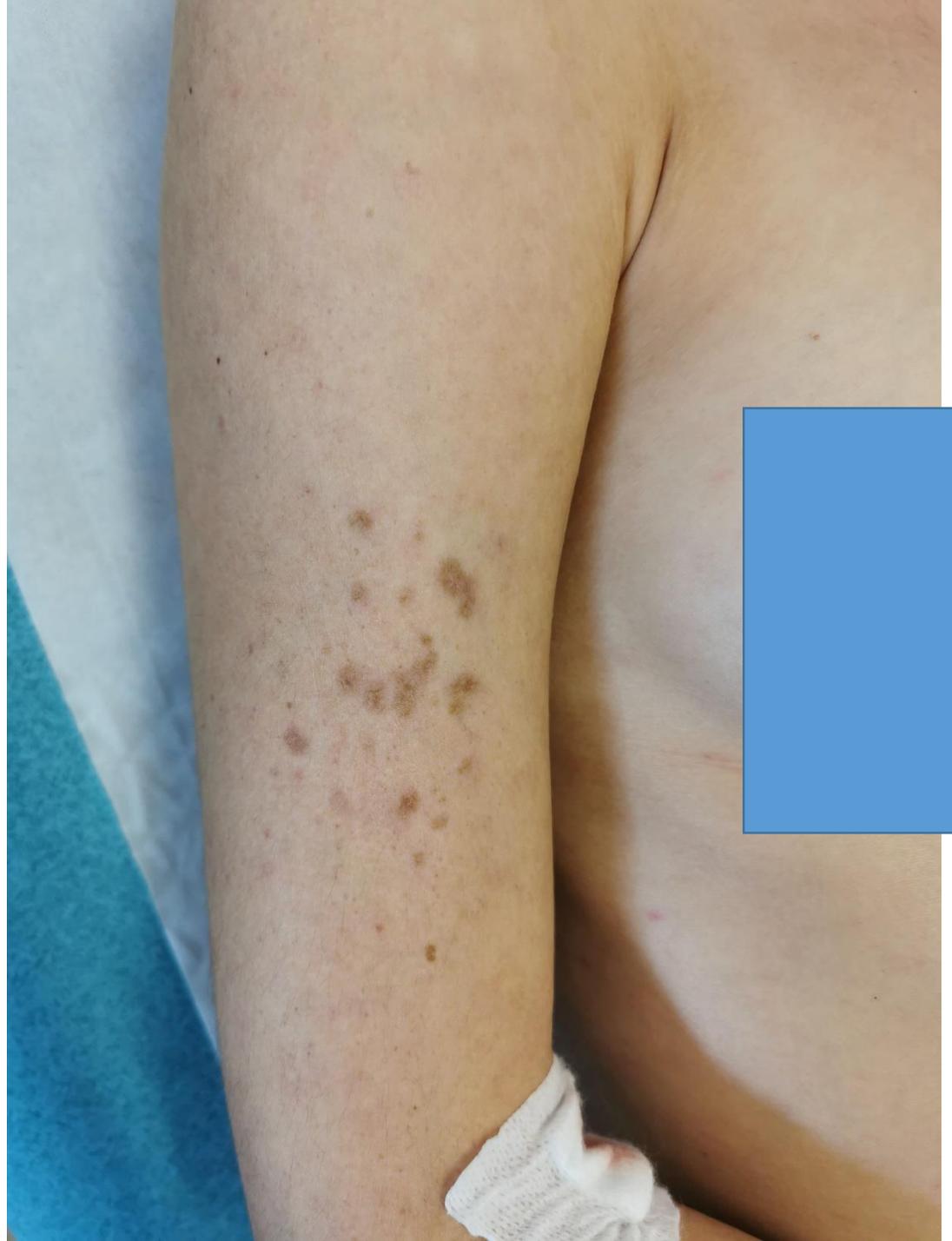
Patiente de 35 ans,
vient pour des lésions
étiquetées
« psoriasis » depuis
plusieurs mois.
Tableau d'asthénie et
arthralgies.











- Lésions érosives photodistribuées avec une atteinte des conques des oreilles
- Erythème péri-unguéal: signe de la manucure
- Signes généraux: asthénie et arthralgies

CONNECTIVITE / SYNDROME DE
CHEVAUCHEMENT LUPUS -
DERMATOMYOSITE



- ❑ Patiente de 68 ans habituée à avoir les « jambes lourdes »
- ❑ Adressée dans le service de dermatologie via les urgences
- ❑ Pour « érysipèle bilatéral »
- ❑ Résistant et s'aggravant malgré 3 lignes d'antibiotiques
 - amoxicilline, amox+acide clav, pristynamicine + amikacine



- ❑ Patiente de 68 ans habituée à avoir les « jambes lourdes »
- ❑ Adressée dans le service de dermatologie via les urgences
- ❑ Pour « érysipèle bilatéral »
- ❑ Résistant et s'aggravant malgré 3 lignes d'antibiotiques
 - amoxicilline, amox+acide clav, pristynamicine + amikacine



Vous apprenez qu'elle applique de l'hexomedine transcutanée matin et soir depuis 3 semaines après un choc sur les 2 tibias



- ❑ Patiente de 68 ans habituée à avoir les « jambes lourdes »
- ❑ Adressée dans le service de dermatologie via les urgences
- ❑ Pour « érysipèle bilatéral »
- ❑ Résistant et s'aggravant malgré 3 lignes d'antibiotiques
 - amoxicilline, amox+acide clav, pristynamicine + amikacine

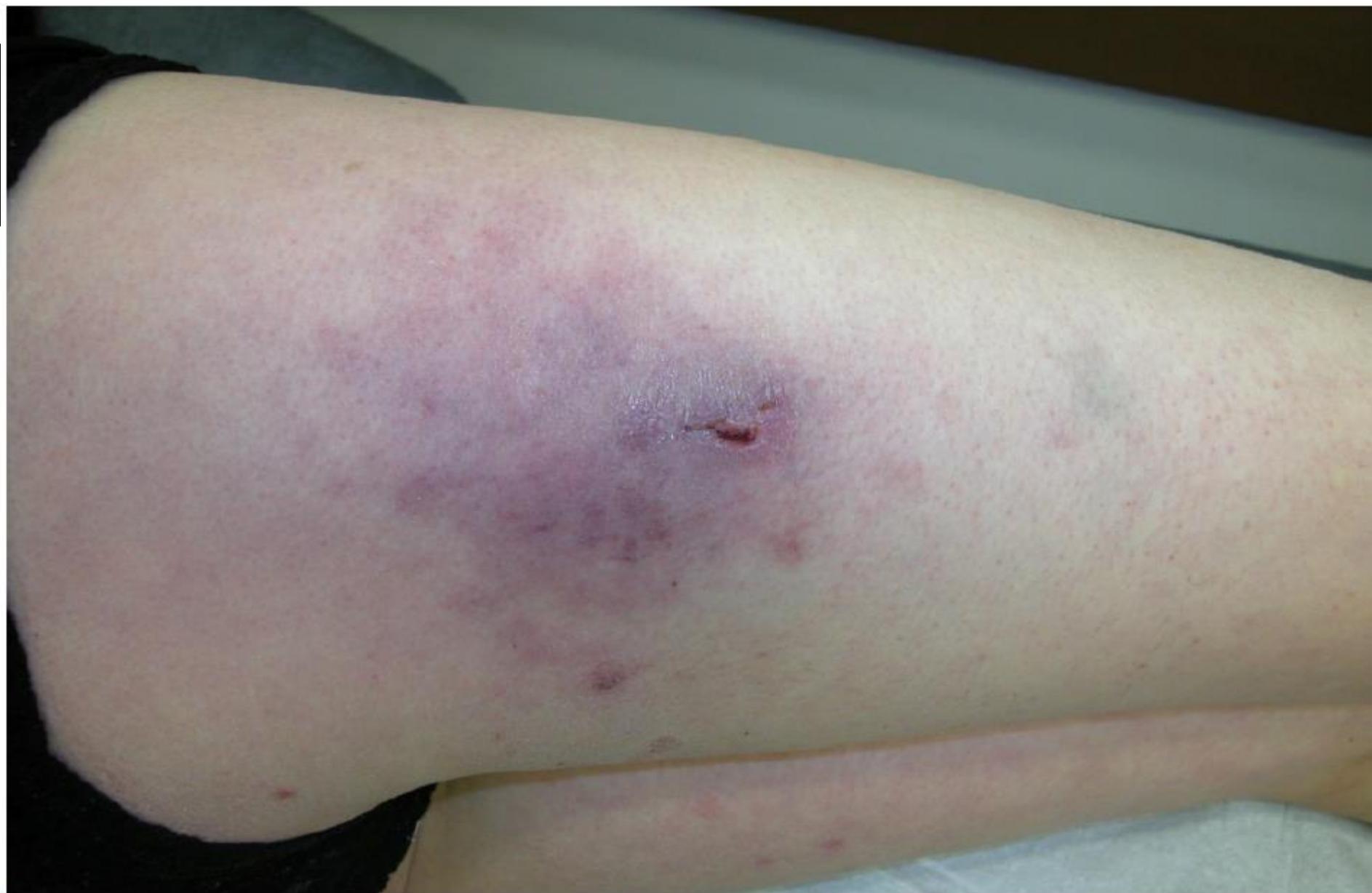


Dermite de stase
secondairement eczématisée





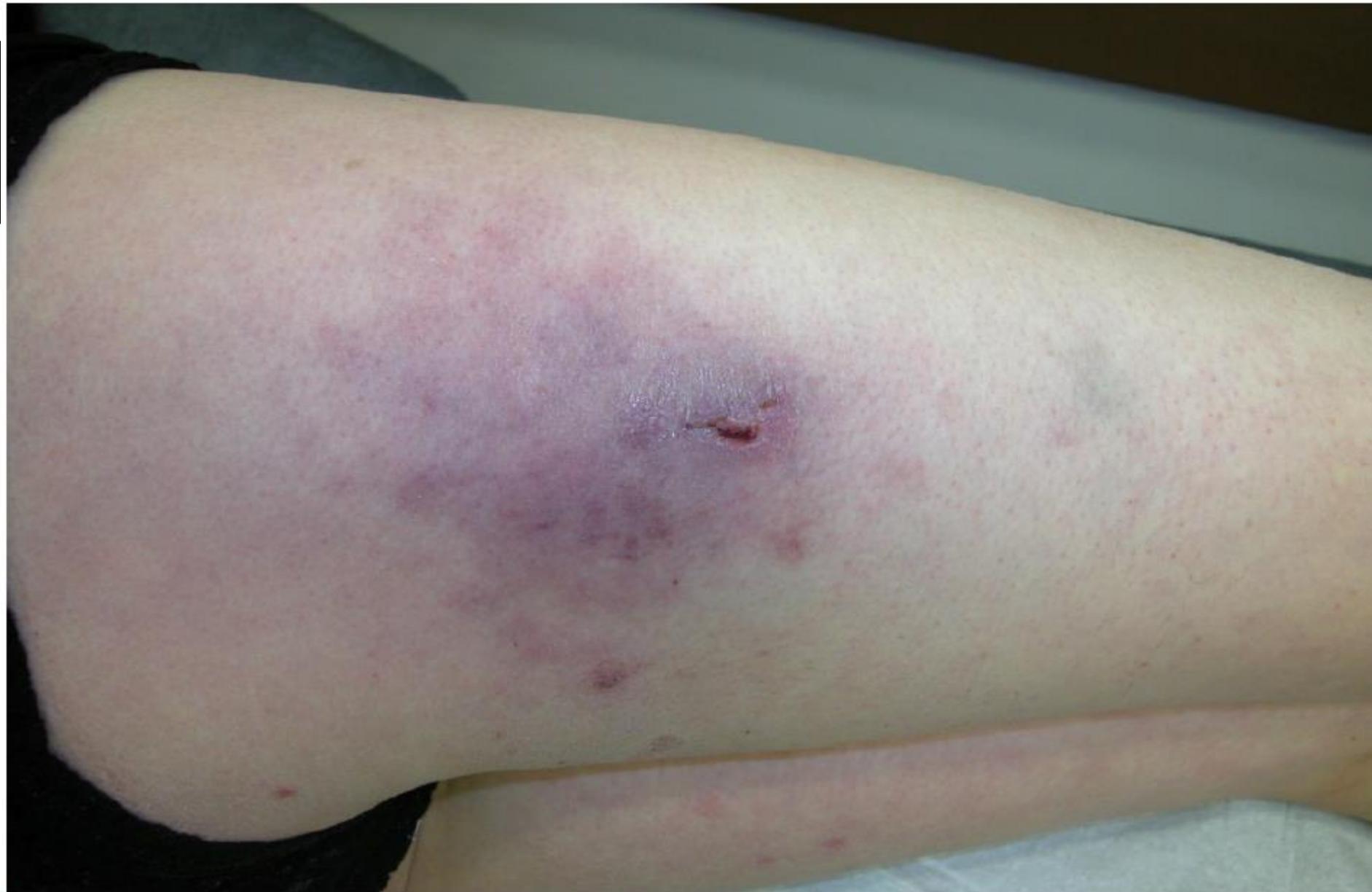
- ❑ Femme de 25 ans
- Vient vous voir le 18 février
- Car depuis 24h
- ...



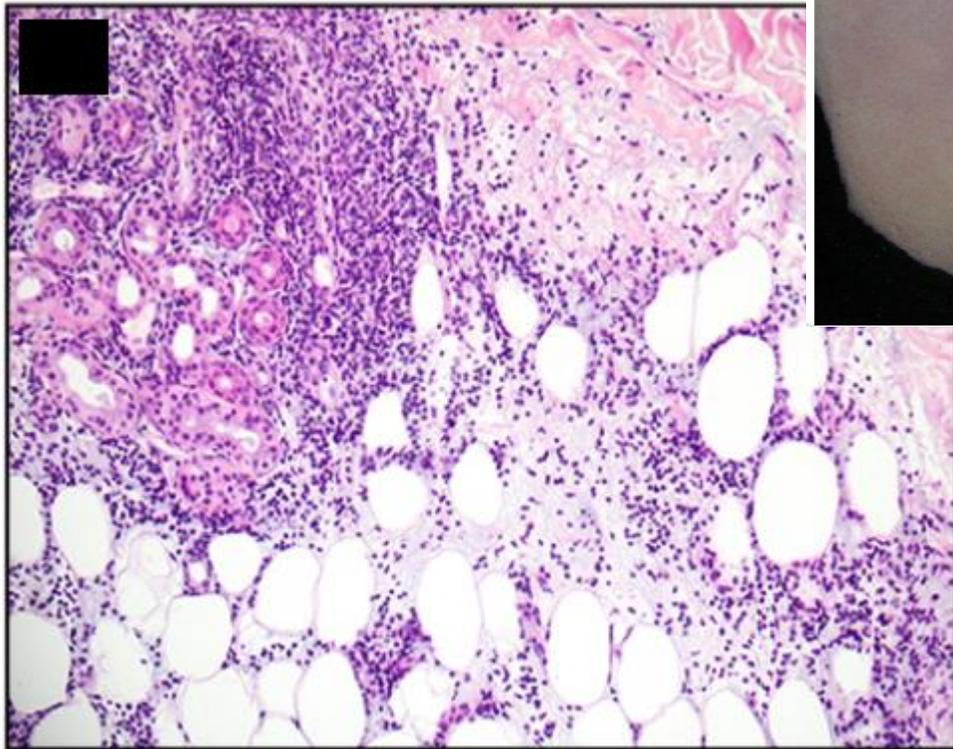
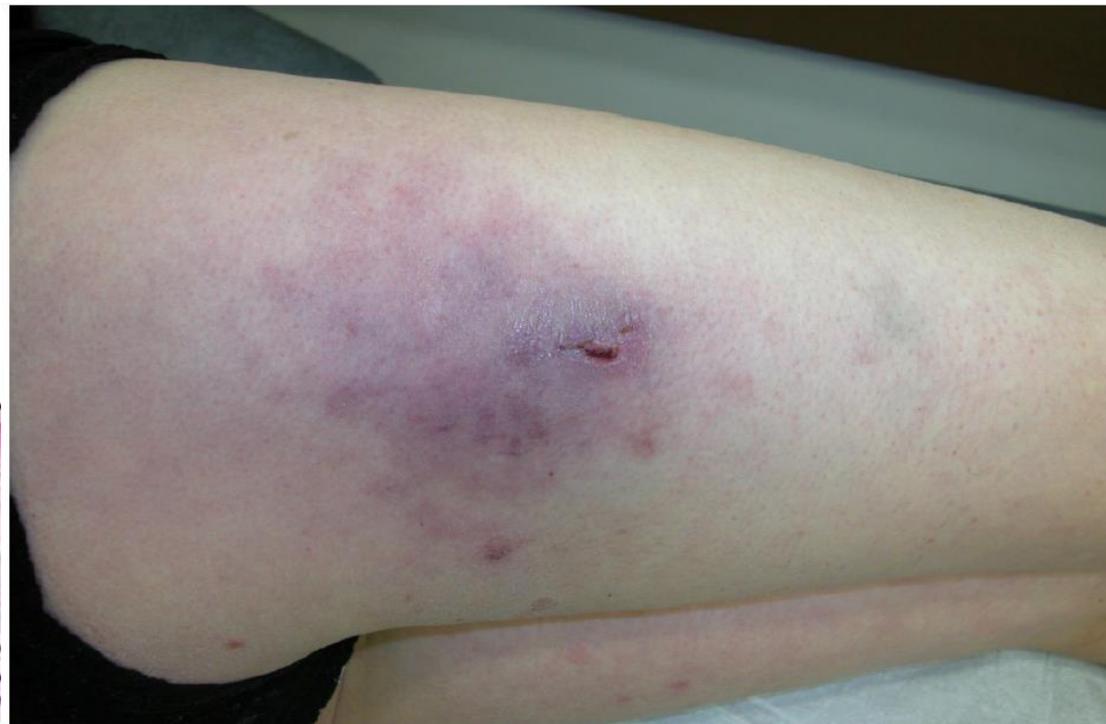
- ❑ Femme de 25 ans
- Vient vous voir le 18 février
- Car depuis 24h
- ...



Vous apprenez qu'elle est
une adepte de l'équitation



Panniculite a *frigore*
Panniculite au froid
Panniculite des cavalières
Cryopanniculite
Engelures des cuisses



- Traitement : éviction**
facteurs déclenchants ++
- corticoïdes, APS, colchicine**



- ☐ Garçon de 11 ans
- Vient vous voir
- Car depuis 24h
- ...



- ❑ Garçon de 11 ans
- Vient vous voir
- Car depuis 24h
- ...

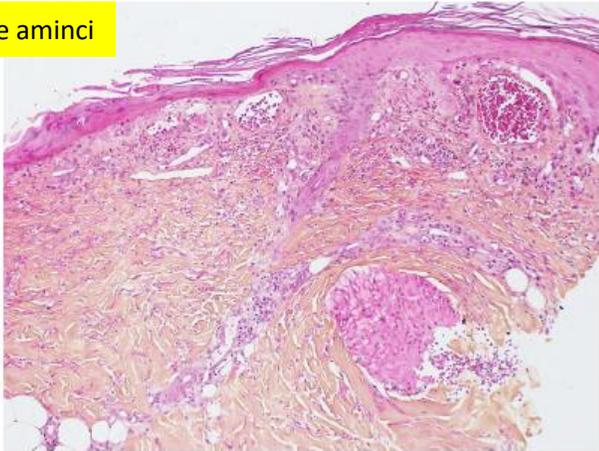


Vous apprenez qu'il est un
adepte des jeux vidéo en
réseau

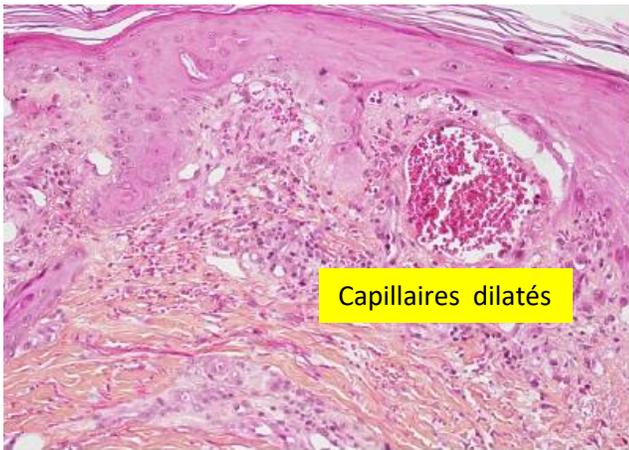


DERMITE des CHAUFFERETTES
dermite *a calore*
erythema ab igne

Epiderme aminci



Capillaires dilatés





Patient de 50 ans, vient
pour des érosions
génitales douloureuses
et lésions étiquetées
« psoriasis »















Présentation très polymorphe!

- Pseudo-perlèche
- Érosions génitales douloureuses
- Alopécie en « clairière »
- Papules cuivrées du tronc
- Lésions psoriasiformes du sillon inter
- Papules excoriées palmaires

SYPHILIS



Patiente de 75 ans, vient aux urgences pour « deux grosses jambes rouges »

Quelles sont les questions / réponses que vous vous posez pour trancher entre vos 2 hypothèses diagnostiques ?



- Fièvre ?
- Syndrome inflammatoire biologique ?
- Cinétique d'évolution ?
- Notion d'insuffisance veineuse chronique ?
- Aspect unilatéral ou bilatéral ?



- Pas de fièvre, pas de syndrome inflammatoire biologique
- Evolution chronique
- Bilatéral



DERMOHYPODERMITE NON BACTERIENNE DE STASE = ECZEMA DE STASE

PEC de l'eczéma de stase

- Traiter la poussée d'eczéma: DERMOVAL 1 fois par jour jusqu'à disparition des lésions (prescrire une dizaine de tube)
- Traiter la cause: insuffisance veineuse
 - > bandes de contention: du lever au coucher
 - > en l'absence d'ulcère: ROSIDHAL K
 - > si ulcères: URGO K2
- + encourager à la marche et la mobilisation



Patient de 35 ans, adressé pour des lésions érosives cutanéomuqueuses évoluant depuis quelques semaines









- Tableau de lésions crouteuses / érosives post-bulleuses
- Cutanéomuqueuse

PEMPHIGUS



Patiente de 25 ans, présente des lésions érosives d'augmentation progressive depuis environ 1 mois. Echec des dermocorticoïdes.









- Tableau d'érosions polycycliques
- Aspect de décollement très superficiel (sous-corné)
- Qui s'étend sous dermocorticoïdes

IMPETIGO

IMPETIGO

Traitement

- **Soins de toilette** quotidiens ou biquotidiens, avec nettoyage à l'eau et au savon suivi d'un rinçage soigneux.
- Pas d'application d'antiseptiques locaux.
- **Impétigo localisé** ou peu étendu :
 - antibiothérapie locale par mupirocine : 2 à 3 fois par jour durant 5 jours.
- **Formes graves d'impétigo** :
 - antibiothérapie orale durant 7 jours, sans attendre les résultats du prélèvement bactériologique ([voir tableau 1](#)) ;
 - applications biquotidiennes de vaseline (après les soins de toilette) ;
 - pas d'antibiothérapie locale ;
 - pas de nécessité de prendre en compte le SARM pour le traitement probabiliste de première intention d'un impétigo (en France, 5 à 10 % de SARM parmi la population de SA communautaires) ;
- **Éviction de collectivité** : Si lésions non protégées par pansement : 3 jours d'éviction après le début du traitement.

Formes graves d'impétigo Adulte	Pristinamycine per os : 1 g x 3 /jour Céfalexine per os : 2 à 4 g/jour <i>À réévaluer en fonction des résultats des prélèvements bactériologiques</i>	Pristinamycine per os : 1 g x 3 /jour	7 jours
Formes graves d'impétigo Enfant	Amoxicilline/acide clavulanique : 80 mg/kg/ jour Céfadroxil : 100 mg/kg/ jour <i>À réévaluer en fonction des résultats des prélèvements bactériologiques</i>	Josamycine : 50 mg/kg/ jour	7 jours



Patient de 30 ans adressé pour des papules érythémato-squameuses, prurigineuses, évoluant depuis plusieurs mois



- Plaques érythémato squameuses bien délimitées

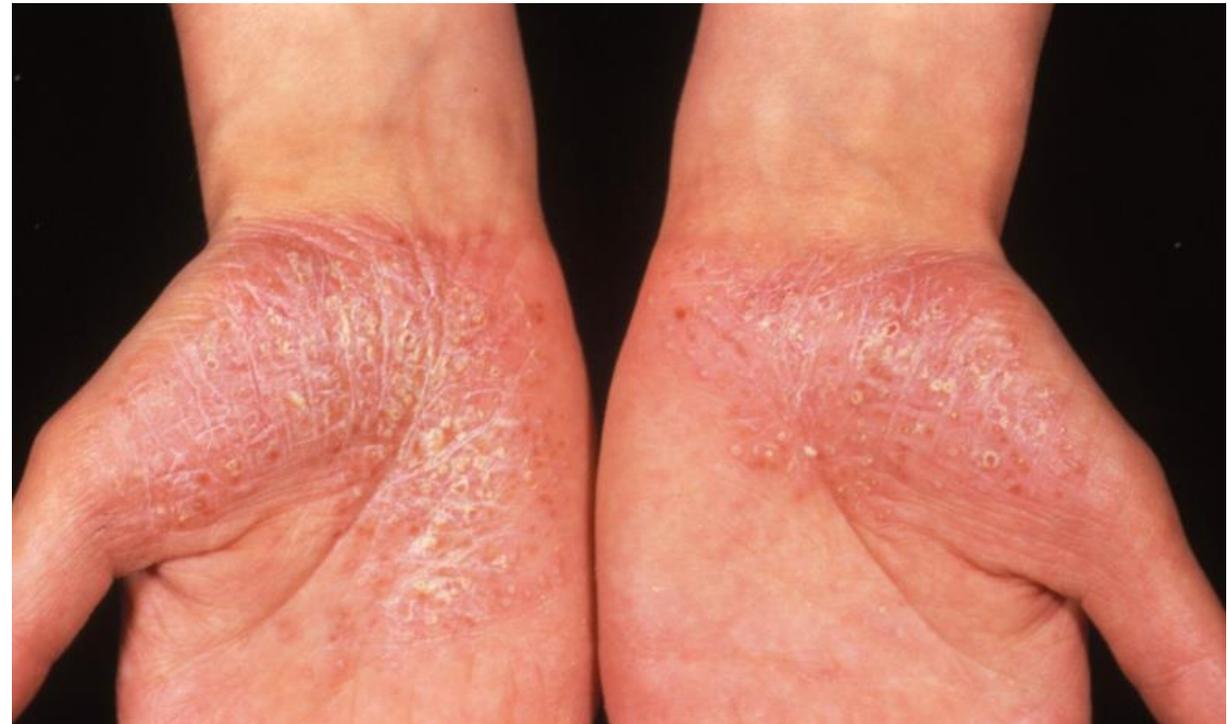


- Plaques érythémato squameuses avec pustules sous cornées, bien délimitées



PSORIASIS

- dermocorticoides: 1 fois par jour jusqu'à disparition (environ 1 mois) puis week-end therapy
- Pour les mains: dermocorticoides en occlusion (avec des gants) selon le même schéma





Patiente de 18 ans, dermatite atopique connue, consulte pour une recrudescence de lésions eczématiformes prurigineuses

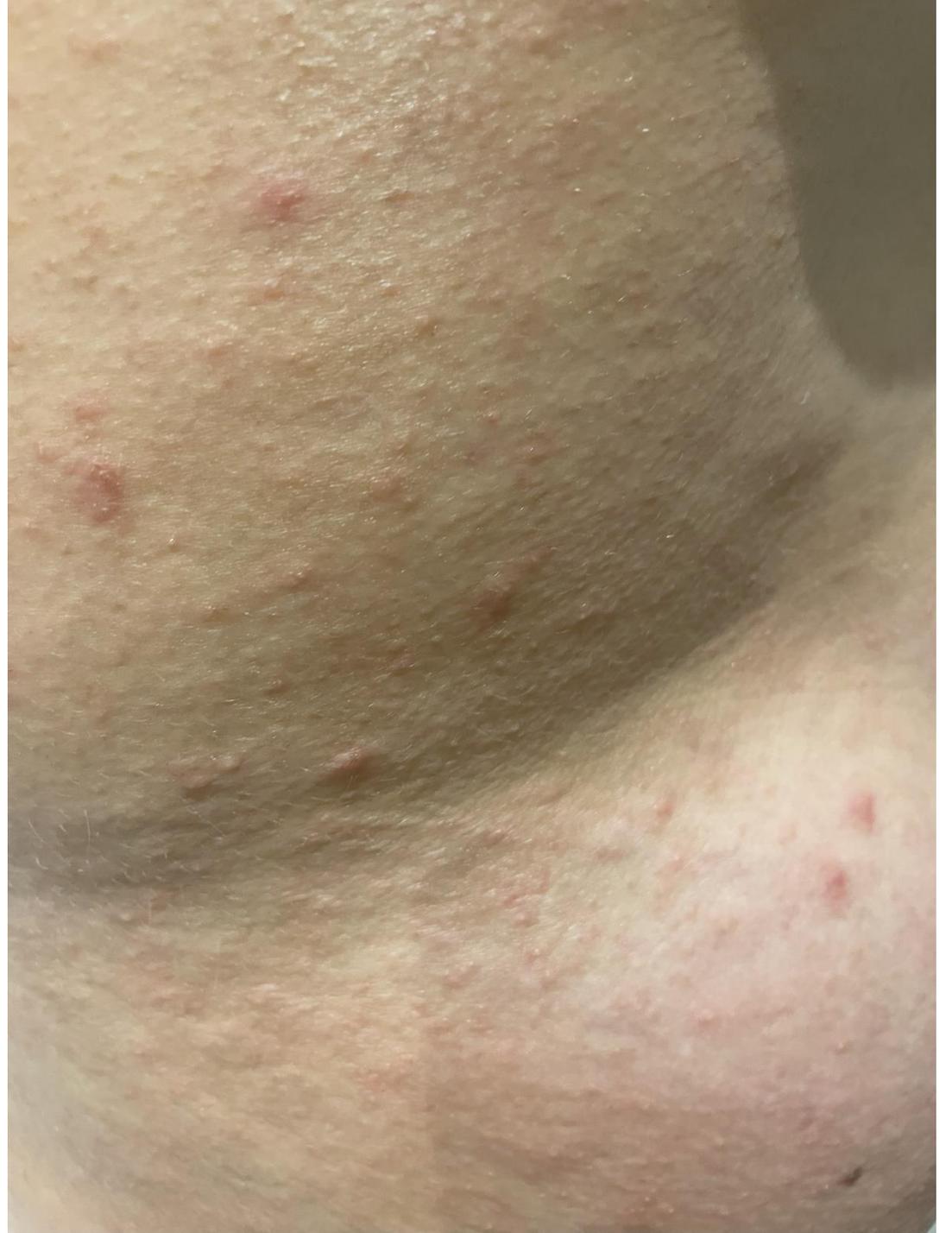




Tableau de prurit diffus

Lésions eczématiformes

Pas du tout aux zones bastions de l'eczéma!



GALE

TRAITEMENT DE LA GALE

- Traitement de la personne + des sujets contacts (partenaire, vivant sous le même toit): IVERMECTINE DOSE POIDS J0 – J10 et TOPISCAB (de la tete au cou, en insistant au niveau des fesses et OGE ++) J0 – J10 à laisser poser au moins 8 heures.

- Traitement de l'environnement

TOUT CE QUI RENTRE
DANS LA MACHINE A
LAVER

- 60°
- CYCLE LONG
- TOUT CE QUI A
ÉTÉ
PORTE/TOUCHE
DANS LES 72H
PRECEDENT LE
TRAITEMENT

TOUT CE QUI NE
RENTRE PAS DANS LA
MACHINE MAIS QUI
RENTRE DANS LA
POUBELLE:
SPRAY APAR
A FERMER PENDANT
72H

TOUT CE QUI NE RENTRE
NI DANS L'UN NI DANS
L'AUTRE:
SPRAY APAR puis laisser
poser



Patient de 58 ans, adressé pour décollement cutané d'apparition brutale. Contexte de pharyngite depuis la dernière semaine. Fièvre et instabilité hémodynamique.





Quel est votre diagnostic ?



Quel est votre diagnostic ?



LYELL

LYELL-NET

Signes cliniques

- **Phase prodromique (1-3 jours)** : fièvre, malaise, douleurs musculaires, toux, conjonctivite.
- **Phase cutanée** :
 - Apparition de lésions rouges diffuses, bulles, décollement (dépense corporelle).
 - Signe de Nikolsky positif (décollage de l'épiderme)
- Atteinte des muqueuses (bouche, yeux, génitales) avec ulcérations et douleurs.
- Risque de choc hypovolémique, infections secondaires, défaillance multi-organes.
- **Diagnostic**

TRANSFERT DANS UN SERVICE DE GRANDS BRULES

Clinique : extension rapide des lésions, décollement cutané, atteinte muqueuse.

Biopsie cutanée : nécrose épidermique diffuse avec clivage sous-épidermique.

Recherche d'un médicament déclencheur.



Patiente de 6 ans, vient pour des taches hypochromes des joues depuis cet été

Notion de dermatite atopique



Macules hypochromiques des joues chez une
patiente avec de la dermatite atopique

Non dépilantes

DARTRES = ECZEMATIDES ACHROMIANTES



Patient de 35
ans, constate
l'apparition de
ces lésions
bulleuses
Sans facteur
déclenchant





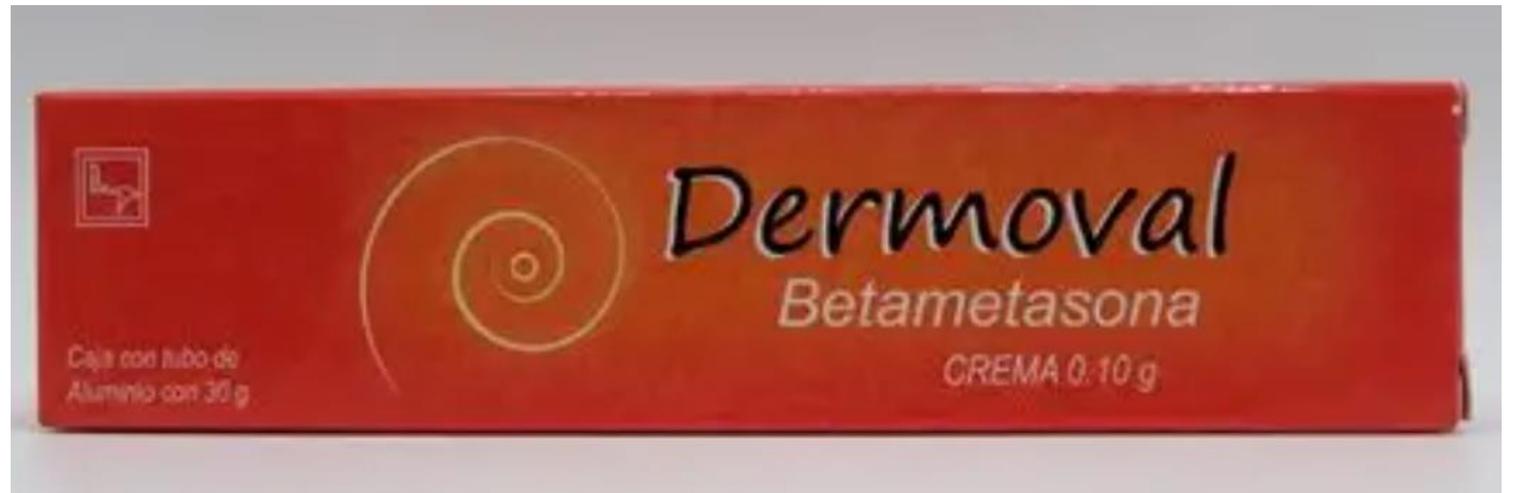
Lésions inflammatoires +++ au point d'avoir un décollement bulleux
Figuré ++ (linéaires)

Quelles questions pouvez vous lui posez pour trouver le diagnostic ?



PHYTOPHOTODERMATOSE

- Percer les bulles et appliquer du tulle gras / vaseline sur les érosions post bulleuses
- DERMOVAL 1 fois par jour pendant 7 jours (ou jusqu'à disparition des lésions)





Patiente de 35 ans, enceinte, a vu l'apparition de ces lésions cutanées prurigineuses du tronc depuis plusieurs semaines





Quelles sont les questions que vous allez poser ?

Médailon initial ?



Tableau d'éruption érythémato squameuse du tronc, avec médaillon initial

PYTIRIASIS ROSE DE GIBERT

Prise en charge:

- Prévenir les patients que les lésions vont durer entre 2 à 3 mois
- Sérologies de principe: SYPHILIS ++++
- Si prurit: DIPROSONE pendant 1 semaine, si non abstention



- Patiente de 70 ans, vient pour une dermatose aigue du visage avec sensation de brulures et picotement





Quelles questions allez vous poser ?

- Application de produits topiques (naturels, antiseptiques, nouveaux diffuseurs d'encens etc...) ?
- Prurit ?
- Gauchère ou droitère ?





Texture légère
Parfum très aromatique, épicé
Utilisation mélangée



ECZEMA DE CONTACT A L'HUILE DE NIGELLE



- Arrêt de tous ses topiques !
- DIPROSONE 1 fois par jour pendant 7-10 jours
- Patchs-tests en dermato-allergo à distance (> 3 mois)



Patiente 65 ans, suivie en hématologie pour une
leucémie aigue en cours de chimiothérapie

Pas d'aplasie sur la biologie

Lésions nécrotiques depuis 48 heures, d'extension
progressive, douloureuse

Sans fièvre

Que faites-vous ?



Prélèvement viro pour HSV1 et 2



POSITIF!

Herpes chez une personne
immunodéprimée

Toute lésion vésiculeuse / nécrotique et/ou
douloureuse chez un immunodéprimé est
un herpes jusqu'à preuve du contraire!

HERPES DE L'IMMUNODEPRIME





Patiente de 35 ans se présente pour cette exanthème fébrile depuis 24 heures





UNHA ETABLISSEMENTS DE SANTE



Tableau d'exanthème fébrile

INFECTIEUX ?

- Sérologies VIH VHA VHB VHC VHE
 - TPHA/VDRL
- PCR EBV, CMV, parvovirus B19
 - Statut vaccinal ?
- Arboviroses++++: dengue, chikungunya (céphalées rétro-orbitaires, myalgies, arthralgies ?)

TOXIDERMIE ?

- Médicaments imputables ?
- Signes de gravité: décollement / signe de nikolsky ? Œdème du visage et des extrémités ? Fièvre ? Atteinte muqueuse ? Insuffisance rénale, cytololyse hépatique, hyperéosinophilie ?
- Si pas de signes de gravité: ne pas arrêter le médicament inducteur, débuter dermocorticoïdes
- Si signes de gravité: arrêter le médicament inducteur, débuter dermocorticoïdes

Tableau d'exanthème fébrile sans atteinte muqueuse

Prélèvements infectieux négatifs

Hyperéosinophilie

Cytolyse hépatique à 2N

Œdème des extrémités

Pas d'adénopathies

REGISCAR

Symptoms and Laboratory Findings for DRESS	Scoring (points) For DRESS	Patient Result	Patient Score
Fever 38.5°C	No/U: (-)1, Y: 0	38.8°C	0
Lymphadenopathy	No/U: 0, Y: 1	Yes	1
Eosinophilia Eosinophils (per µL) Eosinophils (%), if WBC < 4000	700-1500: 1, ≥ 1500: 2 10-19.9%: 1, ≥ 20%: 2 * Max score = 2	No	0
Atypical Lymphocytes	No/U: 0, Y: 1	Absent	0
Skin Rash			
-Extent (% body surface area)	No/U: 0, > 50%: 1	> 50%	1
-Rash suggesting DRESS	No: (-)1, U: 0, Y: 1	Yes	1
-Biopsy suggesting DRESS	No: (-)1, Y/U: 0 *Minimum score = -2, Max = 2	Unknown	0
Organ Involvement			
-Liver	No/U: 0, Y: 1	Yes	1
-Kidney	No/U: 0, Y: 1	No	1
-Lung	No/U: 0, Y: 1	No	
-Muscle/heart	No/U: 0, Y: 1	No	
-Pancreas	No/U: 0, Y: 1	No	
-Other	No/U: 0, Y: 1 *Max score = 2	No	
Resolution ≥ 15 days	No/U: (-)1, Y: 0	Yes	0
Evaluations of other potential causes			
-Antinuclear antibody		Negative	
-Blood culture		Negative	
-HAV/HBV/HVC		Negative	
-Chlamydia/mycoplasma		Negative	
*If none positive and ≥ 3 of above negative	No: 0, Y: 1		1
Total Score: 6 (Definite case of DRESS)			
Final Score of < 2, no case; score of 2-3, possible case; score 4-5, probable case; score > 5, definite case. Range of total score is -4 to 9. U: Unknown, Y: Yes			





Patiente de 40 ans, vient pour exanthème fébrile avec apparition secondaire de pustules dans les plis



Syndrome inflammatoire biologique avec hyper polynucléose neutrophile

Pustulose exanthématique aiguë généralisée

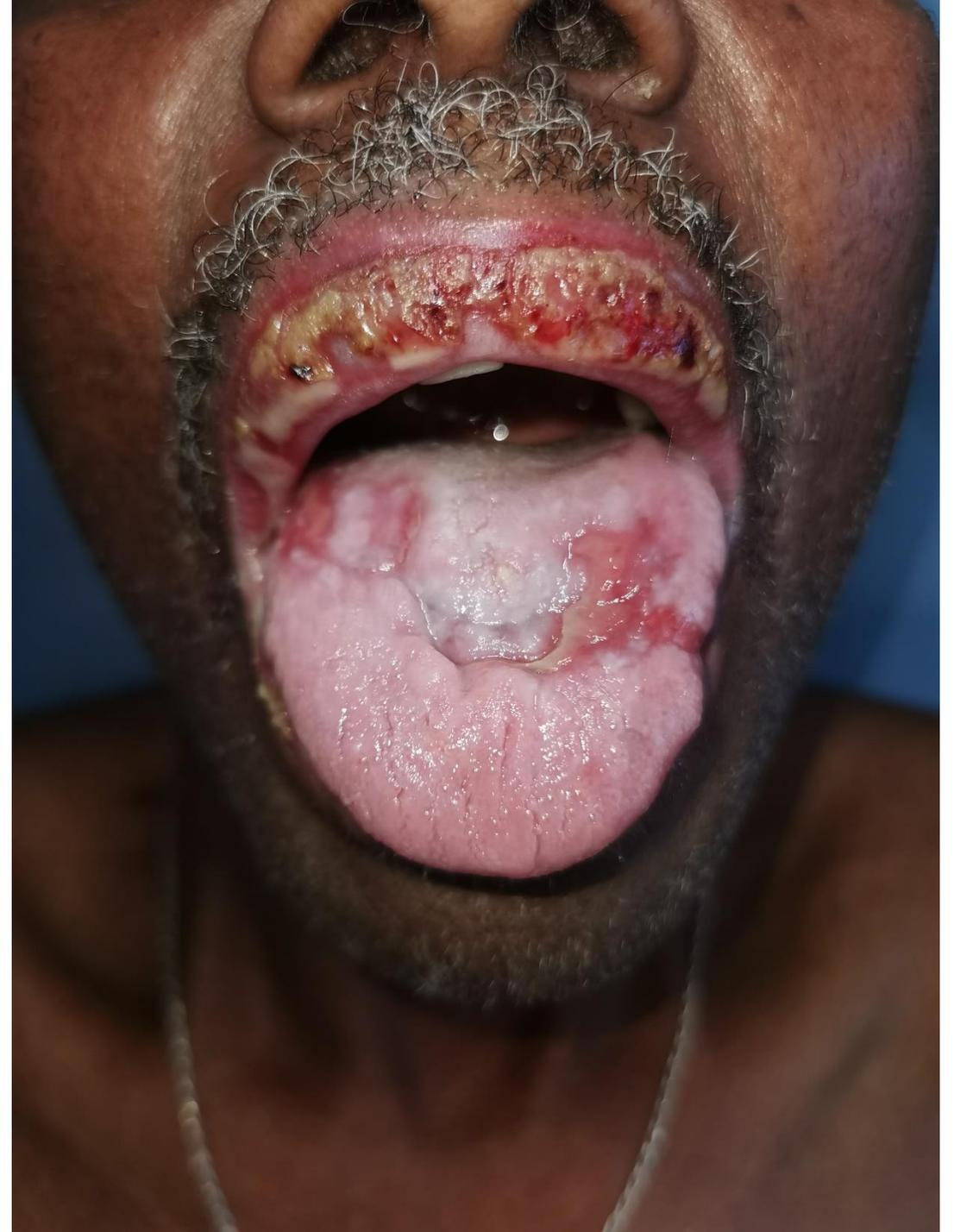
Toxidermie grave

- > arrêt du médicament inducteur
- > hospitalisation
- > dermocorticoïdes





Patient de 60 ans, sans ATCD, se présente pour des érosions douloureuses depuis 24 heures





Quelles questions / quelles hypothèses ?



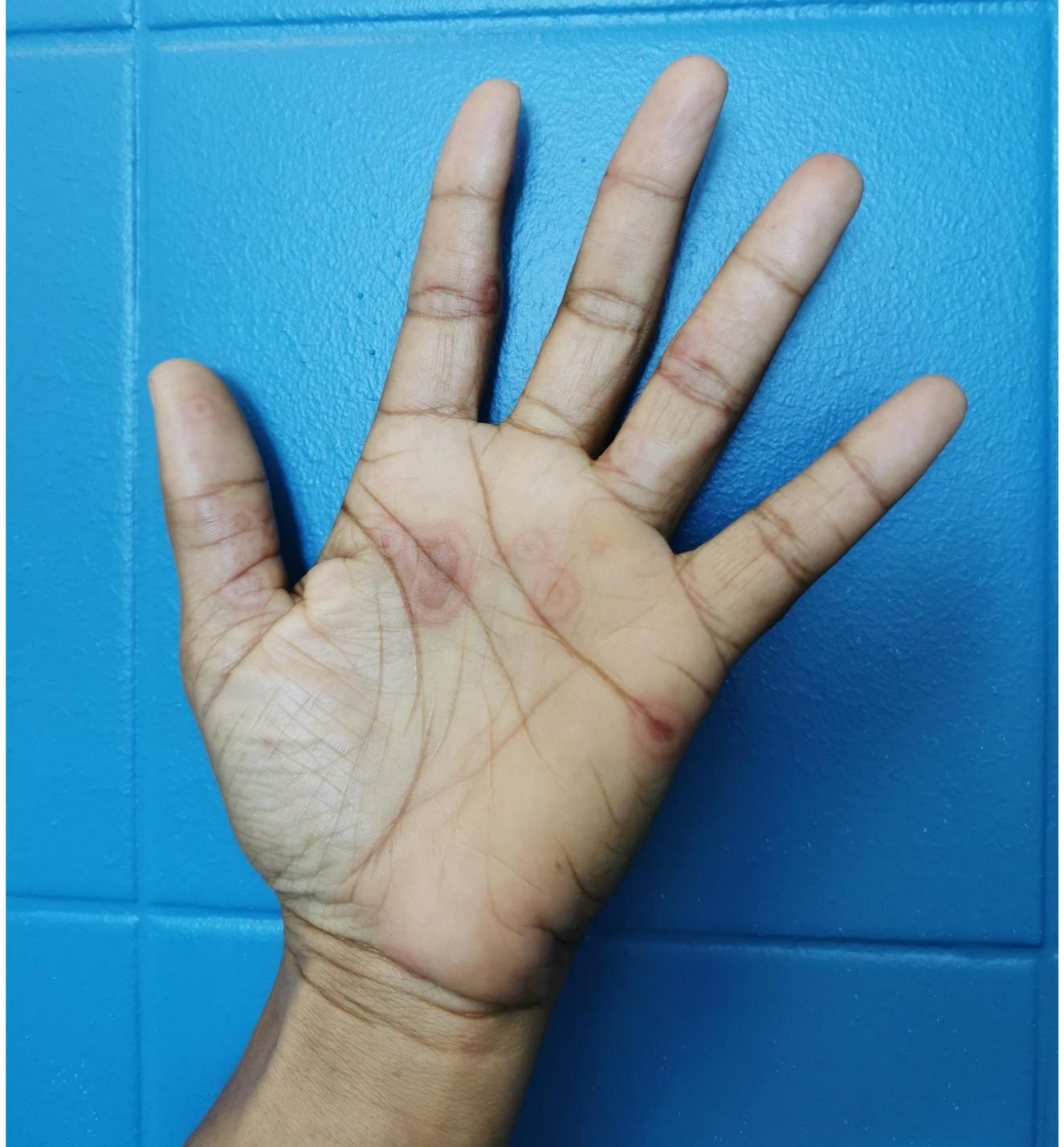
INFECTIEUX:
Herpes ? > faire
prélèvement viro

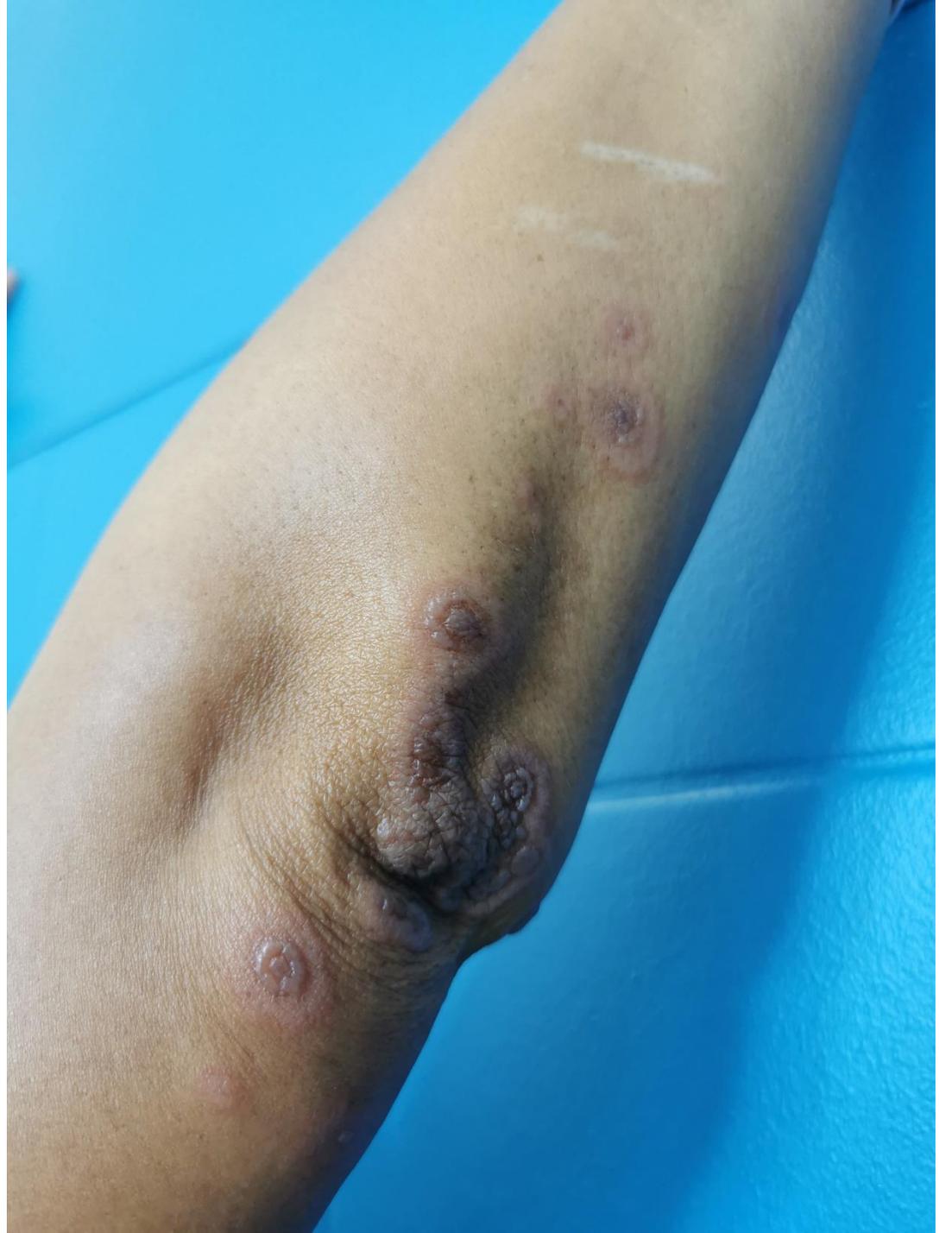
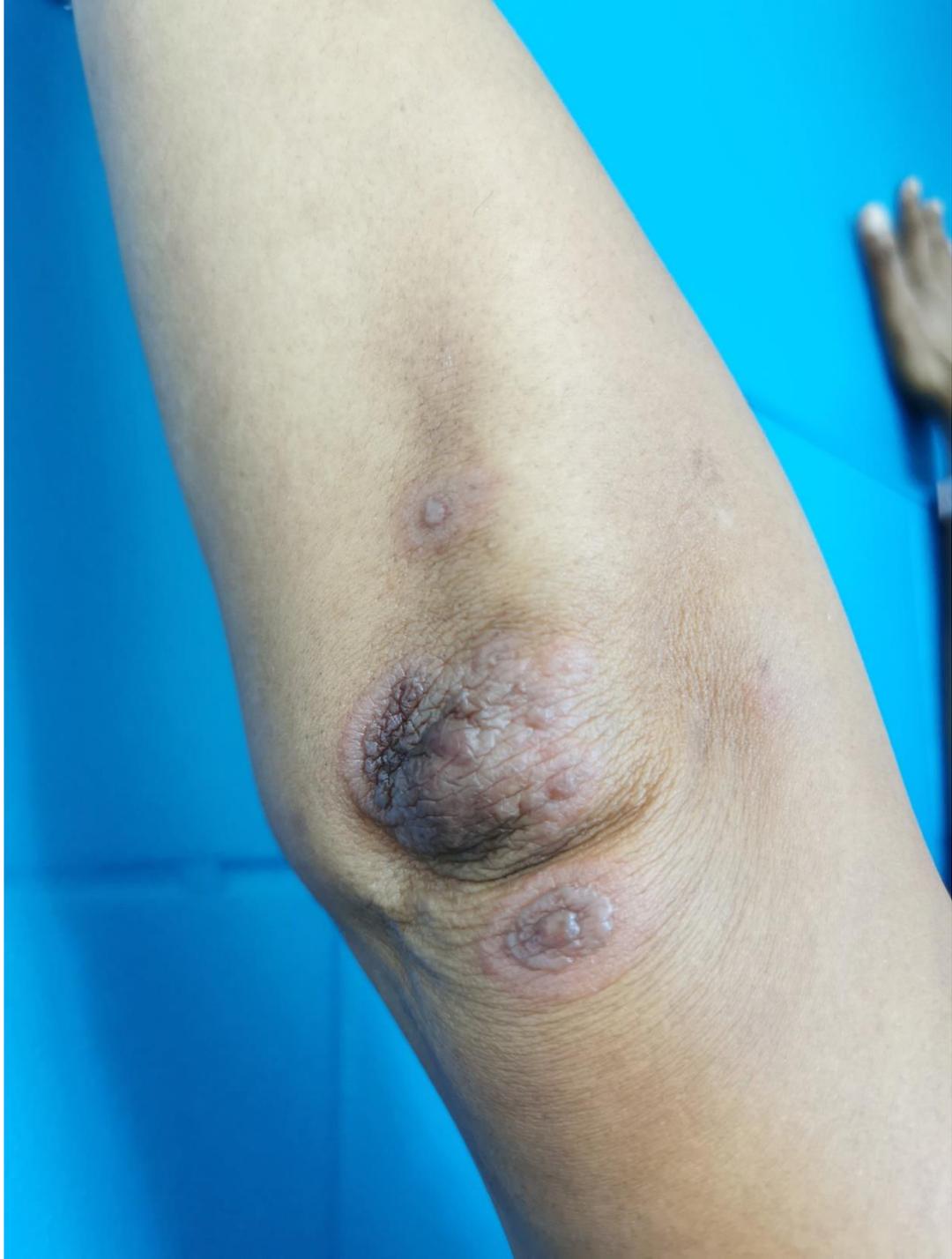
TOXIDERMIE
Médicament
imputable ? Les
toxidermies graves:
Lyell/SJ débutent
volontiers par une
atteinte muqueuse
+++

INFLAMMATOIRES
Pemphigus ? Érythème
polymorphe majeur ?
Lupus ? Lichen plan
buccal ? MICI ?



Patiente de 60 ans, apparition rapidement progressive sur une semaine de lésions des mains, coudes et genoux





Quelles sont vos questions / hypothèses ?

Nouveau
médicament
?

Atteinte
muqueuse
?

Récurrence
herpétique ?
Signes
respiratoires ?

ERYTHEME POLYMORPHE (majeur ou mineur
selon la présence d'atteinte de la muqueuse
buccale)



Patiente de 70 ans qui présente une plaque érythémato squameuse depuis plusieurs mois « après avoir reçu de l'eau bouillante »









Quelles questions vous lui posez ?

Durée d'évolution ?

Cinétique d'évolution ?
Évolution centrifuge ?

Application de
dermocorticoides ? Et
réponse aux
dermocorticoides ?

DERMATOPHYTIE



