

Journée SSMG

D^r Marjorie Dufaux, médecin généraliste en formation professionnelle, 5170 Lesve •
D^r Françoise Pineux, médecin généraliste, 5300 Andenne

Dermatologie

Namur, le 29 mai 2010

Pathologies de l'ongle

Les ongles sont situés sur la face dorsale des phalanges terminales. La surface de la peau sous l'ongle est appelée le **lit unguéal**. L'ongle est entouré latéralement et proximale par un pli de peau, appelé le **bourrelet unguéal**. La fissure qui existe entre le bourrelet et le lit s'appelle **sillon unguéal**. Le bord proximal de la plaque unguéale est appelé la **racine de l'ongle**. La partie visible de la plaque unguéale, appelée corps de l'ongle, est entourée par le **bourrelet unguéal**.

Les pathologies de la racine de l'ongle sont responsables de déformation de celui-ci. Les anomalies ponctuelles de la racine, comme par exemple la **fibromatose** ou la présence d'un **kyste matriciel** (pseudokyste mucoïde), sont responsables de déformations linéaires longitudinales. Les lésions atteignant la totalité de la racine vont déformer l'ongle de manière globale. Un cas particulier est la **pathomimie**, tic de repoussement des cuticules, qui fragmente la tablette et provoque des déformations parfois importantes de l'ongle.

Des lignes transversales successives au niveau de l'ongle, appelées sillons de Beau, sont le signe de pathologies ou atteintes à répétitions comme des **poussées inflammatoires** ou des **chimiothérapies** régulières.

Des déformations atteignant tous les ongles peuvent faire suggérer une **toxicodermie médicamenteuse**, par exemple par le lithium, l'hydrée, la doxycycline ou les AINS.

La présence d'une lésion noire peut correspondre à un **hématome sous-unguéal**, une ligne noire longitudinale est, soit un **nævus**, soit un **mélanome** mais nécessite toujours une biopsie par un chirurgien. Les mégacapillaires sont le signe de pathologies internistiques comme le syndrome de Raynaud, le lupus, la sclérodermie ou la dermatomyosite. Ils sont visibles à la capillaroscopie et parfois à l'œil nu.

Le clubbing, ou **hippocratisme digital**, associe une augmentation de la courbure de l'ongle réalisant une déformation en verre de montre à un élargissement de la dernière phalange donnant l'aspect de doigts en « baguette de tambour ». Il est le signe d'une hypoxie chronique, mais aussi de maladies extra-respiratoires : l'endocardite, cardiopathie congénitale cyanosante, maladie inflammatoire intestinale chronique (recto-colite, maladie de Crohn), hépatite et cirrhose chroniques, cancer digestif.

Le **Psoriasis** donne une atteinte typique de l'ongle avec une onycholyse en tache d'huile et des dépressions en dés à coudre. (MD)

D'après l'exposé du D^r Jean Bourlond, dermatologue à Namur et Arlon.

Photo-onycholyse

La photo-onycholyse médicamenteuse est un décollement unguéal par photo-toxicité. Les modifications sont annoncées par des douleurs des extrémités ou de la région sous-unguéale. L'onycholyse ne survient pas avant un traitement minimum de 2 semaines et débute à la partie distale de l'ongle.

Les **tétracyclines** et les **psoralènes** en sont les plus grands pourvoyeurs. Certaines tétracyclines sont plus photosensibilisantes, comme la **doxycycline** (Vibrotab®). La lymécycline (Tétralysal®) est la moins photosensibilisante.

Pour rappel, le psoralène est une substance végétale extraite de la bergamote qui est un photosensibilisant utilisé pour la Puvathérapie.

Les médicaments photosensibilisants sont notamment : les AINS, les antidépresseurs, les anti-épileptiques, la chlorpromazine, le millepertuis, l'amiodarone, les anti-acnéiques, les IEC, les statines, les fibrates... (MD)

D'après l'exposé du D^r Jean Bourlond, dermatologue à Namur et Arlon, du CHU Sart-Tilman.

Urticaires

Les urticaires sont des réactions allergiques dépendant de la production d'IgE. On distingue 4 sortes d'urticaire :

- urticaires physiques :
 - dermographisme ;
 - urticaire retardée à la pression ;
 - urticaire « a frigore » ;
 - urticaire « a calore » ;
- urticaire cholinergique :
 - urticaire solaire ;
 - urticaire vibratoire ;
 - urticaire aquagénique ;
 - urticaire adrénérergique ;
- urticaires de contact :
 - origine non-immunologique (ortie) ;
 - origine immunologique (Latex) ;
 - idiopathiques ;
- urticaires immunologiques communes :
 - origine médicamenteuse ;
 - origine alimentaire ;
 - origine infectieuse ;
 - origine respiratoire ;
 - origine systémique ;
- urticaires idiopathiques.

L'urticaire aquagénique est rare et invalidant. Il apparaît quelques minutes après le contact avec l'eau et est indépendant de la température de l'eau.

Il y a un risque anaphylactique lors de la prise de bain.

L'urticaire au froid touche principalement les sujets jeunes et représente 2 à 9% des urticaires chroniques. Elle est déclenchée par le contact au froid (air frais, vent, eau froide, contact avec un objet froid ou des aliments glacés). L'urticaire atteint les zones exposées mais parfois les zones couvertes. Le risque anaphylactique est présent.

Il existe des formes familiales, des formes acquises idiopathiques, des formes secondaires transitoires virales (post-mono-nucléose, syphilis, hépatite B, VIH, rougeole...) ou médicamenteuses (griséofulvine, œstro-progestatifs) mais aussi des formes secondaires : (cryoglobulinémie, cryofibrinogénémie, maladie des agglutinines froides, hémoglobinurie paroxystique nocturne, dysglobulinémie, lymphome, maladies auto-immunes, néoplasie...).

La notion d'urticaire au froid est importante à connaître avant une opération au bloc opératoire.

L'urticaire cholinergique est très fréquente chez les sujets jeunes et est induit par augmentation de la température corporelle : par l'exercice, un bain chaud...

Il s'agit de papules érythémateuses et prurigineuses, de 2 à 4 mm au niveau du tronc et des membres.

L'urticaire adrénérergique est rare, mais souvent méconnue. On la confond fréquemment avec une urticaire cholinergique, bien qu'elles puissent être associées. Cette urticaire est induite par le stress. La particularité de cette éruption est la présence de papules avec halo de vasoconstriction en périphérie, présent au niveau des membres et du tronc. Le traitement est un bêtabloquant. (MD)

D'après un exposé du Dr B. DEZFOULIAN, MD, PhD, service de dermatologie du CHU Sart-Tilman.

UV

Les Ultra-violet (UV) sont des radiations du spectre solaire inférieures à 400 nm, elles ne sont pas détectées par l'œil humain mais n'en sont pas pour le moins dangereuses. On distingue parmi les UV trois catégories : les UVA : 320 – 400 nm, les UVB : 290 – 320 nm et les UVC : < 280 nm. L'atmosphère constitue un bouclier naturel contre les UVC, qui sont filtrés par l'intermédiaire de la couche d'ozone, seuls les UVA et les UVB arrivent à la surface

de la terre. Ils diffèrent par leur intensité, leur longueur d'onde et leur capacité à pénétrer la peau de façon plus ou moins profonde. Les UVA sont moins énergétiques que les UVB mais ils sont plus nombreux et plus pénétrants. Ils agissent au niveau des fibres élastiques et entraînent un vieillissement prématuré de la peau. Ils ont également une action au niveau de l'ADN et sont carcinogènes. Ils sont dangereux dès le lever du soleil et tout au long de la journée. Les UVB ne sont principalement dangereux qu'entre 12h et 16h.

Les premiers produits solaires étaient conçus dans l'optique de ne filtrer que les UVB, car on ignorait alors le danger des UVA. La toxicité des UVA a été révélée suite à l'apparition de spinocellulaires au niveau du scrotum de patients bénéficiant de PUVA thérapie comme traitement de lésions psoriasiques sévères. Aujourd'hui, les produits de protection doivent s'étendre sur tout le spectre UV.

Le rayonnement solaire est responsable de lésions cutanées multiples : érythème, brûlures solaires, élastose solaire, photovieillissement, poikilodermie, hypertrophies sébacées, comédons, porokératoses actiniques, kératoses actiniques, carcinomes, lentigos actiniques et mélanomes. Des lésions peuvent apparaître par photosensibilisation :

- **phototoxicité médicamenteuse** (AINS, isotrétinoïne...);
- **phototoxicité topique (beaucoup de parfums, eaux de Cologne, huiles essentielles et extraits de plantes sont phototoxiques);**

- phytophotodermatite (lucite des prés);
- lucite estivale bénigne;
- lucite polymorphe;
- urticaire solaire.

(MD)

D'après un exposé du Professeur Michel de la Brassinne, dermatologue et professeur à l'Université de Liège.

Protections solaires

On distingue 6 phototypes :

- phototype I : sujets roux avec taches de rousseurs, ils ne bronzent jamais, et brûlent toujours;
- phototype II : sujets blonds à la peau claire, ils bronzent peu (hâle léger) et brûlent facilement!;
- phototype III : sujets châains avec une peau claire à mate. Ils ont un hâle clair mais ont fréquemment des coups de soleil;
- phototype IV : sujets bruns avec une peau mate, ils bronzent facilement et ont rarement des coups de soleil;
- phototype V : sujets méditerranéens foncés ou indiens avec des cheveux bruns foncés et une peau mate. Les coups de soleil sont exceptionnels;
- phototype VI : sujets à peau et cheveux noirs;
- phototype 0 : nourrissons et albinos, ils n'ont aucune protection solaire. Il ne bronze jamais et brûle toujours! Il faut donc être très prudent avant d'exposer un enfant au soleil (habillé, chapeau, lunettes de soleil).

Les protections solaires sont réparties en fonction d'un indice de protection solaire.

On distingue les crèmes solaires :

- de faible protection : 6 à 10 ;
- de protection moyenne : 15 à 25 ;
- de haute protection : 30 à 50 ;
- de très haute protection : 50+.

Il faut distinguer filtre et écran solaire. Les filtres absorbent la lumière alors que les écrans la réfléchissent. Il faut appliquer une couche homogène toutes les deux heures, en privilégiant les zones sensibles, c'est-à-dire les zones perpendiculaires, comme les pavillons des oreilles, le nez et les épaules.

Les protections solaires protègent toujours des UVB. Un critère de qualité d'une crème solaire est qu'elle protège au minimum de 20 % des UVA. La présence d'un logo UVA est obligatoire.

Il ne faut pas oublier de bien s'hydrater après une exposition solaire, tant orale que cutanée avec une crème hydratante. (MD)

D'après un exposé du Professeur Michel de la Brassinne, dermatologue et Professeur à l'université de Liège.

Auto-bronzants

Les autobronzants provoquent une oxydation de la kératine, ils ne sont pas toxiques et ne sont pas carcinogènes. Mais il n'y a aucune protection solaire associée. (MD)

D'après un exposé du Professeur Michel de la Brassinne, dermatologue et professeur à l'Université de Liège.

Psoriasis

En Belgique, le psoriasis atteint 1 à 2 % de la population. Une composante génétique est démontrée. Le psoriasis est caractérisé par des plaques épaisses érythématosquameuses, d'allure nacré. Contrairement à l'eczéma, les limites des lésions sont nettes. Le psoriasis en plaques est la forme la plus fréquente (80 %) et présente des lésions symétriques. Le psoriasis en gouttes (10 %) est la forme la plus fréquente chez l'enfant. Les infections ORL d'origine streptococcique sont rapportées comme un des principaux facteurs déclenchant l'apparition du psoriasis en gouttes chez l'enfant. Il n'est pas absurde, en cas d'angines à répétition, chez un enfant souffrant de ce type de psoriasis, d'envisager une amygdaléctomie en vue d'obtenir une guérison du psoriasis. Les formes pustuleuse et érythrodermique (sur l'ensemble du corps) doivent absolument être référées. Le diagnostic différentiel du psoriasis érythrodermique doit se faire avec un lymphome. Le psoriasis inversé atteint les patients obèses dans les plis et ne présente pas de squames.

Certains médicaments peuvent déclencher, voire aggraver un psoriasis : β -blo-

quants, IEC parfois, antipaludéens de synthèse, lithium, certains AINS.

Le but du traitement est global : faire disparaître les lésions existantes, éviter les rechutes, améliorer la qualité de vie. Les corticoïdes locaux (classe I et II) sont utilisés sur les lésions principalement inflammatoires, sous forme de pommade, jusqu'à disparition des lésions et, ensuite, un espacement progressif des applications sur une période d'un an est recommandé. Les préparations kératolytiques (acide salicylique de 2 à 10 %) sont appliquées sur les lésions squameuses.

Les analogues de la vitamine D, sous forme de pommade, 1x/j, méritent d'être essayés en premier lieu. L'association d'analogue de la vit D avec une corticothérapie locale est intéressante : 2 jours de corticoïdes locaux alternant avec, 5 jours d'analogues de la vit D, chaque semaine. L'association calcitriol-bétaméthasone est particulièrement efficace. Chez l'enfant, les dérivés de la vit D peuvent être utilisés à partir de 6 ans.

Les traitements généraux sont à proposer en cas d'altération sévère de la qualité de vie, quand les lésions sont trop nombreuses pour un traitement local, en cas d'échec des traitements locaux, et quand la surveillance clinique et biologique est bien négociée avec le patient. Pour rappel, les traitements généraux sont la PUVAthérapie, l'acitrétine (Néotigason®), le méthotrexate (Ledertrexate®), la ciclosporine (Néoral®) et les inhibiteurs du TNF. (FP)

D'après l'exposé du Pr D. Tennstedt-Clinique universitaire Saint-Luc.

Engelures, crevasses, fissures en pratique

Les engelures peuvent être des plaies profondes. Il est possible de présenter des engelures par seulement 0° quand le temps est humide. Le diagnostic différentiel doit être fait avec un largage d'embolies. En prévention, une protection stricte contre le froid est recommandée. En curatif, il faut absolument éviter le réchauffement trop brusque des extrémités (radiateur, eau chaude...). Un traitement local cicatrisant sera appliqué, un traitement général par vasodilatateurs sera prescrit.

En ce qui concerne les crevasses, une protection contre le froid et les agents irritants externes est essentielle : port de gants de ménage, associés à des gants de coton, savons doux et crèmes hydratantes. Différents traitements peuvent être proposés : Bariéderm fissures et crevasses®, Xérial fissures et crevasses®, Céracuta® stick, Fucidin® onguent, Fucidin® crème.

En cas de fissures, le port de chaussures fermées et la perte de poids seront conseillés. Une crème kératolytique sera appliquée, ex. : Xérial® 30,50, Kératosane 30®. Des pansements actifs (Mépiléx®, Duoderm®, Comfeel®...) compléteront le traitement. (FP)

D'après l'exposé du Dr B. Blouard, dermatologue à la Clinique Saint-Luc à 5004 Bouge.

Psychodermatologie

Quelques idées retenues parmi d'autres... Il est toujours intéressant de rappeler que la peau et le SNC ont la même origine. La peau remplit différentes fonctions : défense, protection, également échange, contact, limite entre le moi et l'extérieur, la peau est un organe sensoriel (douleur, plaisir) et est le témoin de l'histoire du sujet (cicatrices, rides...).

Le corps prend en charge ce qui ne peut être pensé, ex. : je rougis, je frissonne. D'autre part, une affection dermatologique peut transformer l'image de soi, la peau faisant partie intégrante de l'image de soi, de l'estime de soi.

En dermatologie, un diagnostic devrait être double, dermatologique et psychodermatologique. Face à toute dermatose, on peut ainsi penser à un équivalent somatique d'une émotion peu structurée, à un mécanisme de défense (anxiété somatisée, dépression masquée), à une demande d'attention d'une personnalité narcissique et dépendante ou à une protection anti psychotique (dysmorphophobie).

La dermatologie se trouve à l'intersection de la médecine, de la psychologie et de la sociologie. (FP)

D'après l'exposé du Pr C. Reynaert, psychiatre, Cliniques universitaires de Mont-Godinne à 5530 Yvoir