



# NOS PLUS BEAUX CAS ET PIEGES DIAGNOSTICS

Equipe de dermatologie du CHU  
de Martinique  
30/09/23

# MME C. 32 ANS

## ATCD:

- Dents de sagesse
- Allergie aux acariens

## HDM:

Kystes du nombril déjà opérés en 2011

Nouvelle récurrence depuis 2 ans environ

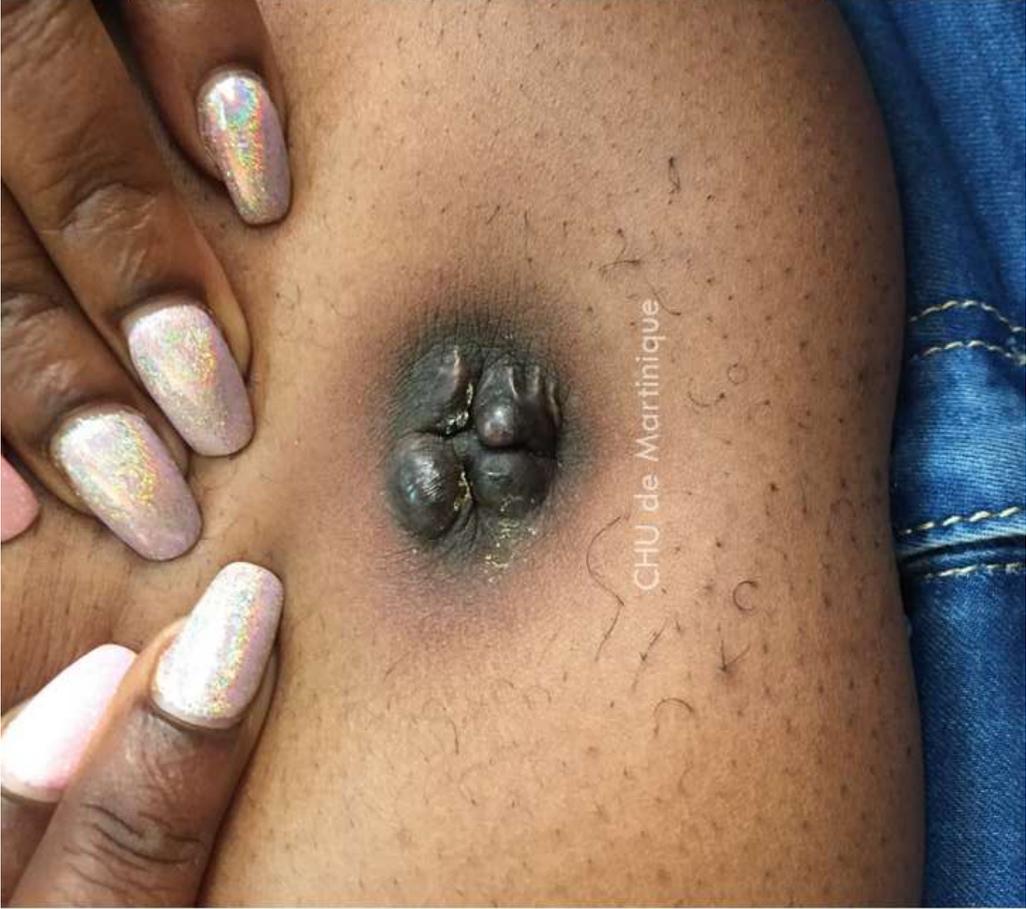
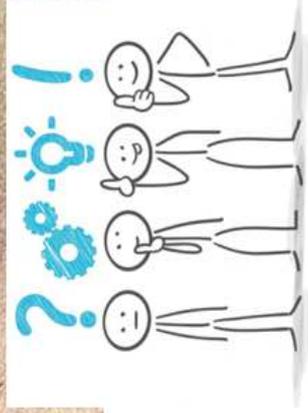
TTT reçus :

*Eryfluid lotion / Mupiderm / Cutacnyl / Tolexine*



## ECHOGRAPHIE:

2 images anéchogènes dans l'ombilic de 5 et 9 mm évoquant des petits kystes



# ENDOMÉTRIOSE DU NOMBRIL

- Présence d'épithélium endométrial avec stroma en dehors de la cavité utérine
- Divers symptômes:
  - ❖ dysménorrhées, dyspareunies profondes, troubles du transit légers, infertilité
  - ❖ Rythmés par le cycle ovarien
  - ❖ Localisation: habituelles: péritoine pelvien, parois des organes pelviens (vagin, vessie, rectum, uretères)
  - ❖ Localisations extra-génitales: 0,5%
- Sur cicatrice chirurgicale (laparoscopie++)
- Hypothèses physiopathologiques:
  - ❖ Implantation de tissu endométrial provenant du reflux menstruel
  - ❖ théorie métastatique veineuse ou lymphatique, lorsque des cellules endométriosiques migreraient jusqu'à l'ombilic, en empruntant le réseau veineux périombilical
  - ❖ Théorie de la métaplasie: des cellules dérivées de l'épithélium cœlomique subiraient une métaplasie vers des cellules endométriales, sous l'effet de divers facteurs infectieux, toxiques ou hormonaux
- Diagnostic : biopsie / IRM
- TTT : Chirurgical



# NODULE PIGMENTÉ OMBILICAL + SYMPTOMATOLOGIE LIÉE AUX RÈGLES



# MADAME D, 70ANS

ATCD : AVC DNID HTA

TTT : ATORVASTATINE LOXEN STAGID



Le 11/04/23 dans la nuit, réveillée par une violente douleur sur la lèvre supérieure

- œdème progressif de la lèvre sup
- majoration des douleurs
- apparition d'un œdème de la joue gch

# AUX URGENCES

## Clinique :

Œdème non inflammatoire de la lèvre supérieure et de la joue gauche

Pas d'œdème de la langue, pas d'atteinte laryngée, pas de prurit

Pas de gêne respiratoire, auscultation cardio-pulmonaire normale, pas de signes digestifs

1<sup>er</sup> épisode d'œdème isolé, pas d'IEC ou SARTAN

Constantes : **TA 170/85 , fc 75/ min, sat 98%**

Biologie : normale



## Très probable oedème angioneurotique (AO bradykinique) sans atteinte laryngée

- Injection de **FIRAZYR** 30 mg sc puis surveillance pdt 6h et réévaluation
- H6 : pas de diminution de l'oedeme : 2 eme injection de **FIRAZYR**
- Avis interniste : 2 amp **POLARAMINE**
- Absence d'amélioration à H1 : 1 injection de **BERINERT** (1400UI)
- Pas d'amélioration après injection de Berinert mais pas d'aggravation

**=> RAD avec Lévocétirizine 4cp/j et RDV le lendemain**

FIRAZYR et BERINERT env 500€  
Total : 1500euros

Astreinte CREAK 24h/24H  
**06 74 97 36 88**



Réévaluation le lendemain:

- Aspect inflammatoire de la lèvre sup: chaude, rouge et infiltrée
- Douleurs++
- Aspect de nécrose débutante et collection sous-jacente

Diagnostic:

→ **Probable morsure de scolopendre avec surinfection**

avec forte réaction locale inflammatoire et surinfection  
pas d'argument pour un angio-oedeme bradykinique

Traitement par Augmentin

**Réévaluation à J15**

Régression des signes locaux inflammatoires  
Régression des douleurs



**Réévaluation à 1 mois**

Persistance d'un œdème infiltré non douloureux de la lèvre supérieure  
Injection des quelques gouttes de kenacort dans la lèvre

**Réévaluation à 2 mois**

Régression quasi complète de l'œdème et désinfiltration

## Plusieurs espèces de scolopendres en Martinique: Scolopendra alternans, S. subspinipes S. morsitans

### Symptômes

- Douleur intense, brûlure, œdème, érythème
- Signes généraux (céphalées, tachycardie, nausées vomissements)

### Très rarement:

- bulle, nécrose
- Réaction allergique
- **Surinfection rare** (propriétés antibactériennes et antifongiques du venin)
- Cellulite, lymphangite avec adénopathie satellite
- Rhabdomyolyse, protéinurie
- Syncope, ischémie myocardique
- Décès (1 cas Martinique 2012, en Asie)

### CAT en cas de morsure

- Lavage eau + savon
- Glaçage
- Antalgiques palier 2 voir morphiniques
- AntiH1, dermocorticoïdes voire CTC PO si très inflammatoire
- Vérifier VAT



Patiente martiniquaise de 63 ans

- Antécédents de polyarthrite rhumatoïde traitée par **infliximab** et hépatite auto-immune traitée par

- **azathioprine**

- Lésions > 6 semaines sans traumatisme

- Pas d'AEG, ni fièvre, ni symptôme extra-cutané



Figure 1: lésions ulcéro-croûteuses dos et fesse



Figure 3 : Cultures sur milieux de Sabouraud

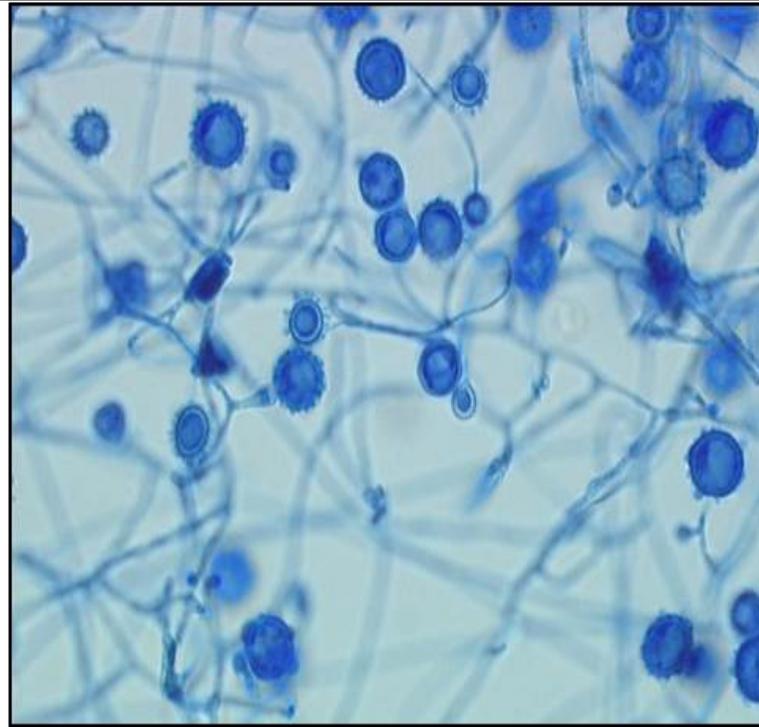


Figure 4 : Examen microscopique : forme filamenteuse

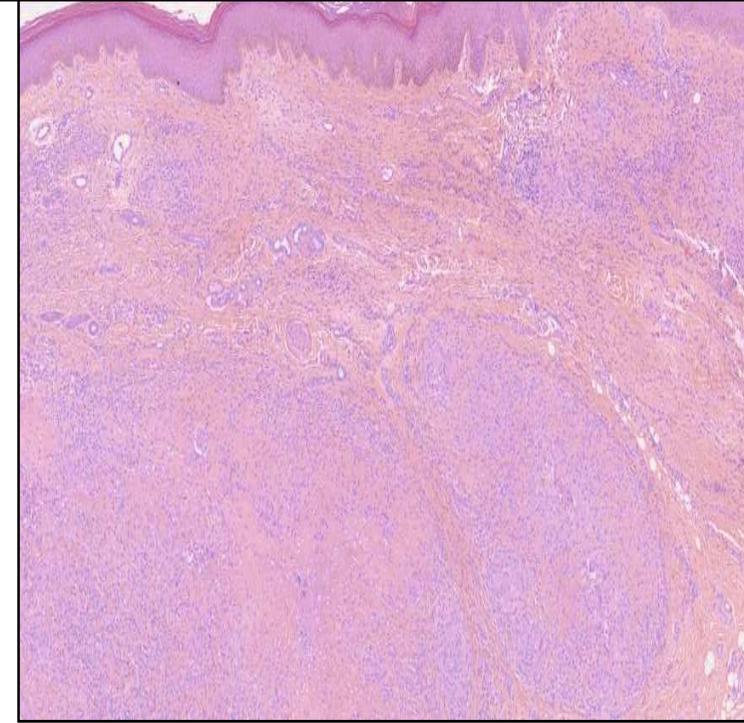


Figure 5 : Histologie : inflammation dermo-hypodermique granulomateuse sans nécrose caséuse

Culture mycologique (biopsie) : *H. capsulatum* var *capsulatum* & Sérologie **positive**

Hémocultures fongiques : stériles

Scanner TAP : pas d'atteinte profonde

## Histoplasmose cutanée isolée à *Histoplasma capsulatum* var. *capsulatum* chez une patiente sous IS

Traitement par amphotéricine B IV puis itraconazole PO. Rémission complète des lésions à 5 mois

Seul notion de contagé : **rénovation de la toiture** de sa maison 5 ans plus tôt



## Histoplasmose américaine

- Mycose profonde, secondaire à l'inhalation de spores *H. capsulatum* var. *capsulatum*
- Champignon saprophyte dimorphique, sols enrichis en fientes d'oiseaux et en **guano de chauves-souris**
- Primo-infection : pulmonaire et asymptomatique +++
- H. cutanée rare, secondaire à une dissémination hématogène +++
- **Réactivation forme pulmonaire latente ancienne** (PI lors travaux de sa toiture), favorisée par le traitement IS
- Le diagnostic repose principalement sur l'examen mycologique
- Pays en zone d'endémie (États-Unis, Amérique centrale et du Sud, Afrique intertropicale et du Sud, Asie et Océanie)

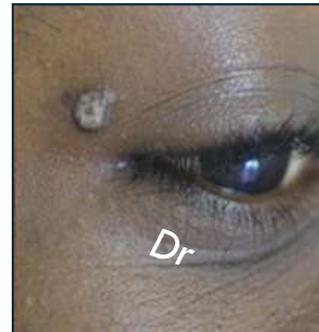
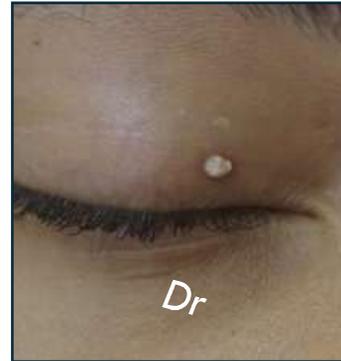
# CURIOSITE PERI-OCULAIRE CHEZ L'ADOLESCENT



6 adolescents martiniquais entre 12 et 15 ans sans antécédent  
lésion papuleuse acquise évoluant depuis plusieurs mois  
blanchâtre, consistance dure, unique, indolore et péri-oculaire  
Pas de symptomatologie extra cutanée

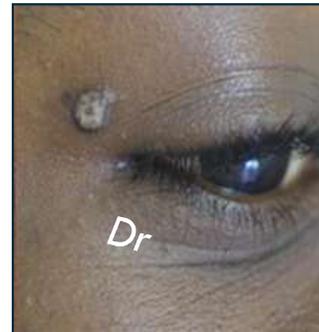
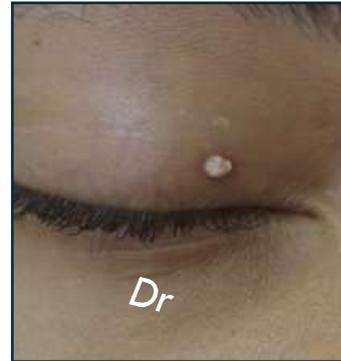
# QUEL EST VOTRE DIAGNOSTIC?

- A. Molluscum contagiosum
- B. Verrue plane
- C. Kyste épidermoïde
- D. Autre



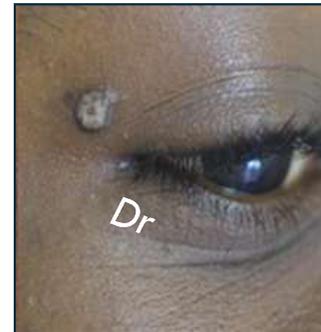
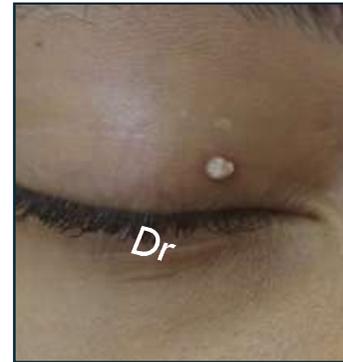
# QUEL EST VOTRE DIAGNOSTIC?

- A. Molluscum contagiosum
- B. Verrue plane
- C. Kyste épidermoïde
- D. Autre



## Calcinose cutanée

- Nodule calcifié sous-épidermique (calcinose cutanée idiopathique)
- Lésion bénigne : adolescents, masculin +++, afro-américains ou hispaniques
- Papule unique, infra centimétrique jaune-blanchâtre, asymptomatique
- Face, paupière +++
- Aucune maladie systémique associée
- Histologie : dépôts de calcium dans le derme
- Traitement : excision de la lésion (shaving, biopsie, fuseau, curetage)  
*NB : Chez nos 6 patients une exérèse à la curette a permis une rémission sans récurrence.*





# M L. 63 ANS

## ANTÉCEDENTS :

Greffes de reins (1999 et 2018)

Pneumopathie nov. 2020 : *Nocardia farcinica* et *Pseudomonas aeruginosa*

Abcès inguinal droit récent à *Nocardia Farcinica* traité par BACTRIM

TRAITEMENTS : Cellcept, prograf, cortancyl

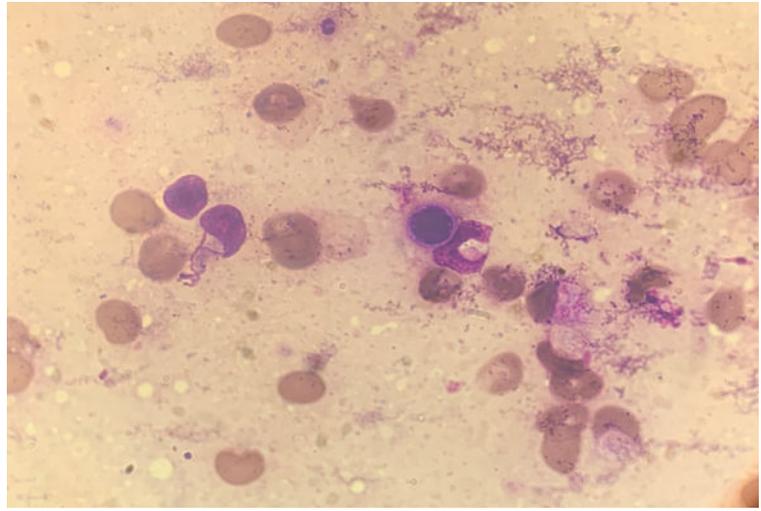
*Distillerie St James, maître de Chais, Eleveur de vache*



# Exérèse chirurgicale des nodules, majoration bactrim dans l'hypothèse d'une recidive de sa Nocardiose



Examen direct de la biopsie



Culture

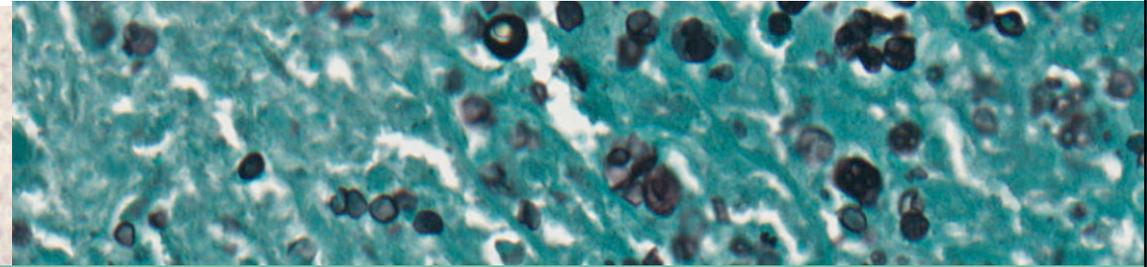
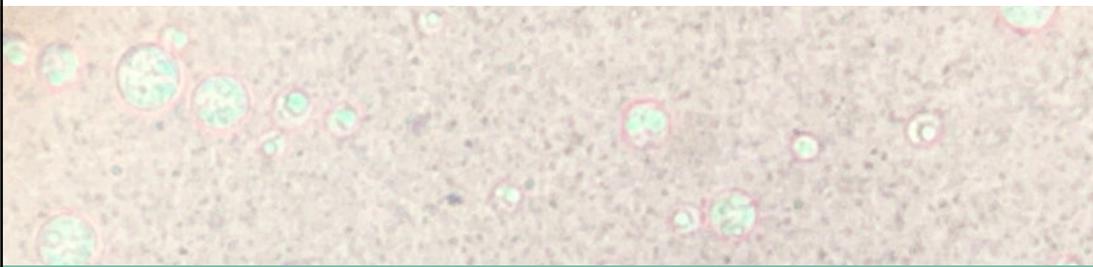


*Prototheca* spp.



*Candida* spp.

## Examen microscopique d'une colonie



### Protothecose

Maladie infectieuse rare

Algues achlorophylles

Immunodéprimés +++

Clinique : cutanée, bursite olécrânienne ou disséminée

Diagnostic microbiologique

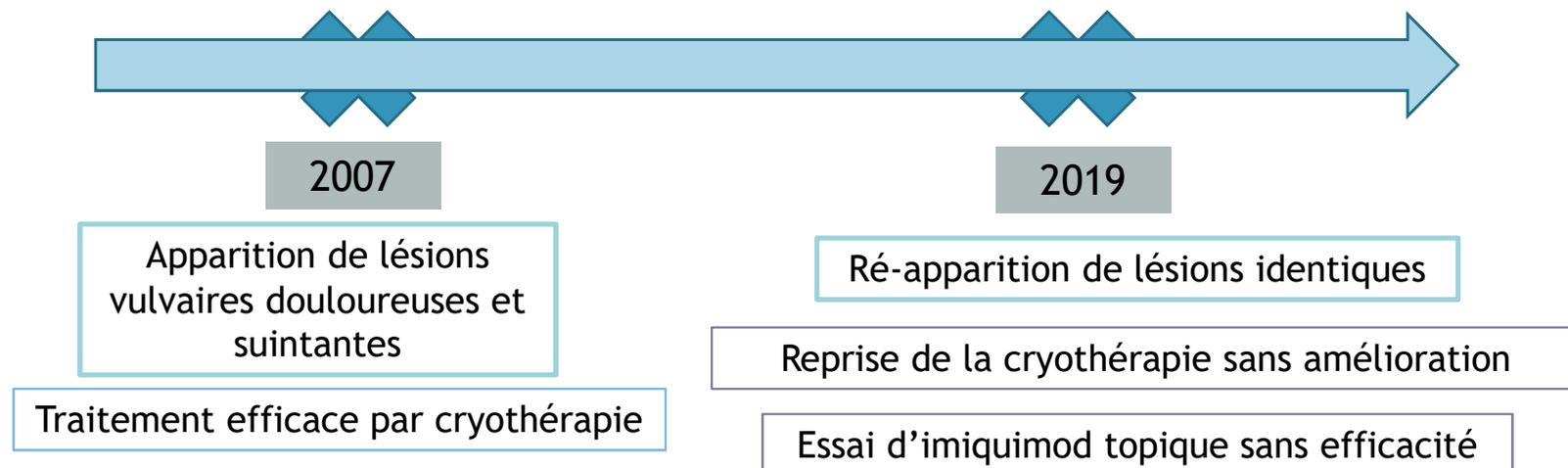
Traitement chirurgical +/- antifongique

# DERMATOSE VULVAIRE VEGETANTE

- ❖ Patiente de 56 ans, phototype V
- ❖ Cancer du col infiltrant 36 ans :
  - chirurgie (hystérectomie totale, annexectomie, curage) et radio-CT (en rémission complète)
  - Lymphoedème bilatérale séquellaire
- ❖ Aucun traitement
- ❖ Absence d'immunodépression Bilan IST négatifs



## Histoire de la maladie



# LYMPHANGIECTASIE VULVAIRE

**Lymphangiectasies ou lymphangiomes circonscrits acquis** : famille des lymphangiomes superficiels

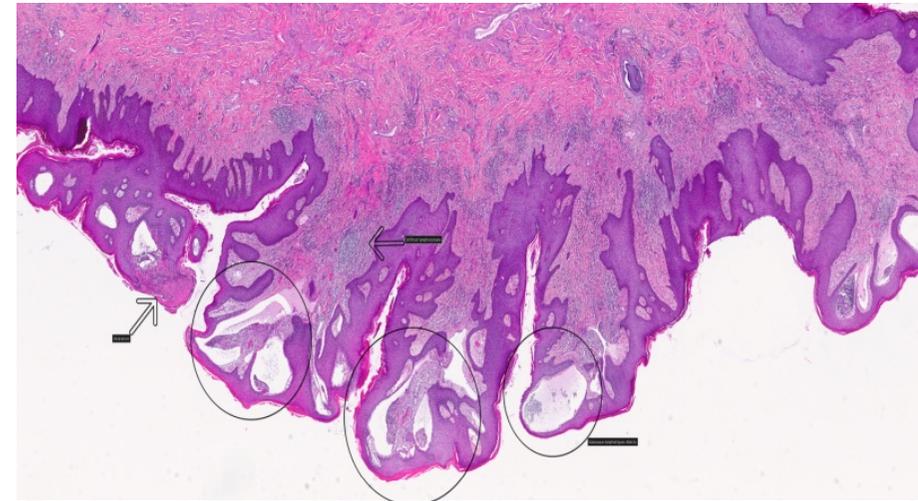
Malformations **bénignes acquises** du système lymphatique dermique.

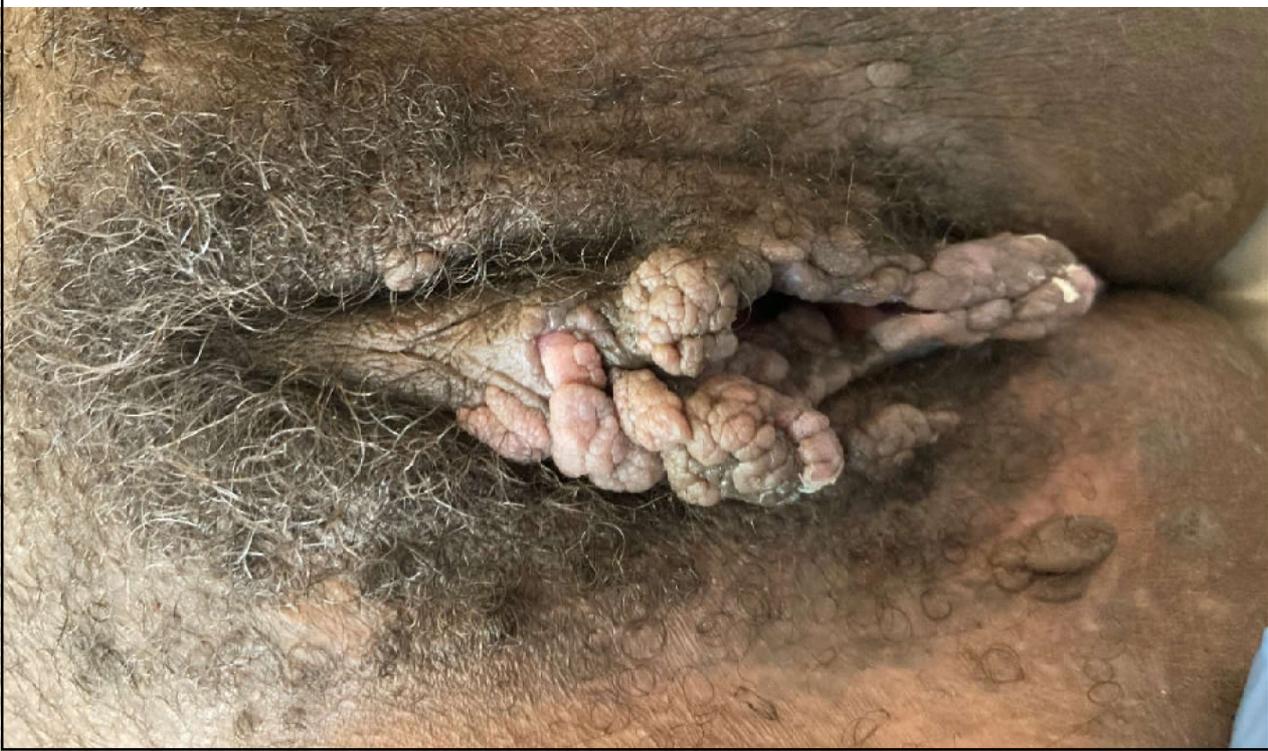
Contexte : **infections chroniques, maladie de Crohn, radiothérapie pelvienne ou compressions lymphatiques profondes**

Diagnostic différentiel : **condylome acuminé**

Diagnostic formel : **histologique**

Traitement radical : **chirurgie (alternative cryothérapie ou laser CO2)**





# ERUPTION PAPILOMATEUSE ET VÉSICULEUSE « ZOSTÉRIFORME »

Femme de 60 ans

Echec traitement contre le zona

Antécédent : adénocarcinome du sein gauche :  
chirurgie et une radiothérapie en rémission

Suspicion de métastases cutanées ++++

Bilan d'extension RAS

Histologie cutanée : **lymphangiectasie**

=> *effet secondaire à long terme de la radiothérapie*





je

HU de Martinique

C



# « DOCTEUR, JE PERDS MES DOIGTS »

Femme de 86 ans

Ex agricultrice

HTA, IRC



Interrogatoire : dysesthesies, pas de traumatisme, pas de Raynaud, Pas de tabac

Examen clinique : pas de signe de lèpre, pas de sclérodactylie, pouls périphériques ok

Le doppler artériel des membres supérieur était normal

Bilan biologique ne retrouvait pas d'anomalie phospho-calcique, pas de diabète, pas d'argument pour une connectivite, une vascularite ou une hémopathie

**ENMG : Bloc de conduction complet !**



**LYSE OSSEUSE QUASI COMPLÈTE DES PHALANGES DISTALES DU 2<sup>ÈME</sup> DOIGT GAUCHE ET DES 3<sup>ÈME</sup> DOIGTS DROIT ET GAUCHE**



# NECROSE DIGITALE AVEC ACRO-OSTEOLYSE SUR SYNDROME DU CANAL CARPIEN (TRES) SEVERE !!

Etiologies plus classiques d'AO : L'hyperparathyroïdie, la lèpre, la sclérodermie, les intoxications et les traumatismes.

Autre manifestations cutanées du SCC : ulcération chronique, syndrome de Raynaud, modification de la couleur de la peau, sclérodactylie, onychodystrophie, anhidrose etc.

Territoire sensitif du nerf médian

Mécanisme ? vasospasme **causé** par la compression des fibres sympathiques

TTT : Chir



**Fig. 1.** Nail dystrophy, distal amputation and skin thickening of the hands of the patient.



**Fig. 2.** X-ray film of both hands showing sclerodactyria and acro-osteolysis.

Patient de 45 ans  
Pas d'ATCD  
Travaille dans le BTP

Lésions douloureuses  
évoluant depuis 3  
semaines  
Prurit sur le dos du pied

Econazole inefficace  
Eosine inefficace

Prélèvement mycologique  
négatif





Eczématisation



Erosion suintante

Bords nets

# INTERTRIGO À BGN

Lésion érosive douloureuse interdigitale / prurit  
Suintante/odorante  
Souvent bilatérale

*Pseudomonas aeruginosa* 50% des cas (10% seul)

## **Facteurs favorisants :**

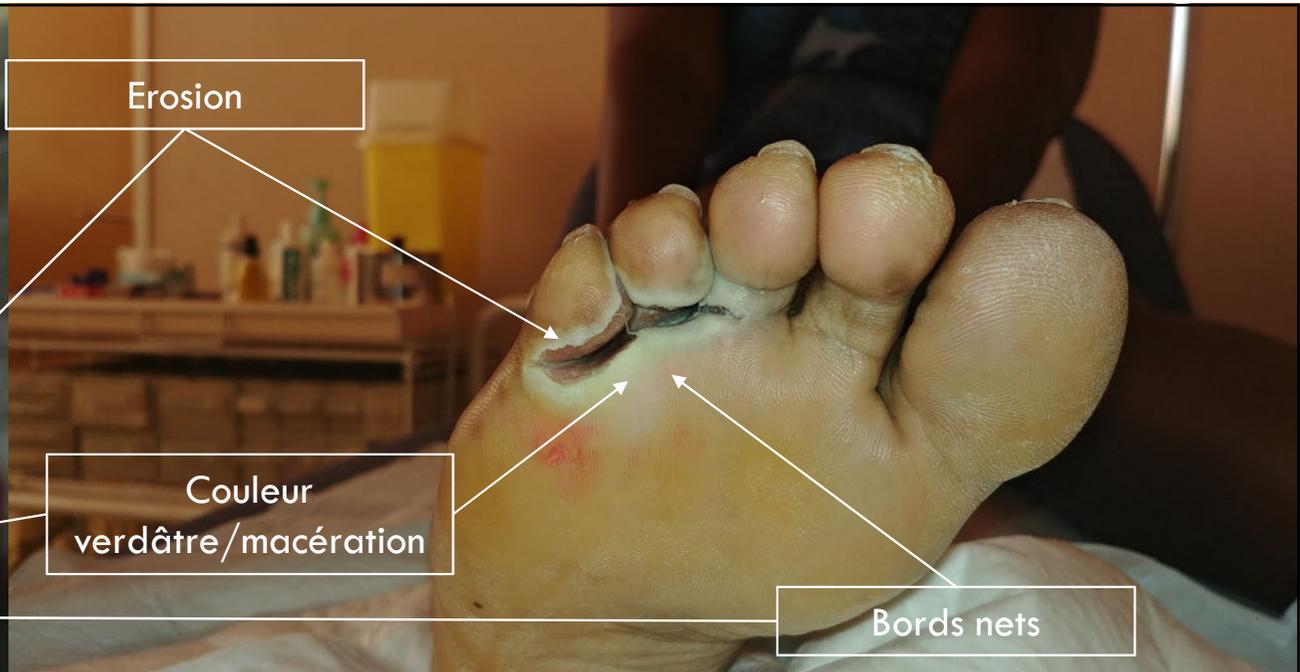
**Macération +++**

**Eczéma/psoriasis**

**Insuffisance veineuse/Neuropathie**

**Traitement antifongique locaux**





Erosion

Couleur  
verdâtre/macération

Bords nets



Eczématisation

CHU de Martinique

## Diagnostics différentiels

### **Intertrigo candidosique**

Erosion, fissure, enduit blanchâtre  
Onychomycose associée, grands plis ++



### **Intertrigo dermatophytique = tinea pedis = pied d'athlète**

Desquamation, prurit, érythème



*Images Dr Thomas Habib*

# INTERTRIGO À BGN

## Prise en charge

- 1) Vérifier l'absence d'érysipèle associé : fièvre, adénopathie, erythème...
- 2) Prélèvement : non obligatoire, souvent polymicrobien, parfois agent fongique associé

Place des ATB systémiques : non définie

### **3) → PRIVILEGIER TRAITEMENT LOCAL :**

#### **Eviter les facteurs favorisants**

Assécher les lésions +++++ → Compresses en accordéon entre les orteils

Traiter l'eczéma sous-jacent (2/3 des cas) ou le psoriasis → Dermocorticoïdes

#### **En pratique :**

- Flammazine ou dermocorticoïde, acide borique 3% ou acétique 3% 15 min
- Soins quotidiens par une IDE avec compresses en accordéon +/- arrêt de travail
- Eviter la macération ++ (chaussures de sécurité, piscine...)
- Revoir toutes les semaines jusqu'à amélioration (long +++ > 1 mois)

**Attention au risque de récurrence si facteur de risque non maîtrisé**



# Une éruption rebelle

---

# Enfant de 4 mois

## ATCD :

- Né à terme
- Pas de problème de santé jusqu'ici
- Fam : Mère atopique (eczéma, asthme), frère atopique (eczéma)

## HDLM :

- Eruption cutanée depuis 7 jours
- Pas d'AEG, pas de fièvre, pas de cassure de la courbe staturo-pondérale.



Quelles questions vous semblent pertinentes à ce stade ?

# Enfant de 4 mois

## ATCD :

- Né à terme
- Pas de problème de santé jusqu'ici
- Fam : Mère atopique (eczéma, asthme), frère atopique (eczéma)

## HDLM :

- Eruption cutanée depuis 7 jours
- Pas d'AEG, pas de fièvre, pas de cassure de la courbe staturo-pondérale.



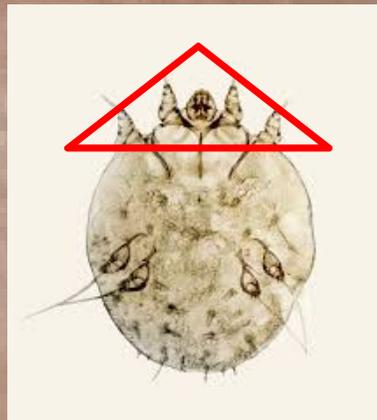
CHU de Martinique

# Dermoscopie



Dermoscopie

*CHU de Martinique*



# Dermoscopie



## Recommended treatments

**Permethrin 5% cream**  
repeat once after 7-14 days

OR

**Ivermectin *p.o.* - 200 µg/Kg**  
repeat after 7 days  
(incl. in mass population treatment)

OR

**Benzyl benzoate lotion 10-25%**  
on days 1, 2 and  
repeat after 7 days

## Alternative treatments

**Malathion**  
0.5% aqueous lotion

OR

**Ivermectin**  
1% lotion

OR

**Sulfur 6-33% as cream,**  
ointment or lotion  
on 3 successive days

OR

**Synergized pyrethrins**  
foam

## Crusted scabies

**A topical scabicide**  
daily for 7 days then  
2x weekly until cure

AND

**Ivermectin *p.o.* - 200 µg/Kg,**  
on days 1, 2, 8.  
Severe cases: days 1, 2, 8, 9, 15 ± 22, 29

- **Topical treatment** should be applied to all skin regions at night and left in place for 8-12 hours.
- **Clothing, bedding, towels** etc: machine washed, dry-cleaned, or sealed in plastic bag for one week.
- A **follow-up visit** two weeks after completion of treatment for a test of cure by microscopy examination.