

« Dermatoses les plus fréquentes »

Docteur Céline DESVIGNES

Praticien Hospitalier

Dermatologie et Vénérologie



Groupe Hospitalier
Artois-Ternois
L'EXCELLENCE POUR TOUS



Equipe

- Dr Desvignes Céline
 - Praticien hospitalier à temps pleins (4j au CHA et 1j au CHRU Lille)
- Dr Dubois Manon
 - Praticien hospitalier à temps partiel à partir de novembre 2022 : 2 jours par semaine au CHA pour l'onco-dermatologie
- Attachés :
 - Dr Cartier Hugues : le jeudi matin (tumeur, ulcère)
 - Dr Lengrand Freddy : un mardi matin par mois (biothérapie)
 - Dr Desmedt Eve : un vendredi par mois (oncodermatologie)
- Chirurgiens plasticiens :
 - Dr Bonnet Adrien (chef de service)
 - Dr Afchain Florian

Activités

- Consultations hospitalières adultes et enfants (sur courrier précisant motif)
- RCP Cancérologie cutanée
 - dermatologue, chirurgien plasticien, radiothérapeute
 - En collaboration étroite avec le CHRU de Lille
- Photothérapie dynamique (KA, Bowen, CBC superficiel)
- Hospitalisation de jour
 - Biothérapie
 - Rituximab
 - Bolus solumédrol
 - Xolair
 - Hémangioliol

Comment adresser

- Consultation hospitalière de recours
 - Sur courrier du médecin traitant précisant le motif et l'urgence
 - La dermatologie esthétique et de confort n'est pas prise en charge
 - Nous ne disposons pas de laser
 - Ne sont pas pris en charge notamment: verrues, molluscum pendulum, kératoses séborrhéiques, molluscum contagiosum, grains de beauté tubéreux inesthétiques ou gênants, dermatologie esthétique et de confort, escarres, maux perforants plantaires.

Line.CHA@gh-artoisternois.fr

Conflits d'intérêt: Aucuns

Certains noms de médicaments sont cités à titre d'exemple

Diaporama destiné à être présenté dans le cadre de réunions de FMC pour médecins généralistes.

Les photos de ce diaporama restent la propriété de l'ASFOMED, ne peuvent pas être diffusées sur support papier, numérique ou internet

Acné

Cas clinique: La jeune Claire Asil 15 ans

Acné depuis 2 ans malgré:

- désinfection quotidienne à l' « eau précieuse »
- 6 mois de doxycycline per os
- une crème « spéciale pour peau à tendance acnéique »

Comment la soulager ?



Ne pas négliger l'acné

Trop souvent banalisée comme une fatalité

Conséquences sous-estimées :

Syndrome dépressif

Isolement social

Risque cicatriciel parfois important:

hyperpigmentation

cicatrices en relief ou creux

Altération de la qualité de vie



Que peut-on proposer à Claire ? (1)

Bonne utilisation de la doxycycline dans l'acné:

- uniquement un effet suspensif sur les lésions inflammatoires
- aucun effet durable sans un traitement local adapté
- ne pas utiliser seule
- pas plus de 4 mois

Pour les mêmes raisons, un traitement local avec de l'érythromycine seule n'est pas licite

Que peut-on proposer à Claire ? (2)

Durant un traitement, il faut supprimer tout ce qui agresse la peau:

- Jamais de désinfectant ou alcool, l'acné n'est pas un problème d'hygiène
- Eviter les camouflages cosmétiques trop épais qui renforcent la rétention
- Les crèmes pour « peau à tendance acnéique » ne sont pas des traitements

Que peut-on proposer à Claire ? (3)

Quelle crème vraiment traitante proposer en première intention ?

- Peroxyde de benzoyle (ex Cutacnyl*)
- rétinoïdes: trétinoïne (Effederm*), adapalène (Différine*)
- association des deux (Epiduo*)

Le soir, en petite quantité, sur toute les régions atteintes

Acné et risque cicatriciel



Dédiabolisons l'isotrétinoïne

Seul traitement efficace dans les formes sévères avec risque cicatriciel

Absence prouvée scientifiquement de risque suicidaire (mais par précaution, éviter les malades aux antécédents psychiatriques lourds)

nécessite un suiti spécialisé et des explications

contraception indispensable et BhCG mensuel obligatoire

<https://chronoreco.sfdermato.org>



CHRONORECO
L'APP DES DERMATOS

Accueil

À propos

Nous contacter



Quel traitement pour votre patient ?

Choisir une pathologie ▼

- une application rapide pour le choix du traitement
- basée sur les dernières recommandations officielles en vigueur
- mise à jour régulièrement

Vous êtes un patient ?

Toutes les infos sont sur dermato-info.fr



Application alimentée par les recommandations des Groupes Thématiques et du Centre de Preuves en Dermatologie de la SFD

Actualités de l'app

Recommandations de bonne pratique Hidradénite Suppurée

Communiqué

Mise en ligne version 2020.04, en français et en

Acétate de cyprotérone et risque de méningiome

Communiqué

ANSM - Mise à jour du 27/04/2020



Info étude clinique

Étude BIOTOUL

ACADÉMIQUE

⊕ Pathologie : Psoriasis

TRÈS LÉGÈRE (GRADE 1)*

Pratiquement pas de lésion.
Rares comédons ouverts ou fermés
dispersés et rares papules.

LÉGÈRE (GRADE 2)*

Facilement identifiable moins
de la moitié du visage est atteinte.
Quelques comédons ouverts ou fermés,
et quelques papulo-pustules

MOYENNE (GRADE 3)*

Plus de la moitié de la surface
du visage est atteinte.
Nombreuses papulo-pustules,
nombreux comédons ouverts ou fermés.
Un nodule peut être présent.

SÉVÈRE (GRADE 4)*

Tout le visage est atteint,
couvert de nombreuses papulo-pustules,
comédons ouverts ou fermés
et rares nodules.

TRÈS SÉVÈRE (GRADE 5)*

Acné très inflammatoire
recouvrant le visage avec des nodules.

TRAITEMENT D'ATTAQUE - 1^{ère} INTENTION

Traitement
par peroxyde de benzoyle
ou
rétinoïdes locaux¹

ECHEC À 3 MOIS

Traitement
par peroxyde de benzoyle
+
rétinoïdes locaux¹

Traitement
par peroxyde de benzoyle
+
rétinoïdes locaux¹

ECHEC À 3 MOIS

Intensification du traitement local
de première intention
ou
Traitement local par antibiothérapie
+
rétinoïdes ou acide azélaïque¹

OU

Association cyclines² *per os*
et
traitement
par
peroxyde de benzoyle
+
rétinoïdes locaux¹

Traitement
par peroxyde de benzoyle
+
rétinoïdes locaux¹

OU

Association cyclines² *per os*
et
traitement
par
peroxyde de benzoyle
+
rétinoïdes locaux¹

ECHEC À 3 MOISIsotrétinoïne *per os*³

Association cyclines² *per os*
et
traitement
par
peroxyde de benzoyle
+
rétinoïdes locaux¹

Un traitement par isotrétinoïne orale
pourra être débuté avant 3 mois
en cas d'échec du traitement
de 1^{ère} intention en cas de risque
cicatriciel important ou en cas
de récurrence rapide.

ECHEC À 3 MOISIsotrétinoïne *per os*³Isotrétinoïne *per os*^{3,4}**TRAITEMENT D'ENTRETIEN Pas de lésion (Grade 0)**

adapalène 0.1% (1x/j ou 1j/2) **ou** adapalène 0.1% **+** peroxyde de benzoyle 2.5% (1x/j). La trétinoïne 0,025% ou 0,05% peut être utilisée à la place de l'adapalène.

ESTROPROGESTATIF À VISÉE CONTRACEPTIVE CHEZ UNE FEMME PRÉSENTANT UNE ACNÉ

en première intention : lévonorgestrel (2^{ème} génération), en deuxième intention : norgestimate.

Si malgré un traitement dermatologique bien conduit l'acné persiste, les autres options contraceptives seront envisagées en concertation avec un gynécologue et la patiente (parmi les options, l'utilisation de Diane 35 et ses génériques (acétate de cyprotérone 2 mg et éthinyloestradiol 35 g).

¹ Rétinoïdes signifie trétinoïne 0,025% ou 0,05% ou adapalène 0,1% - peroxyde de benzoyle signifie peroxyde de benzoyle à 2,5 ou 5 ou 10% - acide azélaïque signifie acide azélaïque 15 ou 20%. ² Toutes cyclines à l'exception de la minocycline. ³ L'isotrétinoïne *per os* : débuté à au moins 0,5 mg/kg/jour et jusqu'à une dose cumulée comprise entre 120 et 150 mg/kg. En raison des effets indésirables observés sous isotrétinoïne, et en particulier en raison du risque tératogène, il est fondamental que les recommandations associées à sa prescription soient respectées. ⁴ Pour les formes avec forte composante rétinolienne, l'isotrétinoïne *per os* doit être débutée à dose plus faible (0,2 à 0,3 mg/kg/jour) afin de réduire les risques d'exacerbation aiguë et sévère (acnés fulminans).

Quand adresser au dermatologue ?

Finalelement peu de malades ...

- Si doute diagnostique
- Si acné devenant cicatricielle
(initiation isotretinoïne)



Dermatite atopique de l'enfant

La petite Théa Jdorplu 3 ans

Elle présente des poussées de DA à répétition malgré l'application de baume hydratant et de 1 tube de corticoïdes utilisé depuis 3 mois

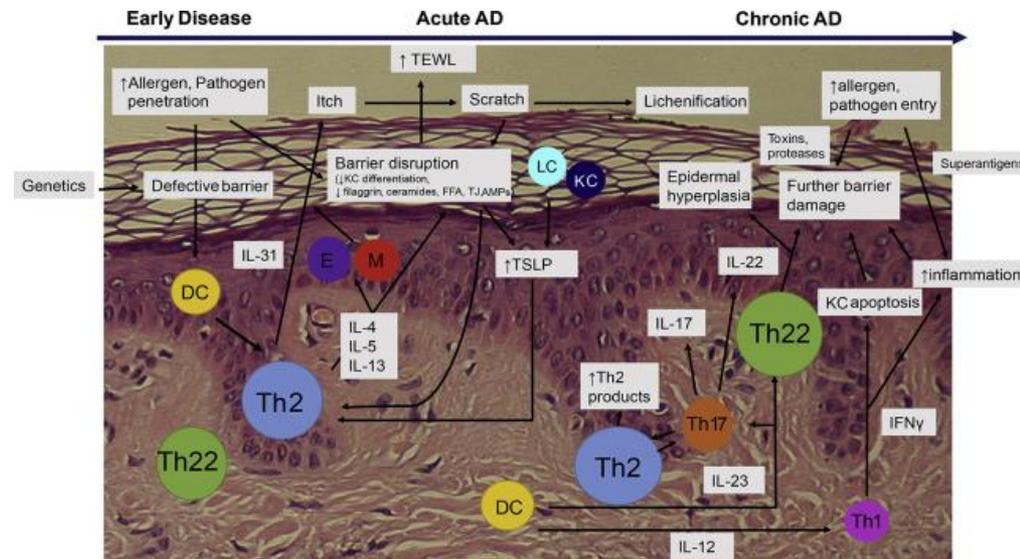


Mieux comprendre la dermatite atopique

Maladie de la BARRIERE CUTANEE

Il existe une peau sèche et perméable à l'environnement
Ce n'est pas une allergie à un produit particulier

Un bilan allergologique est le plus souvent inutile, surtout chez le tout petit



Conséquences pratiques

- 1/ TRAITEMENT DE FOND = RESTAURER LA BARRIERE CUTANEE
 - Douche tiède et rapide, sécher en tamponnant
 - Utiliser une huile lavante ou un syndet pour peau atopique
 - Appliquer tous les jours un **émollient** après la douche sur une peau légèrement humide

- 2/ TRAITEMENT DES POUSSEES = CALMER L'INFLAMMATION
 - Un traitement hydratant est inutile et le plus souvent mal toléré
 - Seule une **corticothérapie locale** à bonne dose doit être utilisée +++

Comment bien prescrire une corticothérapie locale dans la DA

- 1/ Prendre du temps pour expliquer aux parents: lutter contre la corticophobie familiale
- 2/ préciser un nombre important de tubes sur l'ordonnance: lutter contre la corticophobie des pharmaciens...
- 3/ application quotidienne jusqu'à contrôle de la plaque, pas de décroissance des doses

- Il existe une polysensibilisation, l'éviction d'un allergène n'amène en général aucune amélioration
- Un bilan peut s'envisager mais seulement en milieu spécialisé, pour les formes graves, résistantes aux traitements locaux bien conduits ou en cas de topographie évocatrice d'un eczéma de contact
- La désensibilisation n'a pas sa place dans la DA
- Les anti-histaminiques seuls sont le plus souvent inefficaces et il est donc inutile d'en prescrire.
- l'utilisation de la corticothérapie générale est déconseillée, car expose à un effet rebond majeur
- APLV ? : pas un eczéma seul mais d'autres symptômes cassure courbe staturo pondérale, douleur abdominal diarrhée, reflux, signe respiratoire et généraux.

Association Française de l'Eczéma

<https://www.associationeczema.fr/a-propos/conseils/eczema-bebe/>

→ ↻ associationeczema.fr/a-propos/conseils/eczema-bebe/



Association Française de l'Eczéma Événements Actualités Presse Contact 🔍

Les traitements



Les traitements de fond

Pour soulager l'eczéma du bébé, il faut hydrater la peau de l'enfant ou du nourrisson quotidiennement, avec des soins hydratants mais surtout à l'aide de produits émollients. A cet âge, la peau n'est pas forcément sèche et rugueuse au toucher. Mais il s'agit d'une peau fragile, dite peau atopique : les **émollients** participent à la restauration de sa fonction barrière.

L'application des émollients peut devenir un véritable moment d'échange parent-enfant : le parent effectue des massages circulaires du bas vers le haut du corps, sans oublier le dos ni le visage. Il est important de chauffer l'émollient entre ses mains avant de l'appliquer sans frotter. Pour que la détente soit complète, une musique douce peut être utilisée.

Une des choses importantes à faire pour traiter l'eczéma du bébé est de **bannir les savons parfumés**. Ces derniers sont irritants pour la peau du bébé. Le lavage du nourrisson doit être fait avec un savon doux ou surgras.



Les traitements de l'inflammation

Le **traitement de l'eczéma du bébé** repose sur des pommades et des crèmes à base de cortisone, on parle de **dermocorticoïdes** (DC). Ils s'appliquent une fois par jour, le soir après le bain permettant de calmer la peau de bébé. L'application se fait sur les plaques d'eczéma, jusqu'à disparition des lésions. Les parents doivent être capables de redémarrer immédiatement le traitement en cas de récurrence des problèmes de peau.

Le principal obstacle au bon suivi du traitement s'appelle la corticophobie : une peur importante vis-à-vis des DC, parfois accompagnée d'un refus d'utilisation, donc d'un échec thérapeutique et d'une aggravation des lésions cutanées. Les parents d'enfants atteints d'eczéma peuvent avoir des échos négatifs sur ces produits de la part de leurs proches, familles, amis, collègues de travail, voire même professionnels de santé eux-mêmes. L'amalgame est souvent fait entre les DC et les corticoïdes par voie générale. Or, on sait bien aujourd'hui que les DC, lorsqu'ils sont utilisés de façon optimale, n'entraînent pas d'effets secondaires comme les retards de croissance, tant redoutés par les parents.

Et dans les formes sévères et résistantes ?

- Dupilumab (anti IL4 IL13) dès 6 ans en première ligne
- Après échec de la ciclosporine / photothérapie chez l'adulte

PSORIASIS



Notre système immunitaire assure notre défense, il est donc indispensable à notre bonne santé. Dans certaines situations, il peut s'emballer et être à l'origine d'une maladie inflammatoire chronique : c'est le cas du psoriasis et du rhumatisme psoriasique.

1 DES FACTEURS DÉCLENCHANTS...

PRÉDISPOSITION GÉNÉTIQUE



Chocs émotionnels



Traumatismes cutanés



Certaines infections bactériennes ou virales



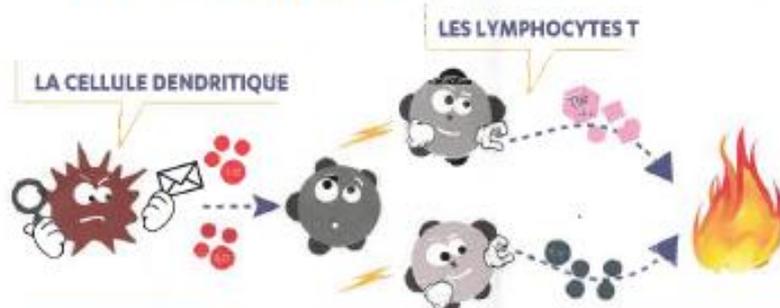
Certains médicaments



Autres (variables en fonction des personnes)



2 ... ACTIVENT LE SYSTÈME IMMUNITAIRE ET PROVOQUENT UNE INFLAMMATION...



LA SENTINELLE

Elle parcourt l'organisme à la recherche d'agresseurs potentiels. Activée à tort par les facteurs déclenchants, elle envoie des signaux d'alerte pour appeler en renfort des défenseurs, les lymphocytes T.

LES DÉFENSEURS

Appelés en renfort, ils produisent des substances qui provoquent une inflammation : c'est un processus naturel de défense de l'organisme dont le but est d'éliminer les agresseurs.

L'INFLAMMATION

Cette inflammation réactive les sentinelles (cellules dendritiques) qui vont appeler de nouveau les défenseurs (lymphocytes T) : l'inflammation persiste et s'auto-entretient. Elle entraîne un cycle de destruction et de renouvellement accéléré des cellules.

Au-delà des traitements topiques qui agissent localement sur l'inflammation cutanée, il existe des traitements oraux et des traitements injectables. Ces derniers agissent respectivement sur le système immunitaire dans son ensemble ou en ciblant certaines étapes précises.

Pour chacun de ces types de traitements, il existe différentes modalités et fréquences d'administration.

Choisissez avec votre médecin le plus adapté à votre situation et à votre mode de vie.

3 ... CE QUI PEUT ABOUTIR À DIFFÉRENTES ATTEINTES...



4 ... ET AVOIR UN IMPACT SUR LA QUALITÉ DE VIE

- Démangeaisons
- Gêne face au regard de l'autre
- Fatigue
- Douleur
- Difficultés de mouvements
- Mal-être...

Si c'est votre cas, OSEZ EN PARLER !

Traitements

Dermocorticoides +/- vitamine D topique
Kératolytiques (urée, acide salicylique)

Photothérapie

Acitrétine

Methotrexate

Ciclosporine

Apremilast

Biothérapie (anti-TNF, anti-IL12,23, anti-IL17, anti-IL23)

URTICAIRE CHRONIQUE

Monsieur Sam Gratte



« Comme des piqûres d'orties »

Urticaire chronique



Urticaire typique (fugace et labile) depuis 3 mois

Un comprimé d'anti-histaminique ne le soulage pas totalement

La cortisone en comprimé le soulage momentanément

Elle veut savoir à quoi il est allergique...

Quelles sont les pistes pour mieux le traiter?

Beaucoup de messages (1):

- Pas de bilan allergologique en première intention
- Pas de régime d'éviction à l'aveugle
- **Pas de corticoïdes** (per os ou topique)
- Pas de risque vital lié à un œdème laryngé dans la forme chronique de l'urticaire



Beaucoup de messages (2):

-Augmenter progressivement la posologie des anti-H1 jusqu'à 4 par jour (ne pas hésiter !)
desloratadine, levocetirizine, ebastine...

Et préciser sur l'ordonnance: « *je dis bien 4 comprimés par jour selon les recommandations sur l'urticaire chronique* »

- Attendre la disparition naturelle...
- baisser progressivement les anti H1

[Accueil](#) > [Urticaire chronique spontanée](#)

Quel traitement pour l'urticaire de votre patient ?

Quel est le profil de votre patient ?

- cas commun
Adolescent de plus de 12 ans ou adulte ayant une urticaire chronique spontanée
(urticaire superficielle et/ou profonde, > 6 semaines)
- enfant < 12 ans
- femme enceinte
- avoir des infos sur un traitement particulier
- avoir des infos sur les mesures à associer au traitement
Régime alimentaire, éducation thérapeutique, approches psychothérapeutiques

Valider

Source de l'algorithme

Élaboration de la recommandation :

→ sous l'égide du [Centre de Preuves en Dermatologie](#)



Info étude clinique

REMIX-1

INDUSTRIE

Pathologie : Urticaire chronique spontanée

Etude multicentrique, randomisée, en double
aveugle, contrôlée par placebo, de phase 3
du rémibrutinib (LOU064) visant à évaluer
l'efficacité, l'innocuité et la tolérabilité
pendant 52 semaines chez l'adultes atteints
d'urticaire chronique spontanée (UCS)
insuffisamment contrôlée par les
antihistaminiques H1

Porteur de projet : **Dr Frédéric Bérard**
Contact : novartis.email@novartis.com
Date limite d'inscription : **6 juin 2023**

Traitement de l'urticaire chronique spontanée (UCS)

Adolescent de plus de 12 ans ou adulte ayant une urticaire chronique spontanée (urticaire superficielle et/ou profonde, depuis au moins 6 semaines)

Situations particulières

PALIER 1 - EN PREMIÈRE INTENTION

Antihistaminiques anti-H1 de 2^{ème} génération simple dose par jour*

**pas d'argument dans la littérature pour la supériorité d'un anti-H1 donné par rapport aux autres
*les anti-H1 pouvant allonger l'espace QT doivent être évités en cas de QT long congénital ou de cofacteurs pouvant allonger l'espace QT
seule la dose conventionnelle a une AMM française

PALIER 2 - EN CAS D'ÉCHEC DES ANTIHISTAMINIQUES ANTI-H1 À SIMPLE DOSE

Augmentation de la dose des antihistaminiques anti-H1 jusqu'à 4 doses par jour**

***la cétirizine et lévocétirizine sont ceux pour lesquels il y a le plus de données
**dans les études, l'augmentation de doses se fait progressivement, en passant de 1 dose à 2 doses, puis 3 doses, puis 4 doses, avec des délais allant de 1 semaine à 1 mois entre chaque étape
**la plupart des experts passent toutefois directement de 1 dose à 4 doses, puis diminuent progressivement dose par dose une fois la rémission clinique obtenue, pour trouver la dose minimale efficace
**il n'y a pas de données sur la répartition d'une quadruple dose dans la journée. La plupart des experts proposent 2 doses le matin, 2 doses le soir*

PALIER 3 - EN CAS D'ÉCHEC DES ANTIHISTAMINIQUES ANTI-H1 À QUADRUPLE DOSE

Adjonction à la quadruple dose d'anti-H1 de : omalizumab 300 mg/4 semaines au long cours ou ciclosporine 3-5 mg/kg/jour pendant 6 mois, en l'absence de CI***

****il n'existe aucune étude comparant l'omalizumab à la ciclosporine dans l'UCS, mais les données sur l'omalizumab sont plus nombreuses et de plus haut niveau de preuve
***l'avis des experts est de privilégier l'omalizumab à la ciclosporine
***il n'y a pas de données ou de consensus sur le délai entre l'échec d'une quadruple dose d'anti-H1 et l'introduction des traitements du palier 3 – les experts introduisent ces traitements dans des délais allant de 1 mois à 6 mois, selon la sévérité de l'UCS et son impact sur la qualité de vie des patients*

PALIER 1 - EN PREMIÈRE INTENTION CHEZ L'ENFANT DE MOINS DE 12 ANS

Antihistaminiques anti-H1 de 2^{ème} génération simple dose par jour*

**la rupatadine et la desloratadine ont été les plus étudiées*

PALIER 1 - EN PREMIÈRE INTENTION CHEZ LA FEMME ENCEINTE

Antihistaminiques anti-H1 de 2^{ème} génération simple dose par jour*

**privilégier la cétirizine, lévocétirizine et desloratadine car les données de pharmacovigilance sont plus nombreuses*

PALIER 2 - EN CAS D'ÉCHEC DES ANTIHISTAMINIQUES ANTI-H1 À SIMPLE DOSE

Augmentation progressive de la dose des antihistaminiques anti-H1 jusqu'à 4 doses par jour**

***la rupatadine et la desloratadine ont été les plus étudiés
**les délais varient de 1 semaine à 1 mois entre chaque augmentation de doses dans la littérature*

Avis spécialisé**

***se référer au Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT) - www.crat.fr ou à un centre régional de pharmacovigilance*

PALIER 3 - EN CAS D'ÉCHEC DES ANTIHISTAMINIQUES ANTI-H1 À QUADRUPLE DOSE

Avis spécialisé***

****les données de la littérature ne permettent pas d'émettre de recommandations et l'attitude des experts interrogés n'est pas consensuelle*

NE SONT PAS RECOMMANDÉS FAUTE DE NIVEAU DE PREUVE SUFFISANT :

- les antihistaminiques anti-H2
 - le montelukast
 - les corticoïdes par voie systémique
 - les immunosuppresseurs*** hors ciclosporine, et les autres médicaments anti-inflammatoires ou immunomodulateurs
 - les approches psychothérapeutiques systématiques
 - les régimes d'éviction alimentaire systématiques
- ***le méthotrexate a un niveau de preuve suffisant pour ne pas le recommander (2 essais)**



Il existe une fiche info-patient sur le site de la SFD

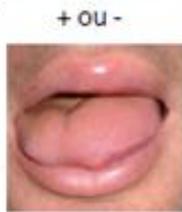
Qu'est-ce que l'urticaire chronique ?

L'urticaire est une maladie de la peau et/ou des muqueuses qui se manifeste :

1. Soit sous forme de plaques « comme des piqûres d'ortie ». Elles grattent, donnent l'impression de se déplacer et peuvent atteindre toutes les parties du corps. Individuellement, chaque plaque dure moins de 24h.

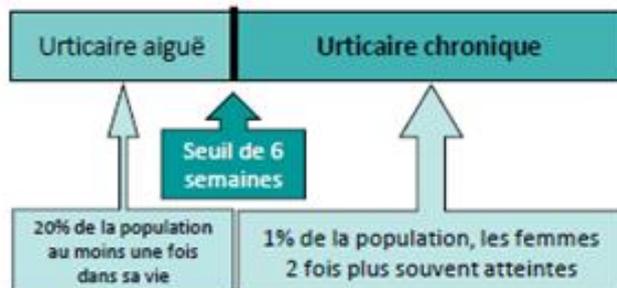


2. Soit sous forme d'œdèmes ou « gonflements » transitoires (appelés aussi angioœdèmes). L'œdème n'est jamais grave, même s'il atteint le visage. Ils durent moins de 72h.



3. Soit par l'association de plaques et d'œdèmes

Quand les crises se répètent plusieurs fois par semaine pendant plus de 6 semaines, c'est une urticaire chronique.



CE N'EST PAS UNE ALLERGIE!

Ce que l'on sait

1. Elle est causée par un mastocyte « hyper-excitable »

Dans la peau et les muqueuses, il existe des cellules sentinelles appelées mastocytes contenant des réserves d'histamine.

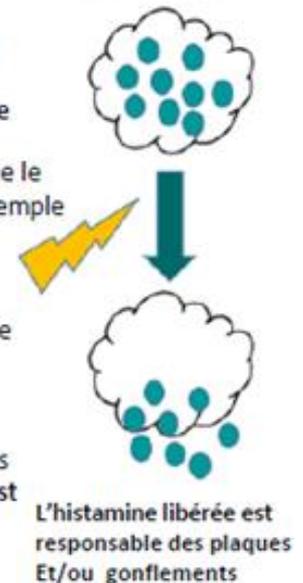
Dans certains cas (terrain atopique, maladie auto-immune par exemple) les mastocytes deviennent « hyper-excitables »

Les plaques et les œdèmes peuvent survenir spontanément:
C'est l'urticaire chronique spontanée

Parfois des facteurs physiques comme le froid, le frottement ou l'effort par exemple déclenchent les symptômes:
C'est l'urticaire inducible

Certains facteurs peuvent aggraver ce phénomène, par exemple :

- le stress
- les infections
- certaines prises médicamenteuses
- certains aliments, mais aucun n'est interdit



Certains médicaments peuvent aggraver l'urticaire mais aucun n'est formellement contre-indiqué:

- AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) type ibuprofène (Advil[®]), Flurbiprofène (Antadys[®]), kétoprofène (Profénid[®]), etc.
- Anti-douleurs et sirops anti-tussifs à base d'opiacés (codéine, morphine), etc.

HIDRADENITE SUPPUREE MALADIE DE VERNEUIL

Pour tous les patients

Prise en charge de la douleur, prise en charge psychologique, perte de poids, sevrage tabagique

Hurley I



< 4 poussées / an

Au moment des poussées
- Acide clavulanique amoxicilline 50 mg/kg/j (1g 3x/j; maximum 4,5 g)
OU
- Pristinamycine (1g 3x/j)
Durant 7 jours

≥ 4 poussées / an

Traitement prophylactique
- Cycline (doxycycline 100 mg/j*** ou lymécycline 300 mg/j)
OU
- Cotrimoxazole* 400/80 1/j***
Réévaluation à 6 mois

Au moment des poussées
Ajouter l'antibiothérapie proposée pour les Hurley I < 4 poussées / an

Remise d'ordonnances anticipées

Au moment des poussées
incision-drainage à visée antalgique

En cas de récurrence à la même localisation, exérèse limitée
- En fuseau
- Ou Deroofing

Hurley II



Proposer le même schéma que les Hurley I ≥ 4 poussées/an

En cas d'échec
Prise en charge multidisciplinaire spécialisée**

Exérèse large des cordons et des tractus sinueux ou deroofing

Formes folliculaires



Proposer le même schéma que les Hurley I ≥ 4 poussées/an

En cas d'échec : rétinoïdes
- Isotrétinoïne 0,3-0,5 mg/kg
- Alitrétinoïne 10 à 30 mg/j
- Acitretine 0,5 mg/kg

En cas d'échec
- Adalimumab 160/80/40 par semaine****
OU
- Infliximab 5mg/kg toutes les 6 à 8 semaines*****
Réévaluation à 6 mois

Hurley III



Prise en charge multidisciplinaire spécialisée**

Traitement initial
- Ceftriaxone 1 g/j (si < 60 kg) à 2 g/j (si ≥ 60 kg) (IV, IM) + métronidazole (500 mg x 3/j)
OU
- Lévofloxacine (500 mg, 1-2x/j) + clindamycine (600 mg 3x/j)
Pendant 15 à 21 jours

et/ou

Chirurgie
Exérèse large

Traitement prophylactique
- Cycline (doxycycline 100 mg/j *** ou lymécycline 300 mg/j)
OU
- Cotrimoxazole* 400/80 1/j***
Réévaluation à 6 mois

et/ou

- Adalimumab**** 160/80/40 par semaine
OU
- Infliximab 5mg/kg toutes les 6 à 8 semaines*****
Réévaluation à 6 mois

Formes associées à des maladies inflammatoires (MICI-SPA)

Traitement prophylactique
- Adalimumab 160/80/40 par semaine****
OU
- Infliximab 5mg/kg toutes les 6 à 8 semaines*****
Réévaluation à 6 mois

* En cas d'échec, d'intolérance ou de contre-indication aux cyclines (risque of toxidermie grave)

** RCP médico-chirurgicale dédiée à l'HS

*** Double dose si poids > 80 kg

**** AMM mais non remboursé

***** Pas d'AMM

MICI : Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin;

SPA: Spondylarthropathie Ankyosante

DERMITE DE STASE

Madame Coxigrameplusse

75 ans

Présente une inflammation bilatérale des jambes et chevilles

Douloureuse

Suintante

Sans fièvre

Résistante à 3 traitements antibiotiques successifs malgré un prélèvement bactériologique local positif à SAMS

Quel est ce germe qui résiste à tout ?



La dermite de stase ou eczéma variqueux



La dermatite de stase ou eczéma variqueux



La dermite de stase ou eczéma variqueux



La dermite de stase ou eczéma variqueux



La dermite de stase ou eczéma variqueux

(où tout ce qui est rouge n'est pas un érysipèle)

Que faire du SAMS ?

Rien: paix aux germes de bonne volonté !

Pourquoi n'est ce pas un érysipèle ?

pas de fièvre

Pas de syndrome inflammatoire biologique

pas de bordure bien limitée

atteinte bilatérale

La dermite de stase ou eczéma variqueux

(où tout ce qui est rouge n'est pas un érysipèle)

Quatre messages concernant les traitements locaux:

- Arrêter les antiseptiques ! Toilette eau + savon**
- arrêter les topiques (crèmes hydratantes...)**
- utiliser uniquement des corticoïdes locaux à bonne dose**
- Reprendre une contention veineuse (si possible) dès l'amélioration de l'inflammation**

La dermite de stase ou eczéma variqueux

Situation particulièrement fréquente

Souvent confondue avec un érysipèle

Mais pas de fièvre

Pas de syndrome inflammatoire

Inefficacité des antibiotiques

Est beaucoup plus souvent douloureuse que prurigineuse

ONYCHOMYCOSE

**Atteinte d'un ongle:
la mycose toujours?**



Atteinte unguéale ancienne à trichophyton Rubrum: « deux pied et une main »

L' IDÉE-FORCE: LA PATHOLOGIE DES ONGLES NE SAURAIT SE RÉSUMER AUX SEULES ONYCHOMYCOSES

- *La pathologie unguéale est un chapitre difficile de la dermatologie que certains dermatologues exercent d'ailleurs de façon prioritaire*
- *Il existe des laboratoires plus compétents pour réaliser des prélèvements mycologiques fiables des ongles et limiter les faux-négatifs*

Cas clinique:



- Homme de 45ans avec HTA récemment traitée: atteinte proximale de tous les ongles des pieds et des mains en quelques semaines, pas d'intertrigo, rien sur le reste du corps, pas d'ATCD de psoriasis ou de lichen personnel ou familial

Hypothèses?

- Psoriasis unguéal foudroyant
- Mycose tout aussi foudroyante
- Dystrophie unguéale lichénoïde iatrogène

Diagnostic retenu:

**Onychopathie lichenoïde
iatrogène aux sartans**

Démarche diagnostique:

- évoquer une onychomycose ? l'aspect est loin d'être caractéristique:
 - Aspect de la tablette (?)
 - l'atteinte des doigts est plus rare que celle des orteils
 - Un prélèvement positif serait en faveur de cette hypothèse, mais négatif, il ne l'infirmait pas...!
 - discuter un psoriasis ou un lichen avec une seule atteinte unguéale ?,
 - - Mais
 - Evolution très rapide
 - Patient sans ATCD de psoriasis ou de lichen
 - Survenue dans les mois qui suivent l'instauration d'un traitement par sartans
- doit faire évoquer une toxidermie:

La dystrophie unguéale induite par les sartans



Cette hypothèse est validée par la régression spontanée en quelques mois après l'arrêt des sartans.



Certes, la mycose est une cause fréquente de modification de l'aspect des ongles, surtout aux orteils.

Mais il existe bien d'autres étiologies:

- variations anatomiques ou accidents mécaniques**
- maladie inflammatoire plus générale et avant tout le psoriasis**
- pathologie tumorale dont le mélanome acral souvent trompeur**
- maladies génétiques avec atteinte des phanères**
- effets iatrogènes des thérapies ciblées**
- etc...!**

Quelques exemples:

L' onychogriphose, avec un aspect en coquille d'huître et une désaxation



Onycholyse de friction/ Mycose



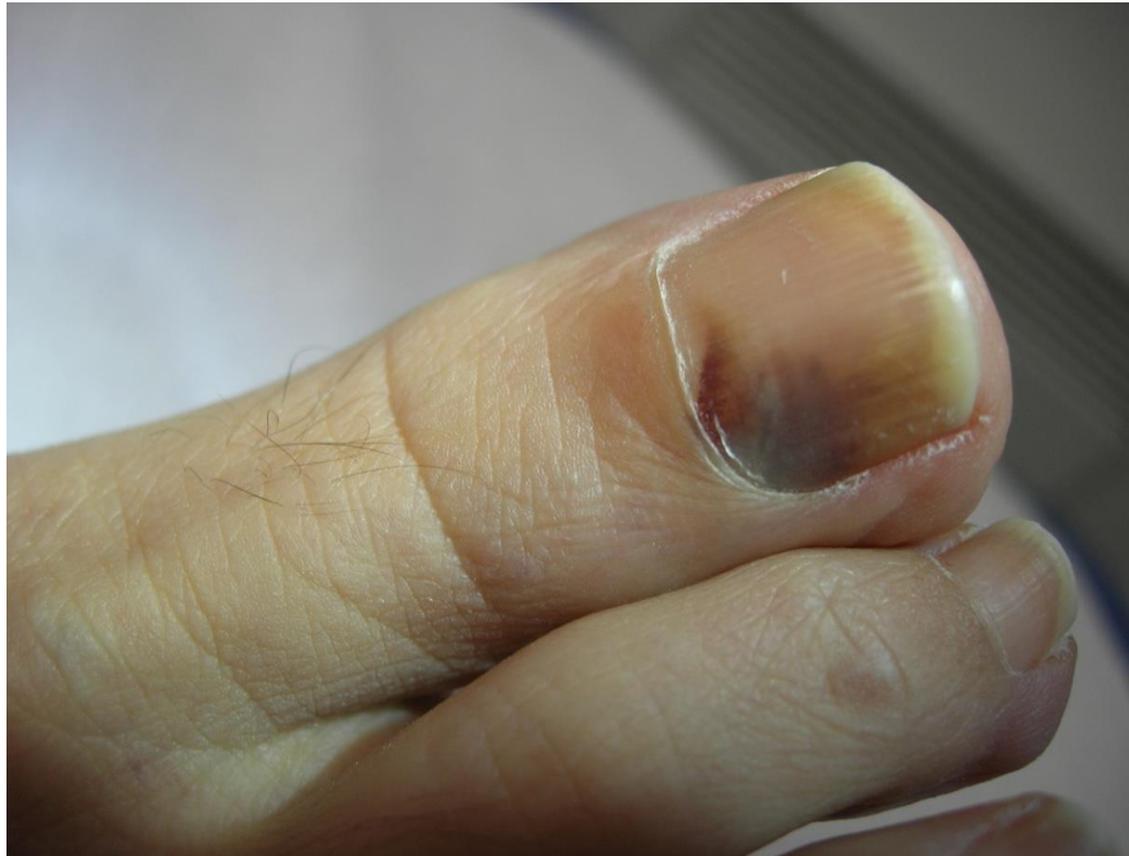
**L'exostose sous unguéale, acquise,
douloureuse à la pression,
objectivée en radiologie,
le plus souvent post-traumatique**



Le refoulement maniaque des cuticules, rarement reconnu par le patient...



**L'hématome sous unguéal, sans
traumatisme évident,
après une randonnée avec des chaussures
trop serrées...**



Le psoriasis ungueal



L'onychomycose = c'est certes une suspicion clinique, mais surtout un diagnostic étayé par le laboratoire



- Primordial pour faire le diagnostic formel!
- Nécessaire pour être sûr que le traitement soit adapté (*moisissures, candidoses*)
- Recommandé, étant donné le coût et la durée du traitement
- Utile sur le plan médico-légal en raison du risque hépatique éventuel lié au traitement (terbinafine per os), lequel doit être très relativisé!

GALE

Comment bien traiter une Gale ?



Monsieur Gratouille 31 ans 100 Kg marié

- Il se gratte depuis 10 jours, surtout la nuit
- Pas de lésions cutanées franches
- Prurit diffus à tout le corps
- Gale évoquée
- Traitement prescrit:
 - Ivermectine 4 comprimés en une prise

Combien d'erreurs ?

- Erreur diagnostique ? Je ne sais pas...
- Erreurs thérapeutiques ? **OUI**

Indication à un traitement d'épreuve ? Pourquoi pas

Mais:

1/On fait tout ou on ne fait rien !

2/Quelle dose?

3/Combien de traitements ?



1 - Gale: On fait tout ou on ne fait rien !

On traite l'entourage vivant sous le même toit

Systematiquement

Le même jour

On traite l'environnement

Systematiquement

Le même jour

Les vêtements, canapé, siège de bureau, de voiture,
Doudou...

Donc pas de traitement d'épreuve « a minima »

Et on écrit tout sur l'ordonnance



Exemple d'ordonnance-type pour la gale

Mr Gratouille Ilse

1°) **Le premier soir:**

- Prendre une douche chaude et prolongée, en lavant particulièrement les zones les plus atteintes. Se sécher,
- puis appliquer un tube entier de TOPISCAB 5% crème sur tout le corps sauf le visage en insistant bien sur les mains.
- Changer toute la literie (draps et taies d'oreiller), et mettre un pyjama propre.
- Laver, si possible en faisant bouillir (**au moins 60°**), tous les vêtements portés depuis une semaine, + draps et linge de toilette.

Ceux qui ne peuvent être lavés à l'eau seront mis dans un sac en plastique (sac poubelle) à température ambiante pendant trois jours , éventuellement avec un produit acaricide (A-par* Enviroscab* ...)
avant d'être à nouveau utilisés.

- vaporiser avec acaricide tous les tissus ne pouvant être lavés (canapé, fauteuil de voiture...)

2°) **Tous les sujets en contact, vivant sous le même toit, même apparemment indemnes:**

seront traités le premier soir avec une application de TOPISCAB, à renouveler une semaine après (*ou une prise d'ivermectine si on préfère*)

3°) **IVERMECTINE comprimé 3mg**

6 comprimés en une seule prise ce soir au milieu du repas à reprendre dans 8 jours

2 - quelle dose?

La dose d'ivermectine doit toujours être adaptée au poids

POIDS CORPOREL (kg)	DOSE (en nombre de comprimés à 3 mg)
15 à 24	un
25 à 35	deux
36 à 50	trois
51 à 65	quatre
66 à 79	cinq
³ 80	six

3 - quel protocole ?

Un second traitement doit être systématique pour tout le monde 7 à 10 jours après le premier traitement en raison de l'inactivité du traitement sur les œufs du sarcopte

Le traitement est très lourd, il faut donc ne rater aucune étape !

Car en cas d'échec, on recommence tout de zéro...

TEIGNE

Suspicion clinique de teigne du cuir chevelu de l'enfant

Teigne **tondante trichophytique** : nombreuses petites plaques alopéciques, cheveux cassés à ras du cuir chevelu (70% des cas); voire simple état squameux



Teigne **tondante microsporique** : grandes plaques alopéciques peu nombreuses, cheveux cassés à quelques mm du cuir chevelu (30% des cas)

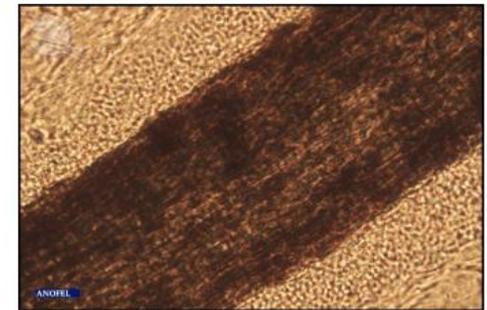


Dans tous les cas : prélèvement mycologique recommandé



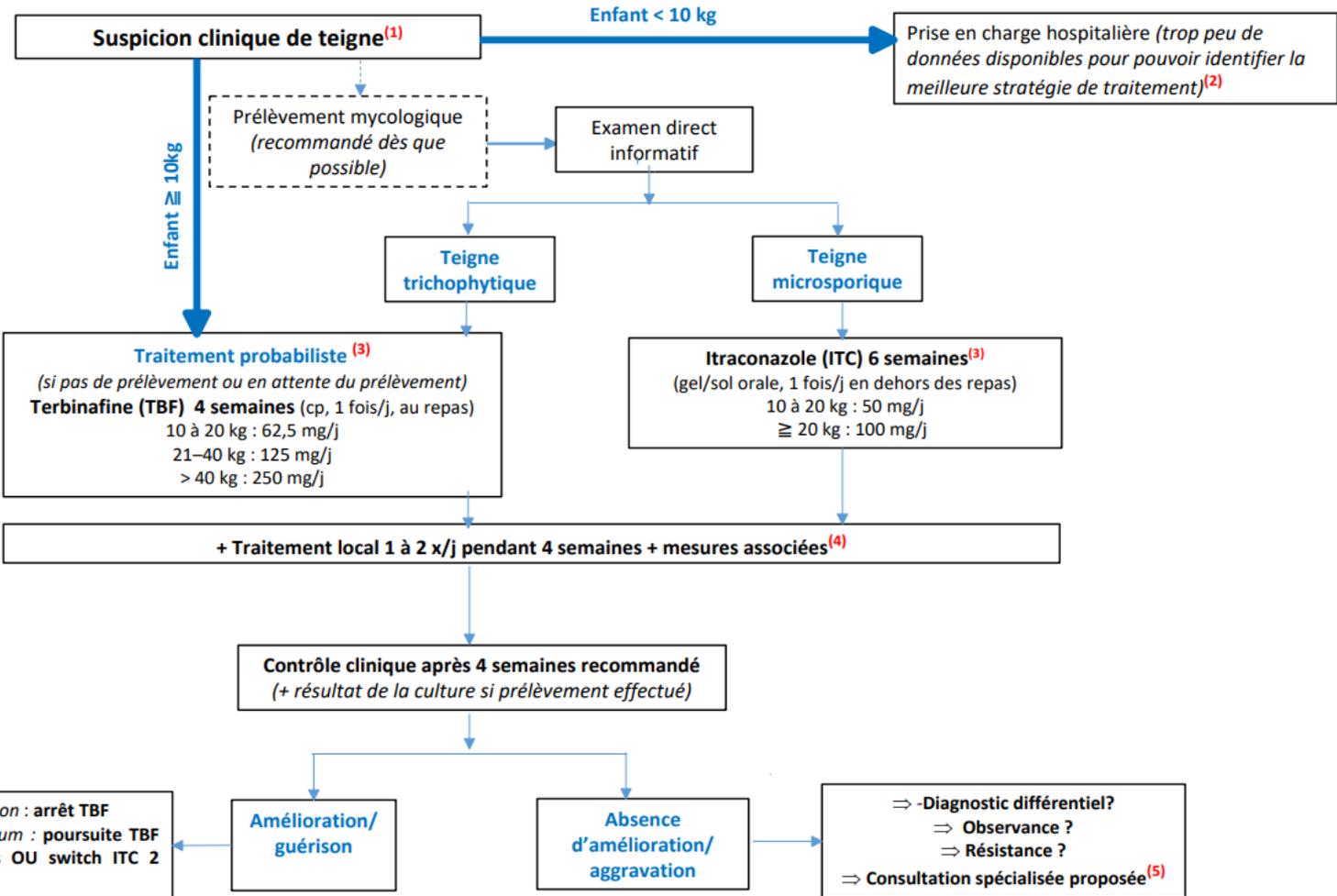
Parasitisme pileaire endothrix (trichophytique)

Teigne **inflammatoire**
(le plus souvent d'origine animale)



Parasitisme pileaire endo-ectothrix (microsporique)

2021



Annexes

- (1) Caractéristiques cliniques des teignes
- (2) Conduite à tenir pour les enfants de moins de 10 kg
- (3) Guide pour le traitement par terbinafine et itraconazole
- (4) Mesures associées
- (5) Conduite à tenir en cas d'échec à 4 semaines

Je peux aller à l'école si je prends bien mon traitement

1 Défaire les tresses africaines

Pour que le traitement local pénètre bien dans le cuir chevelu



2 Couper les cheveux courts des garçons aux ciseaux mais ne pas raser (ni rasoir, ni tondeuse)



3 Laver le linge de lit et de toilette, les cagoules, bonnets, casquettes à 60°C

Le soir où le traitement antifongique est démarré



Ou bien 24h en contact avec de la poudre antifongique dans un sac plastique fermé



4 Désinfecter le matériel de coiffure

Avec des lingettes désinfectantes



5 Mes frères et sœurs doivent être dépistés, ainsi que mes parents

Faire un prélèvement mycologique du cuir chevelu, le plus rapidement possible pour éviter la dissémination au sein de la famille/de l'école. Prélever sous les perruques des mamans si besoin



6 Si c'est un animal qui m'a infecté, il faut l'amener chez le vétérinaire

Qui le traitera même s'il n'a pas l'air d'avoir de teigne, car il peut être porteur du champignon sans que cela se voit



DEPISTAGE

Démographie : les jeunes dermatos alertent sur leur métier "en voie de disparition"

Par P.M. le 08-06-2021



Inquiets de la situation de la démographie médicale concernant leur spécialité, l'association des futurs dermato-vénérologues de France (FDVF) mènent une campagne de communication sur les réseaux. L'objectif : alerter, chiffres à l'appui, et réclamer des mesures pour répondre aux besoins de santé de la population.

"Notre profession subit un désastre démographique, alerte l'association des futurs dermato-vénérologues de France (FDVF) dans un communiqué, lié à une campagne de communication sur le sujet menée sur les réseaux sociaux.

L'association relaie les chiffres "alarmants" de la Drees, qui "prévoient une baisse drastique du nombre de dermatologues sur le territoire, passant de 3940 praticiens en 2015 à 3440 en 2040", soit une diminution de "12,7%".

Santé : pourquoi y a-t-il une telle pénurie de dermatologues dans le Nord et le Pas-de-Calais ?

Impossibilité de prendre un rendez-vous avant six mois, dermatologues qui ne prennent plus de nouveaux patients : vous êtes plusieurs à avoir témoigné auprès de nous de la difficulté à consulter un spécialiste de la peau dans le Nord et le Pas-de-Calais. À quoi est-ce dû ? Quelles solutions ? On fait le point.



Pénurie de dermatologues en France : les praticiens réclament l'ouverture de leur spécialité à davantage d'étudiants en médecine

Les dermatologues en France sont une population vieillissante, avec un âge médian de 54 ans.

 Solenne Le Hen
Radio France

Publié le 13/06/2021 06:49 Mis à jour le 13/06/2021 11:51

 Temps de lecture : 2 min.

Opinion | Des pistes face à la pénurie de dermatologues

Il faut attendre en moyenne 61 jours avant d'obtenir une consultation en dermatologie. Le docteur Jean-Pascal Del Bano, propose dans une tribune des solutions pour désengorger les salles d'attente.

 Lire plus tard  Cercle  Partager  Commenter



Dépistage du mélanome

- Cibler une sous-population à risque +++
- Pas de dépistage annuel pour tout le monde
- Être vigilant et réactif pour toute lésion évolutive



Cibler une sous-population « à risque »

Le dépistage de masse annuel n'est plus justifié car il n'a pas démontré de réduction de la mortalité et son coût est trop élevé. Continuer à examiner la peau des patients mais adresser au dermatologue après avoir ciblé:

- le mélanome est extrêmement rare chez l'enfant, donc plutôt s'inquiéter à partir de la puberté
- réserver la surveillance dermatologique annuelle aux patients « à risque »

La fin du dépistage systématique pour tous libèrera probablement des plages de consultations pour les tumeurs rapidement évolutives qui doivent être traitées sans délai.

Facteurs de sur-risque de mélanome

- si nombre élevé de nævi (> 40) , ex: le risque de MM est x7 si > 100
- si ATCD de MM personnel (plus de risque d'en faire un 2e) ou familial (2 cas de MM sur 3 générations)
- si immunodéprimé (HIV, greffé...): 8 x plus de MM
- Phototype clair: roux , blond , ou brun à peau claire , yeux bleus , avec rapides coups de soleil : attention si épisodes de coups de soleil sévères +++ , surtout si nombreux+++ , éphélides nombreuses ,
- Exposition brutale intermittente aux UV pour loisirs, lampes UV, ou professions exposées

Ne pas céder à la demande de contrôle naevique systématique s'il n'y a pas de lésion inquiétante ni facteur de risque

Comment dépister une lésion inquiétante (1)

Règle ABCDE

pour surveiller vos nævus, suivez la règle ABCDE

	nævus	melanome	
A, comme...			...ASYMÉTRIE
rond, symétrique			asymétrique
B, comme...			...BORDS
réguliers			irréguliers
C, comme...			...COULEUR
homogène			polychrome
D, comme...			...DIAMETRE
petits < 6 mm			> 6 mm

Règle **ABCDE**

Asymétrie:



sur 2 axes

Bords:



irréguliers

Règle ABCDE

Couleurs:



polychrome

Diamètre:



> 6 mm

Règle ABCDE

Evolutivité:
en quelques mois



Comment dépister une lésion inquiétante (2)

- Règle du « **vilain petit canard** »
- Examiner les zones cachées (orteils, cuir chevelu, plis dont interfessier ...)
- Lutter contre des idées reçues:
 - *il ne faut pas toucher à un grain de beauté ...*
 - *un nævus traumatisé peut se transformer en mélanome ...*

Règle du « vilain petit canard »

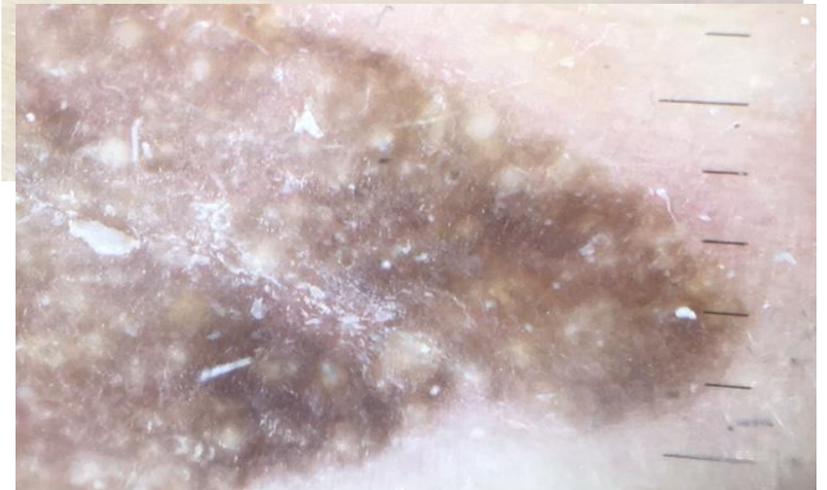
Trouver celui « qui n'est pas comme les autres »



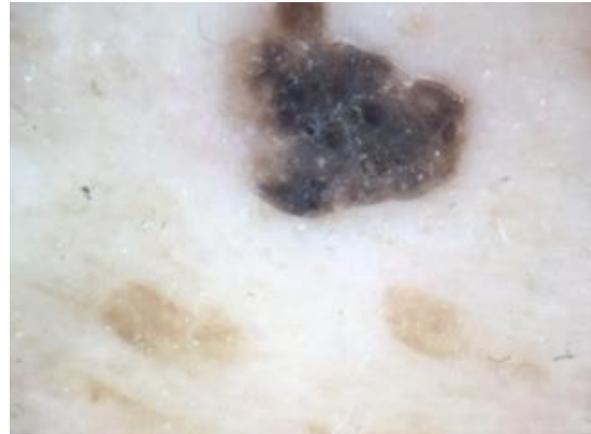
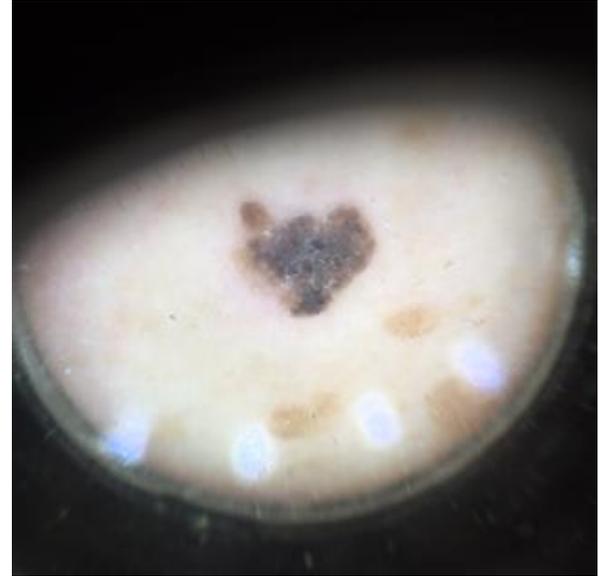
Quelques diagnostics différentiels des naevus et mélanomes

- Kératoses séborrhéiques +++
- Histiocytofibrome
- Carcinome basocellulaire pigmenté

Kératoses séborrhéiques



Kératoses séborrhéiques



Kératoses séborrhéiques



Histiocytofibrome

- Très fréquent aux jambes chez les femmes, durs à la palpation (= petit pois dans la peau), souvent pigmenté



Histiocytofibrome 2



Carcinome basocellulaire tatoué

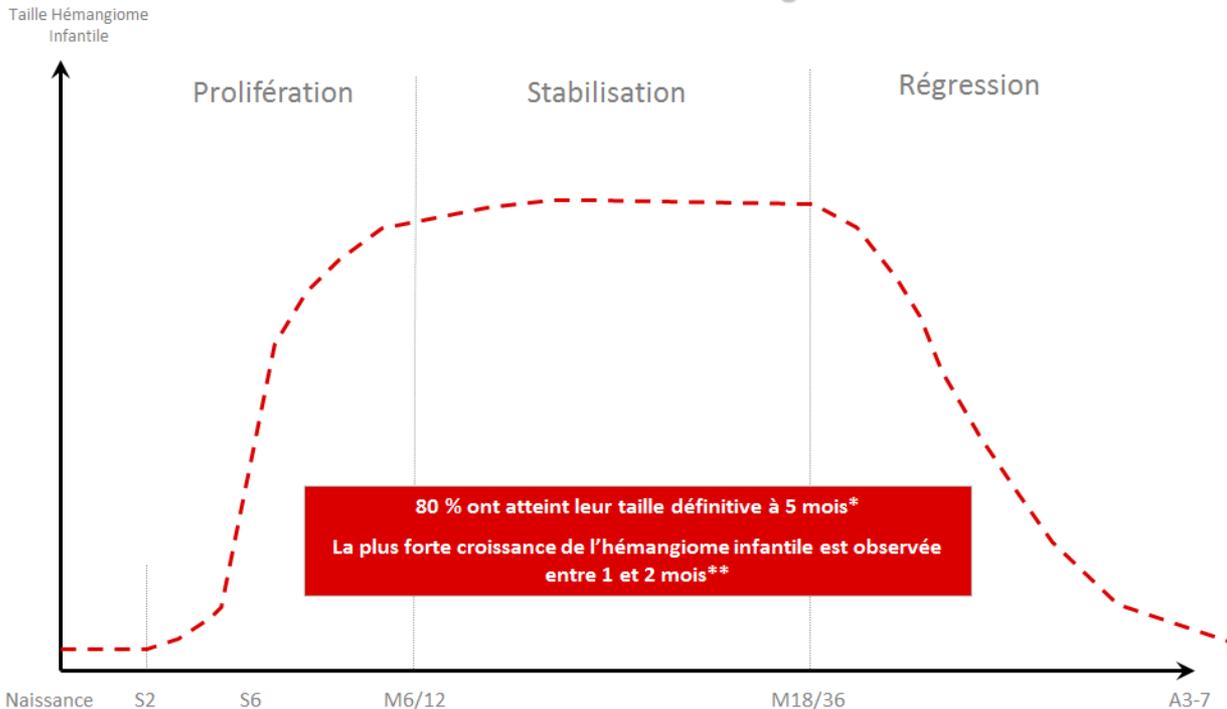


HEMANGIOME

- 3 à 10 % des nourrissons
- Superficiel, sous cutané ou mixte



Phases d'évolution d'un hémangiome infantile

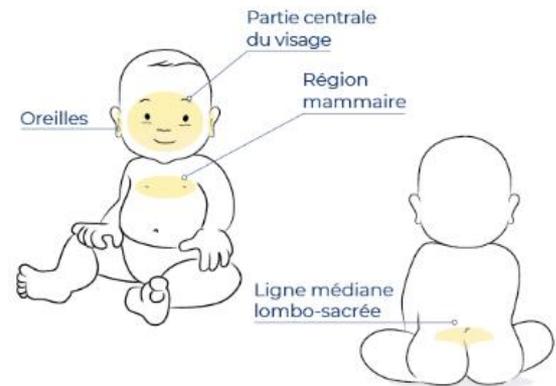


Hémangiome : quand adresser ?

RÉPONDRE AUX 6 QUESTIONS

Cochez la case **OUI** ou **NON**

- Complications** ou **risque potentiel de complication** (ulcération, atteinte visuelle, difficulté d'alimentation, stridor) Oui Non
- Atteinte de la partie centrale du visage** et/ou **des oreilles.** Oui Non
- Atteinte de la région mammaire** (chez la fille) Oui Non
- Atteinte médiane de la région lombo-sacrée** Oui Non
- Taille $\geq 4\text{cm}$** (focal ou segmentaire) Oui Non
- Nombre d'hémangiomes ≥ 5** Oui Non



Si un seul OUI => adresser

LE SCORE TOTAL EST CONSTITUÉ PAR LA SOMME DES SCORES CORRESPONDANT AUX PARAMÈTRES SUIVANTS :

Paramètres	Items			Score Veillez ne considérer que le score le plus élevé de chaque paramètre
Localisation de l'hémangiome	Sur le visage en dehors des zones mentionnées précédemment	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	si oui: 3 points (si non: 0 point)	<input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 0
	Cou, cuir chevelu ou région périnéo-fessière (sous la couche)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	si oui: 2 points (si non: 0 point)	
Taille du plus gros hémangiome	≥1 cm sur le visage en dehors des zones mentionnées précédemment	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	si oui: 3 points (si non: 0 point)	<input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 0
	2 – 4 cm sur les parties du corps en dehors de celles mentionnées précédemment	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	si oui: 2 points (si non: 0 point)	
Âge de l'enfant et croissance de l'hémangiome	Le nourrisson a moins de 2 mois	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	si oui: 3 points (si non: 0 point)	<input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 0
	Le nourrisson a ≥2 et ≤ 4 mois, avec un hémangiome dont la croissance est évidente au cours des 2 dernières semaines.	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	si oui: 2 points (si non: 0 point)	
			TOTAL	0

SCORE ≥ 4: VEUILLEZ ADRESSER VOTRE PATIENT À UN CENTRE EXPERT

SCORE < 4: LE PATIENT NE DOIT PAS ÊTRE ADRESSÉ. IL DOIT ÊTRE SUIVI ET LE SCORE DOIT ÊTRE RÉALISÉ À CHAQUE VISITE.

VERRUE

Verrues plantaires

- Les verrues plantaires sont toujours bénignes, peuvent disparaître spontanément: abstention envisageable, car le traitement est douloureux et pas toujours définitif
- **Mais** elles peuvent être gênantes ou douloureuses (à la marche prolongée ..) avec retentissement sur la statique (douleurs du genou, de la hanche ou du dos) et si la demande est importante, il faut traiter (kératolytiques...)

Plutôt douloureuses au pincement
(différent du durillon)

Problème de la contagion
(sol de vestiaires, zones humides)



Verrues plantaires

- **Verrues plantaires profondes**

- Douloureuses à la pression ,
- Papilles filiformes en surface
- Entourées d'un bourrelet dur



- **Verrues en mosaïque**

- Nappes hyperkératosiques
- De contour irrégulier



Verrue traitement

- **Kérotolytique :**
 - acide salicylique 50% (= pommade cochon)
 - Duofilm, Kérafilm, transvercid ...
- Décaper ++
- Pour les verrues planes du visage : Trétinoïne EFFEDERM 0,05% crème
- Penser vaccin contre le papillomavirus (en cours d'étude dans les verrues)
 - Gardasil 9[®] protège contre les HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58
 - vaccination débutée entre 11 et 14 ans révolus : 2 doses espacées de six à treize mois (dès 9 ans pour les transplantés d'organes).
 - vaccination débutée entre 15 et 19 ans révolus : 3 doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois : M0, M2, M6.
 - vaccination pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) jusqu'à 26 ans révolus : 3 doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois : M0, M2, M6.

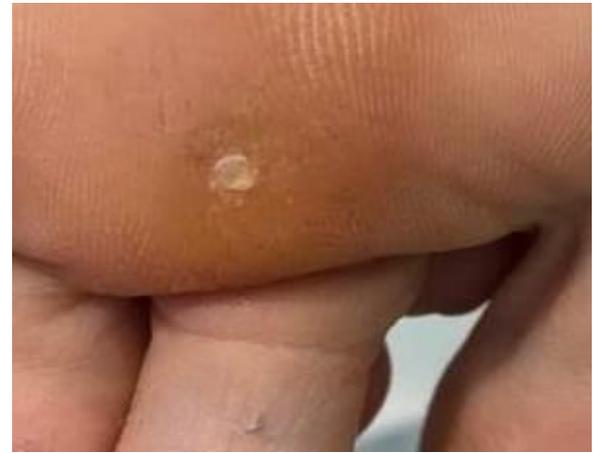
Cors ou verrues ?

Le décapage au bistouri permet de les différencier:

- si **verrues**, aspect punctiforme:



• - si **durillon** : aspect lenticulaire, lisse, en zone d'appui



Cor et durillon

Nodule enchassé, dur, mais lisse uniformément après décapage (les empreintes plantaires sont bien conservées, différent des verrues), douloureux à la pression directe

en zone d'appui ou contrainte (conflit chaussures-pied, les déformations osseuses et articulaires modifiant progressivement les points d'appui)

- **durillon forcé** ou « œil de perdrix » entre les orteils
- **cors** au dos des articulations inter-phalangiennes: formations hyperkératosiques en forme de cône renversé dont le sommet correspond à une petite surface osseuse, siège de frottement permanent
- **durillon** à la face plantaire ou latérale des pieds : zones d'hyperkératoses +/- épaisses , rondes ou linéaires

Cors



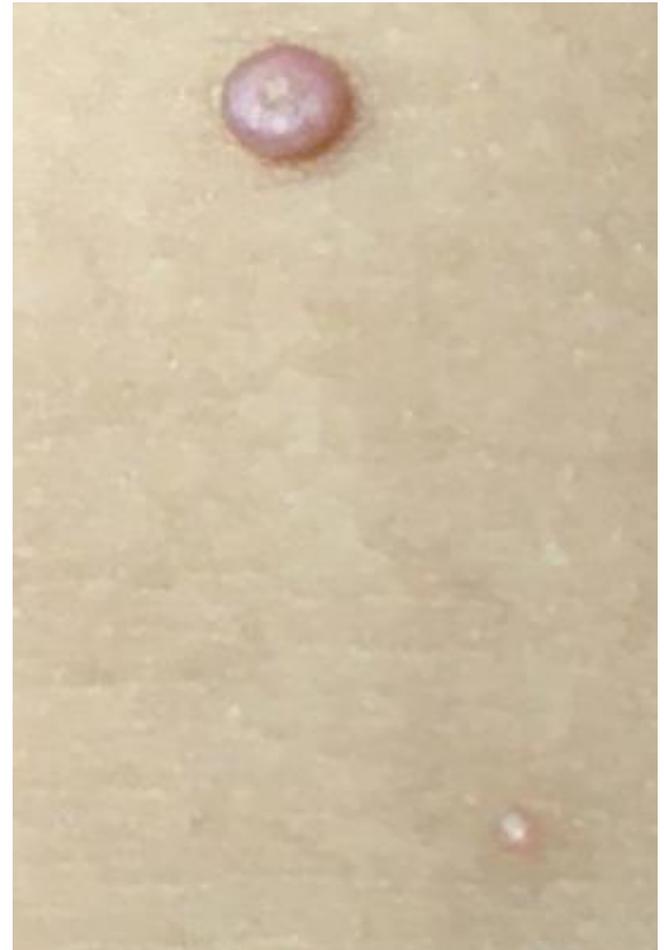
Cor et durillon

- Traitement principal: adresser au pédicure-podologue pour semelles orthopédiques ou orthèses de décharge
- Traiter par kératolytiques (acide salicylique à 40%)
- Kiné pour rééducation de la marche, parfois recours à la chirurgie (ostéotomies)
- Attention à la bursite sous-jacente sur terrain fragilisé (diabète, artérite, neuropathie) car le durillon fait le lit du mal perforant plantaire

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

Faut il traiter les molluscums contagiosums de l'enfant?

Et comment....





Molluscum contagiosum: to treat or not to treat? Experience with 170 children in an outpatient clinic setting in the northeastern United States

Hatice Basdag ¹, Barbara M Rainer ¹, Bernard A Cohen ¹

Affiliations + expand

PMID: 25641168 DOI: [10.1111/pde.12504](https://doi.org/10.1111/pde.12504)

Abstract

Despite the high prevalence of molluscum contagiosum (MC) in children, epidemiologic data on this common self-limited viral infection is limited. In this report we review our experience with the demographic characteristics, clinical characteristics, management, and time to resolution of MC in 170 children. A retrospective medical chart review and telephone survey were conducted on children younger than 16 years of age evaluated for MC in the Division of Pediatric Dermatology at the Johns Hopkins Children's Center, Baltimore, Maryland, from January 1, 2008, to December 31, 2011. Of 170 children with MC, 51.8% were female and 77.1% were Caucasian. The median age at diagnosis was 5 years and 46.5% had a history of atopic dermatitis (AD). Children with AD had significantly more MC lesions than those without ($p < 0.05$); 72.9% of children did not receive any treatment. MC lesions completely cleared within 12 months in 45.6% of treated and 48.4% of untreated children and within 18 months in 69.5% of treated and 72.6% of untreated children. Treatment (if any), sex, race, diagnosing physician, number of lesions at diagnosis, number of anatomic locations, or history of AD did not predict time to resolution of MC lesions. MC lesions completely resolved in approximately 50% of children within 12 months and in 70% within 18 months. Treatment did not shorten the time to resolution.

© 2015 Wiley Periodicals, Inc.

Disparition complète des MC après 12 mois
Chez 45,6% des enfants traités vs 48,4% des enfants non traités
Disparition complète des MC après 18 mois
Chez 69,5% des enfants traités vs 72,6% des enfants non traités
Le traitement ne raccourcit pas la durée de résolution

Quelle technique simple est disponible ?

Solution d'**hydroxyde de potassium**:

Molutrex*, Molusderm*

Produit corrosif, alcalin, nécessite une bonne compréhension des parents

mais avec de grands avantages:

- ce sont les parents qui l'appliquent...
- on arrête les applications dès que le MC devient inflammatoire et sensible
- les fiches posologiques sont bien rédigées

MOLUTREX 5%

HYDROXYDE DE POTASSIUM
SOLUTION POUR APPLICATION LOCALE CUTANÉE

QU'EST-CE QUE LE MOLLUSCUM CONTAGIOSUM ?

Il s'agit d'une affection cutanée bénigne d'origine virale, fréquente chez les enfants de 2 à 6 ans. Elle est contagieuse par contact direct ou par partage d'objets souillés.



COMMENT APPLIQUER MOLUTREX ?



AVANT LA PREMIÈRE UTILISATION

Dévisser le bouchon du flacon et le remplacer par le bouchon sécurité enfant muni du pinceau.



UTILISATION DU PINCEAU

Ouvrir le flacon, le poser sur une surface plane, le pencher légèrement et tremper le pinceau ou l'applicateur fin dans la solution. Essuyer sur le rebord du flacon pour éviter qu'une goutte ne se forme. Recharger le pinceau toutes les 2 ou 3 applications.

1

APPLIQUER 1 FOIS PAR JOUR jusqu'à l'apparition d'une inflammation (rougeur), habituellement entre 2 et 10 jours. Appliquer avec précision, uniquement sur le Molluscum en épargnant la peau saine... **SANS RINÇAGE !**



Molluscum avant l'application de Molutrex

2

Tous les MOLLUSCUM NE ROUGISSENT PAS EN MÊME TEMPS. Dès qu'un Molluscum est rouge, arrêter l'application sur ce Molluscum. Continuer, en revanche, l'application sur les Molluscum non enflammés.



Premier Molluscum enflammé après l'application de Molutrex

3

LA ROUGEUR EST LE SIGNE DE LA DISPARITION PROCHAINE DU MOLLUSCUM. Ce Molluscum disparaîtra spontanément en 2 à 6 semaines.



Disparition des Molluscum

IMPORTANT !

Ne pas appliquer sur le contour de l'œil et les muqueuses, sur les plaies ouvertes ou de la peau lésée par grattage.

Le produit doit être appliqué par un adulte.



CONSEILS POUR ÉVITER LA PROLIFÉRATION DES MOLLUSCUM

- » Ne pas partager votre linge de toilette.
- » Éviter de partager bains, piscine, sports de contact.
- » Éviter le grattage des Molluscum Contagiosum.

---- Lire attentivement la notice avant toute utilisation ----



MERCI