Dermatologie

**Rappels sur la peau**

# Les 3 couches de la peau

⮱ phénomène de **desquamation** dont le but est la régénération de la peau

## L’épiderme

= couche la plus superficielle, sa surface est composée par la couche cornée.

## Le derme

* **le derme papillaire :** il est formé des **papilles dermiques**. On y retrouve les terminaisons nerveuses & les **vaisseaux sanguins**.
* **le derme réticulaire :** il est formé de réseaux de fibres **collagènes** supportant le derme papillaire.

## L’hypoderme

C’est un coussin graisseux formé par **les lobules adipeux**.

# Les annexes de la peau

## Système mélanocytaire

Les mélanocytes synthétisent de la mélanine, qui, se retoupant en mélanosomes, migrent à la surface de l’épiderme (aspect bronzé) => protection contre les UV.

**Rappel :**

* **UVA :** responsable du **vieillissement cutané** & des **mélanomes** (basocellulaire & spinocellulaire)
* **UVB :** responsable des **coups de soleil**

## Follicule pilosébacé

**Examen clinique**

# Interrogatoire = histoire de la maladie

## Modalités évolutives

* mode de début
* aspect initial des lésions
* mode d’extension des éléments
* évolution générale de l’éruption
* ttt appliqué

## Environnement

* entourage professionnel, social, vestimentaire, cosmétique…
* soleil

# Examen physique

## Où observer ?

* peau : plis, paume, plante…
* muqueuses : génitale & buccale
* phanères : ongles, poils, cheveux, sourcils

## Comment observer ?

* chercher les lésions les plus jeunes & les plus pures
* bon éclairage
* loupe, grattage à la curette, épreuve de la vitro pression

## Comment analyser ?

* nature de la lésion élémentaire
* regroupement : linéaire, annulaire, arciforme, polycyclique …
* topographie

**Les lésions élémentaires**

# Les lésions primitives

= processus lésionnel initial

## Macule

= modification de la peau sans élevure ni infiltration

* **macule rouge** :
  + **érythémateuse** : hyperhémie inflammatoire (ex : rougeole, rubéole)

🡪 s’efface à la vitro pression

* + **vasculaire** : dilatation vasculaire (ex : angiome)

🡪 ne s’efface pas à la vitro pression

* + **purpurique** : extravasion de sang (ex : purpura)

🡪 ne s’efface pas à la vitro pression

* **macule pigmentaire** : accumulation de pigments (ex : tache de rousseur)
* **macule achromique** : 🡮 de la quantité de mélanine intra épidermique (ex : vitiligo)

## Papule

= élevure ronde, saillante & circonscrite, de diamètre < 1cm, ne contenant pas de liquide

* **papule épidermique**(ex : verrue plane)
* **papule dermique** (ex : urticaire)
* **papule dermoépidermique** (ex : lichen)

## Nodule

= élevure ronde & saillante, de diamètre > 1cm

**⬄ 🡭 masse dermique et/ou hypodermique par prolifération cellulaire (ex : mélanome)**

## Végétation

**= excroissance papillomateuse**

## Kératose

= lésion **sèche, épaisse, en relief** sur la peau voisine ⬄ épaississement de la couche cornée

(Ex : kératose palmoplantaire)

## Vésicule

= soulèvement circonscrit de l’épiderme contenant une sérosité claire, de diamètre = 1-2mm

(Ex : herpès, eczéma)

## Bulle

= idem + diamètre = 1cm

(Ex : pemphigoïde bulleuse)

## Pustule

= soulèvement circonscrit de l’épiderme contenant du pus ⬄ afflux de polynucléaire.

Il peut être **folliculaire ou non**.

(Ex : folliculite de la barbe, psoriasis pustuleux)

## Nouures

**= élevure fermes, consistantes & profondes**

(Ex : érythème noueux)

# Les différents types d’érythèmes

## L’érythème scarlatiniforme

= vaste placard rouge & uniforme sans intervalle de peau saine

## L’érythème morbidiforme

= macules roses ou rouges, mal délimités, confluant parfois en placards à contours géométriques avec intervalle de peau saine

## L’érythème roséoliforme

= macule rose claire, bien délimitées, de grande taille, souvent discrètes

## L’érythrodermie

= éruption érythémateuse touchant + de 90% de la surface corporelle, grave & d’évolution lente

# Les lésions secondaires

## Squame

= lamelle de la couche cornée se détachant de l’épiderme

## Croûte

= coagulation d’un exsudat à la surface de l’épiderme

## Excoriation

= érosion , solution de continuité épidermique, superficielle

🡪 évolution non cicatricielle

Ex : herpès

## Fissure & rhagade

= érosion linéaire

## Perlèche

= fissure des commissures labiales

Ex : candidose

## Ulcération

= perte de substance touchant le derme profond

🡪 évolution cicatricielle

## Gangrène

= nécrose tissulaire

## Atrophie

**= amincissement de la peau, avec aspect lisse & nacré**

**⬄ altération du tissu conjonctif ( derme ou hypoderme )**

## Cicatrice

* normale
* hypertrophique
* chéloïde ( si toujours hypertrophique au bout de 2 ans )

## Sclérose

**= induration de la peau, effaçant rides & reliefs avec plissement impossible**

# Lésions induites par les traumatismes

## Phénomène de KOEBNER

**= réaction isomorphique de la peau reproduisant après traumatisme la lésion caractéristique de l’affection**

## Signe de NICOLSKI

= décollement bulleux en peau apparemment saine après pression

## Lichénification

= accentuation du **quadrillage** de la peau, qui est **épaissie & brillante**

🡪 souvent **grattage** répétés

**Troubles de la cicatrisation**

# Mécanisme

## La détersion = phase vasculaire & inflammatoire (1 semaine)

Ex : plaie mécanique

1. **effraction** vasculaire
2. formation d’un **caillot** de fibrine
3. dégranulation **plaquettaire** => libération de **cytokine**
4. afflux de **cellules de l’inflammation**: PNN (détersion enzymatique), monocytes / macrophages, lymphocytes

## La granulation = phase proliférative & réparatrice (1 à 2 semaines)

* 🡮 de l’**inflammation**
* **activation** :
* **des fibroblastes :** synthèse de collagène
* **des kératinocytes :** reconstruction de l’épiderme
* **des cellules endothéliales** => capillaires néoformés afin de nourrir ce tissu de granulation

## L’épidermisation = phase de contraction & de remodelage (qq mois)

* phase de **contraction des myofibroblastes** présents dans le bourgeon
* 🡮 de la cellularité
* balance entre la **synthèse** et la **dégradation** de la matrice cicatricielle par les fibroblastes => cicatrisation complète et définitive

# Facteurs modifiant la vitesse de cicatrisation

## Facteurs locaux

* **infection, colonisation**
* **atmosphère humide :** 🡭 v(cicatrisation)
* **pH bas :** inhibe la croissance bactérienne , stimule les kératinocytes
* **P°O2 faible :** stimule les fibroblastes & les cellules endothéliales

## Facteurs généraux

* **P°O2**
* **hémoglobine**
* **protéines**
* **pathologies sous-jacentes**

# Cicatrisation de 1° intention

🡪 Fermeture immédiate par suture :

* **conditions** : plaie **propre**, **berges** de bonnes qualités, **affrontement** parfait, délai **court**
* **risques :** persistance de corps étrangers pouvant entraîner une infection, persistance d’une plaie contuse.

# Cicatrisation de 2° intention

* épidémisation après détersion & réparation conjonctive
* 3 phases :

1. détersion : débridement de la fibrine
2. bougonnement : on aide par un pansement occlusif
3. épidermisation : on aide aussi par un pansement occlusif ou un greffon

# Retard de cicatrisation :

* vieillissement
* dénutrition en protéines, vitamines & oligoéléments
* causes endocriniennes : diabète, hypercorticisme
* causes médicamenteuses : corticoïdes, chimiothérapie
* infection
* ttt local inadapté

# Cicatrice hypertrophique

= exagération du processus de cicatrisation normal, qui peut survenir chez tout les malades

* **Facteurs de risques :**
* durée de la cicatrisation
* mauvaise orientation de la cicatrice
* âge, type & ethnologie de la peau
* **Ttt préventif :**
* massages doux
* cures thermales (jet d’eau sous pression)
* compression des zones à risques avec des vêtements élastiques, des attelles rigides, ou des plaques souples
* accélération du temps de cicatrisation
* ttt chirurgical uniquement sur les plaies stables
* pas de **corticoïdes**

# Cicatrice chéloïde

= surproduction de collagène anormal

🡪 délai d’apparition plus long

* **Diagnostic :**
* étalement sur la peau saine
* atteinte d’une partie de la cicatrice seulement
* siège sur une zone à risque : face antérieure du thorax, région rétro auriculaire
* évolution sur plus de 12 mois
* **Traitement :**
* Corticothérapie locale intra cicatricielle à l’aide d’une aiguille
* dans les formes graves : chirurgie + cortisone

**Le psoriasis**

# Définition

= dermatose érythémato-squameuse d’évolution chronique

2% de la population

# Description

## Lésions élémentaires

= tâche érythémato-squameuse bien délimitée,

éléments symétriques, parfois diffus

**Anatomopathologie :**

* hyperkératose avec para kératose
* acanthose : 🡭 de l’épaisseur de l’épiderme
* micro abcès à polynucléaire dans l’épiderme

## Formes topographiques

* **localisation habituelle :** coude, genou, région lombo-sacrée, cuir chevelu (généralement non alopécient), ongle (doigt avec aspect en dé à coudre, onycholyse)
* **autres localisations :** psoriasis inversé (atteinte des plis), palmoplantaire, du gland, du visage

## Formes particulières

🡪 psoriasis graves : érythrodermique, arthropathique, pustuleux

# Diagnostic différentiel

## Pityriasis rosé de GIBERT

= éruption maculeuse avec squames de petites tailles

**Localisation :** d’abord au niveau du thorax puis vers les membres inférieurs puis supérieurs

**Disparition :** en 4-6 semaines

## Dermite séborrhéique

= lésions érythémato-squameuses au niveau des zones séborrhéiques

**Traitement :** antimycosique

# Etiologie

* **facteurs génétiques :** 30% de formes familiales
* **facteurs environnementaux :** alcool, tabac, infections
* **facteurs psychologiques :** chez l’enfants ++
* **médicaments :** lithium, corticoïde par voie générale, β bloquant, Inhibiteurs Enzymatiques de Conversion ( = antihypertenseur )
* **traumatismes cutanés :** phénomène de KOEBNER

# Evolution

**Au début :** adolescents, adultes jeunes

**puis évolution chronique,** avec les poussés déclenchées par des facteurs psychologiques, médicaux, infectieux…

**=> altération de la qualité de vie.**

* **prurit** présent dans 30 à 60% des cas.

# Traitement

* rien si psoriasis limité, dans tout les cas à discuter

## Traitement locaux

* dermocorticoïdes (LOCOÏD\*)
* calcipotriol = dérivé de vit D (DEVONEX\*)

## Photothérapie

* héliothérapie
* UVB
* PUVA thérapie (chimiophotothérapie)

## Traitement généraux

* acitrétine (SORIATONE\*, OROACUITANE\*) = dérivée de vit A

€ famille des rétinoïdes => risques tératogènes donc associé à une contraception fiable ( jusqu’à 2 mois après le traitement )

* méthotrexate (NOVATREX\*) aussi utilisé en cancérologie => surveillance hématologique et hépatique
* ciclosporine (NEORAL\*)= immunodépresseur => risque néphrotoxique +++ si ttt prolongé

## Indications

* **psoriasis peu étendu :** rien ou local
* **psoriasis étendu :** photothérapie
* **psoriasis grave :** ttt général

Fascéite nécrosante

# Clinique

= dermo – épidermite profonde

lésions élémentaires : placard érythémato- violacé, œdémateux, chaud et douloureux avec des bulles

sd infectieux : début brutal , fièvre élevée, frissons, choc septique avec altération de l’état général

# Diagnostic

Signe d’alarme : hypoesthésie

Localisation : membre inf. ++, porte d’entrée++ ( plaie, trauma, intertrigo IDP, ulcère de jambe)

Bactério : strepto A β- hémophilique

# Terrain

* ttt AINS,
* diabète et alcoolisme

# Complication

* décès,
* septicémie.

# TTT

Bloc opératoire

**Furoncle**

# Clinique

= folliculite profonde nécrosante

lésions élémentaires : nodule érythémateux surmonté d’une pustule centrée sur un poils

# Diagnostic

## Clinique

Elimination secondaire du bourbillon

Pas ou peu de signes généraux, mais adénopathie satellite.

Bactério : staph doré

## Dg différentiel

* folliculite
* acné
* kyste épidermique infectieux
* hydroadénite

# Terrain

* hygiène défectueuse,
* diabète, alcoolisme.

# Complications

* anthrax,
* staphylococcie maligne de la face,
* septicémie
* décompensation de Tares,
* furonculose chronique.

# Ttt

* antiseptiques locaux et hygiène,
* AB si sur visage ou terrain diabète ou alcoolisme

Erysipèle

# Clinique

= dermo- épidermite aigue

Lésions élémentaires : placard érythémateux et œdémateux chaux et douloureux

Sd infectieux : début brutal , augmentation de la fièvre et frissons

# Diagnostic

## Clinique

Localisé au membre inférieur, plus rarement au visage.

Porte d’entrée ++ : plaie, trauma, intrigo, interdigito- plantaire, ulcère de jambe.

## Bactériologie

Staphylocoque doré

ou streptocoque du groupe A β- hémophilique

# Diagnostic différentiel

## Pour le membre inférieur :

Eczéma aigue, phlébite, lymphangite, sd de loge

## Au visage :

Eczéma aigue, épophylococcie maligne de la face, zona ophtalmique, œdème de Quincke

# Terrain

* hygiène defectieuse,
* terrain  : corticoïde au long court, diabétique.

# Complications

* Abcès
* Septicémie,
* décompensation de Tares ? ( diabète déséquilibré, alcoolisme)
* fascéite nécrosante,
* blomérulonéphrite post- streptoccocique,
* récidive.

# Traitement

* Antibiothérapie par voie générale,
* Ttt de la porte d’entrée.

Hydroadénite

# Définition

= infection et inflammation à répétition des glandes sudoripares, génito-pubienne et axillaire, pouvant laisser des cicatrices mutillantes et réalisant dans sa forme la plus complète la maladie de VERMEUIL

# Examen clinique

= lésions nodullaires inflammatoires sous-cutanées qui confluent en masses indurées et fibreuses se fistulisant.

# Evolution

Chronique avec des poussées inflammatoires favorisées par les frottements, le rasage des poils avec possible abcédation extrêmement algiques et évolution cicatricielle

# Traitement

Pas de rasage des poils,

Eviter les frottements (vêtements amples),

Soins locaux antiseptiques peu efficaces,

Antibiothérapie par voie générale + repos en cas de poussées.

Drainage, méchage,

Chirurgie.

L’impétigo

# Définition

Dermatose initialement vésiculeuse ou bulleuse, d’origine infectieuse, devenant rapidement croûteuse. Dermo-épidermite due à un stepto A béta hémophilique ou strepto doré. Affection contagieuse. Surtout enfants, adulte (facteur favorisant)

# Examen clinique

Bulles éphémères reposant sur une base érythémateuse. On le voit donc le plus souvent au stade d’érosion superficielles ou de croûtes jaunes claires entourées d’un halo érythémateux ( croûtes mellicéniques ? ).

Il n’y a habituellement pas de fièvre ou de prurit.

Siège : surtout au visage et aux membres.

Possible adénopathie satellite douloureuse

🡪 Rechercher une dermatose associées.

Forme particulière : l’ecthyme ?

# Examen complémentaire

Prélèvements locaux,

Puis antibiothérapie locale ou générale.

# Evolution

Favorable sous traitement

En l’absence de ttt : les lésions d’impétigo se multiplient et peuvent être responsables de lymphangites, de fièvre, de septicemie, de glomérulonéphrite lorsqu’un streptocoque est en cause,

Une surveillance des urines ( protéinurie, hémoturie ?) s’impose en début et en fin de traitement.

On peut voire des épidémies en collectivité.

# Traitement

* local,
* ramollir crôute avec vaseline.

Lymphangite

# Définition

= infection lymphatique due le plus souvent à un strepto β- hémophilique

# Examen clinique

Trainée rouge, chaude et sensible, partant d’une entrée cutanée ( perf, plaie) et se prolongant en allant dans la direction d’une adénopathie douloureuse.

+ fièvre et frissons associés

# Examens complémentaires

* Hleucocytose à polynucléaire neutrophile,
* Prélevement bactério de la porte d’entrée,
* Hémoculture

# Evolution

Favorable sous ttt

Risque de septicémie

# Traitement

Traiter la porte d’entrée,

Déperfuser.