

Séance du jeudi 13 mars 2014

## ALLERGOLOGIE-TOXIDERMIES-PSYCHODERMATOLOGIE

### COMMUNICATIONS

#### ALLERGOLOGIE-TOXIDERMIES

##### LOGICIEL «DIAMM-ALLERGO» : INFORMATISATION DES BILANS DERMATO-ALLERGOLOGIQUES.

J. Waton, A. Barbaud  
Dermatologie, CHU NANCY, Vandoeuvre les Nancy, France

**Introduction.** DIAMM ALLERGO est un logiciel développé grâce au PHRC « Réseau Lorrain des Toxidermies - UF 9746 » Matériel et Méthodes: Créé conjointement par une société d'informatique et notre unité de dermatologie-allergologie, il permet d'informatiser la consultation, saisir les demandes de bilan et leurs résultats (patch tests « PT », prick tests « pt », intradermoréactions « IDR », tests de provocation d'urticaire physique, ROAT, photopatch).

**Résultats.** Depuis 2007, DIAMM-ALLERGO a permis de réaliser 258015PT, 55960pt, 40409IDR, 9537tests de provocation, 5831photopatch.\*Aide à la prescription: 64 batteries de PT, 56 batteries de pt et 6 d'IDR sont à disposition du prescripteur. 1322PT, 657pt, 359IDR sont disponibles individuellement, de nouveaux pouvant être créés simplement. Les concentrations maximales des IDR sont automatiquement notées.

\*Génère des demandes pour la pharmacie et un tableau de résultats de tests (Fig 1).

\*Simplifie la gestion du stock d'allergènes (suivi de commande-péréemption).

\*Analyse épidémiologique des résultats: fréquence de positivité d'un allergène, d'une batterie, âge moyen, sexe ratio, liste de patients, lien entre 2 allergènes.

**Discussion.** Des logiciels existent pour les allergies de contact (Cdeskpro, A.Goossens, Belgique;IVDK-Alllemagne; logiciel GERDA pour la batterie standard). Ce nouveau logiciel permet des analyses pour toute exploration allergologique (accidents médicamenteux, dermatoses professionnelles, photoallergies, urticaires physiques...) (1-3).

**Conclusion.** Ce nouvel outil simplifie la consultation, les demandes de tests, la gestion des stocks, l'exploitation des résultats pour tout type d'allergie. Son utilisation plus large permettrait des études dermatologie-allergologiques françaises de grande ampleur.

##### GRANULOMES POST-VACCINAUX A L'ALUMINIUM : 9 CAS

F. Amelot, D. Bessis, O. Dereure, N. Raison-Peyron  
Dermatologie, CHRU MONTPELLIER, France

**Introduction.** Les sels d'aluminium sont utilisés comme adjuvants depuis plus de 50 ans. Les nodules post vaccinaux sont connus depuis les années 60, et leur fréquence augmente depuis 10ans même si cela reste rare. Les facteurs de risque ne sont pas connus. Les objectifs de notre étude sont de connaître les facteurs favorisant l'apparition des granulomes post vaccinaux et leur évolution à distance.

**Matériel et Méthodes.** Il s'agit d'une étude monocentrique d'une cohorte rétrospective d'enfants vus en consultation de dermatologie-allergologie de janvier 2004 à mai 2013 pour des granulomes post vaccinaux à l'aluminium. Le site de vaccination, l'utilisation ou non de patch d'EMLA® étaient notés. Des tests épicutanés à l'aluminium étaient réalisés. Les parents étaient rappelés à distance afin de connaître l'évolution, de savoir si d'autres vaccins avaient été réalisés et leurs éventuels effets.

**Observations.** 5 filles et 4 garçons d'âge moyen 2.3 ans ont été inclus. Les granulomes étaient diagnostiqués sur examen clinique. Tous étaient sensibles et prurigineux, 1 accentué par le temps froid, 1 accentué lors des épisodes infectieux. La topographie était dans 3 cas la fesse, dans 5 cas la cuisse, dans 1 cas fesse et cuisse. 4 parents avaient appliqué un patch d'EMLA® avant les vaccins.

La lecture des tests épicutanés à 48 et 72 heures a trouvé une sensibilisation à l'aluminium chez tous les enfants.

**Discussion.** Tous les enfants ont été vaccinés sur la partie inférieure du corps en intramusculaire ou sous cutané. Les recommandations actuelles préconisent la première voie qui est plus immunogène, moins douloureuse et donne moins de réactions locales. La plupart des nourrissons actuellement sont vaccinés dans les cuisses. Un cas de notre série vacciné dans le deltoïde n'a pas récidivé contrairement à celui vacciné dans la cuisse. Chez 4 enfants sur 7 un patch d'EMLA® avait été appliqué. L'hypothèse d'un lien entre sensibilisation à l'aluminium via ces patchs qui en contiennent et la survenue de granulomes post vaccinaux a été soulevée dans une étude récente.

**Conclusion** Les facteurs de risque de granulomes post vaccinaux restent à préciser : rôle du site de vaccination, sensibilisation antérieure à l'aluminium par les patchs d'EMLA® ? L'évolution est souvent prolongée, il est important d'en prévenir les parents.

#### **TOXIDERMIES AUX ANTIPALUDEENS DE SYNTHÈSE**

A. Soria 1, 2, A. Barbaud 3, H. Assier 4, D. Picard 5, M. Avenel-Audran 6, S. Amarger 7, P. Girardin 8, C. Francès 1 et Groupe Toxidermie de la Société Française de Dermatologie

1Dermatologie et Allergologie, Hôpital Tenon-APHP, 2INSERM U945, UPMC, Paris, 3Service de Dermatologie, Hôpital Fournier, CHU de Nancy, Nancy, 4Service de Dermatologie, Hôpital Henri Mondor APHP, Paris, 5Service de Dermatologie, CHU de Rouen, Hôpital Charles-Nicolle, Rouen, 6Service de Dermatologie, CHU d'Angers, Angers, 7Service de Dermatologie, Hôpital Estaing, CHU Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, 8Service de Dermatologie, Hôpital Jean Minjoz, CHU de Franche-Comté, Besançon, France

**Introduction.** Des toxidermies aux antipaludéens de synthèse (APS) sont rapportées, la valeur diagnostique des tests cutanés reste inconnue. Nous rapportons une série de 32 cas avec exploration allergologique.

**Matériel et Méthodes.** 43 patients ayant été traités par hydroxychloroquine (HCQ) (n=41) ou chloroquine (CQ) (n=2) et ayant consulté dans un des services hospitaliers de médecins appartenant au Groupe Toxidermie de la SFD pour des manifestations cutanées ont été inclus dans cette étude rétrospective. 32 d'entre eux ont eu une exploration allergologique ; 29 femmes et 3 hommes, d'âge moyen 40 ans, traités par HCQ pour un lupus (n=16), une polyarthrite rhumatoïde (n=4), un syndrome de Sharp (n=2), une maladie de Gougerot-Sjögren (n=2) ou d'autres affections (n=8) (Tableau). Les manifestations cliniques étaient des exanthèmes maculo-papuleux EMP (n=14), des pustuloses exanthématiques aiguës généralisées PEAG (n=4), du prurit (n=3), des urticaires superficielles (n=2), des syndromes d'hypersensibilité médicamenteuse (n=2) et d'autres manifestations (n=9). Des tests cutanés aux APS étaient réalisés chez 32 patients ; 28 tests épicutanés pour HCQ et 8 pour CQ, 18 prick tests pour HCQ dont 17 avec des lectures retardées et 1 immédiate et 8 avec CQ.

Résultats: Chez les 32 patients ayant eu des explorations allergologiques, aucun test cutané n'a été retrouvé positif. Au total 17 de ces patients ont repris un APS ; 14 l'HCQ et 3 la CQ dont 3 avec récurrence de l'éruption initiale au décours.

**Discussion.** Nous rapportons la plus grande série de réactions cutanées aux APS avec, chez 32 d'entre eux, une exploration allergologique. La présentation clinique était variable (EMP et PEAG principalement). Aucun test cutané n'a été retrouvé positif chez ces 32 patients testés. 2/32 ont eu une récurrence lors de la reprise. Malgré tout, 14/32 ont pu reprendre un APS (12 HCQ et 2 CQ) sans récurrence. Cette étude ne nous permet pas d'évaluer les réactions croisées entre APS; une seule patiente a récidivé lors de la prise de CQ alors qu'elle avait déjà eu une réaction avec l'HCQ. Ces résultats restent à confirmer sur un plus grand nombre de patients.

**Conclusion.** Devant des manifestations cutanées après prise d'un APS, les tests cutanés semblent avoir une bonne valeur prédictive négative. Le test de réintroduction de l'APS imputable ou d'un autre APS, en cas de toxidermie non sévère reste la référence.

#### CAS CLINIQUES

##### **ALLERGOLOGIE-TOXIDERMIES**

#### **ULCÈRES DE TYPE PYODERMA GANGRENOSUM INDUITS PAR LES ANTI-VITAMINES K**

P. Pralong 1,\*, S. Debarbieux 2, N. Paret 3, A. Nosbaum 1, B. Ben Said 1, J.-F. Nicolas 1, F. Bérard 1

1Immunologie clinique et allergologie, 2Dermatologie, Centre Hospitalier Lyon Sud, Pierre-Bénite, 3Centre de Pharmacovigilance, Lyon, France

**Introduction.** Les ulcères induits par les anti-vitamines K (AVK) sont une complication rare. Nous décrivons ici le premier cas d'ulcère de type pyoderma gangrenosum (PG) induits par les AVK

**Observations.** Une patiente de 70 ans, transplantée cardiaque depuis 25 ans, sous ciclosporine, était suivie pour un erythema elevatum diutinum bien contrôlé sous dapson. En novembre 2011, survenait une thrombose veineuse profonde (TVP) de la jambe gauche, traitée par fluindione, un anti-vitamine K (AVK). Six semaines après, la patiente présentait une ulcération nécrotique de la face externe de la jambe droite, rapidement extensive, profonde et hyperalgique. L'histologie retrouvait un infiltrat dermique riche en polynucléaires neutrophiles (PNN), faisant discuter une vascularite leucocytoclasique ou un pyoderma gangrenosum (PG). Les prélèvements infectieux étaient stériles. Une endocardite infectieuse était écartée. Il n'y avait pas de facteur de thrombophilie, ni d'anticoagulants circulants. La recherche de cryoglobulinémie était négative. La fluindione était arrêtée et les bolus de corticoïdes permettaient une régression des douleurs et un arrêt de l'extension en 24h. L'ulcération cicatrisait complètement en un mois. En avril 2012, quinze jours après la reprise de fluindione pour un nouvel épisode de TVP controlatérale, l'ulcération de la jambe droite récidivait (même aspect clinique et histologique), et cicatrisait en 1 mois à l'arrêt des AVK. En juillet 2012, un AVK d'une autre famille (warfarine) était introduit avec une nouvelle récurrence de l'ulcération après quinze jours de traitement. La chronologie des événements et la négativité des explorations étiologiques permettaient de poser le diagnostic d'ulcère de type pyoderma gangrenosum induit par les anti-vitamines K.

**Discussion.** Il s'agit du premier cas d'ulcère de type PG induit par les AVK. Les ulcères cutanés liés aux AVK sont une complication rare dont la physiopathologie est imprécise. En dehors de la classique « nécrose sous AVK », survenant chez les patients déficitaires en protéine C ou S, les autres formes d'ulcérations liées aux AVK restent exceptionnelles. Une seule étude rapporte la survenue d'ulcères chez 5 patients sous AVK, avec vasculite leucocytoclasique à l'histologie dans 3 cas. A l'inverse de notre cas, les ulcérations ne récidivaient pas après changement d'AVK, suggérant un mécanisme physiopathologique différent.

**Conclusion.** Les ulcères induits par les AVK méritent d'être connus. Cette étiologie reste de nos jours encore sous-évoquée devant un ulcère chez un patient polypathologiques et polyvasculaires, car il s'agit d'un effet secondaire assez paradoxal, au délai d'apparition parfois long.

#### **DEMONSTRATION IN VITRO PAR ELISPOT D'UNE REACTION D'HYPERSENSIBILITE RETARDEE A ARGAS REFLEXUS (TIQUE DU PIGEON) SE PRESENTANT COMME UNE CELLULITE DE WELLS.**

C. Martin, S. Debarbieux, A. Rozières, C. Hilger, F. Berard

Service de dermatologie du Pr Thomas, Centre Hospitalier Lyon Sud

**Introduction.** *Argas reflexus* est une tique molle appartenant à l'ordre des acariens, parasite hémaphage spécifique des pigeons des villes, parasite accidentel de l'homme. Il se rencontre dans les appartements infestés (immeubles et balcons fréquentés par les pigeons). Des cas de réactions d'hypersensibilité immédiate aux piqûres d'*Argas reflexus* (urticaire, œdème de Quincke, choc anaphylactique...) sont décrits dans la littérature, liées à l'allergène majeur contenu dans la salive d'*Argas* : la protéine Arg 1, qui a été isolée et clonée (C.Hilger, 2005).

**Observation.** Une patiente de 42 ans présentait des éruptions inflammatoires bulleuses, ayant atteint les membres et le dos au cours de 5 poussées entre mars et juin 2011. La biopsie pratiquée lors de l'une de ces poussées était en faveur d'une cellulite de Wells avec un important infiltrat de polynucléaires éosinophiles dans le derme ainsi que des images en flammèches. L'hypothèse de piqûres d'insectes était évoquée. En janvier 2012 la patiente apportait un spécimen d' *Argas reflexus* retrouvé mort sur son plancher. On apprenait à cette occasion que sa chambre à coucher était un ancien pigeonnier, dans une maison restaurée à la campagne. Un test in vitro par ELISpot (test immunologique de référence (basé sur la technique ELISA) pour démontrer les réponses spécifiques des lymphocytes T), spécialement conçu à cette occasion, permettait de prouver l'hypersensibilité retardée à Arg 1. Quelques mois plus tard, dans la nuit, la patiente était réveillée par une violente douleur à la cheville, rapidement suivie d'une éruption urticarienne diffuse, et découvrait un spécimen d' *Argas reflexus* dans ses draps.

**Discussion.** Il s'agit de la première description d'une hypersensibilité retardée à cet allergène, sous la forme d'une cellulite de Wells, démontrée in vitro par ELISpot. L'histoire de cette patiente montre aussi un phénomène de glissement original vers une hypersensibilité immédiate de type urticaire aiguë. *Argas reflexus* est un parasite méconnu de la population générale et des médecins ; son activité est habituellement nocturne, sa piqûre volontiers indolore, et il peut passer plusieurs années sans se nourrir, ce qui lui permet de survivre à la disparition de son hôte naturel. Il est donc probable que les manifestations dont il est à l'origine soient sous-estimées.

**Conclusion** Un interrogatoire orienté (contact avec des pigeons, environnement anciennement occupé par des pigeons) devant une présentation clinique évocatrice d'un phénomène d'hypersensibilité non étiqueté peut permettre de suspecter et éventuellement confirmer la responsabilité d' *Argas reflexus* dans une dermatose restant souvent inexpliquée.

#### **PEMPHIGOÏDE BULLEUSE INDUITE PAR VILDAGLIPTINE**

A.-S. Dussouil, M.-C. Koeppel, P. Berbis

Dermatologie, APHM, Marseille, France

**Introduction.** Les pemphigoïdes bulleuses (PB) induites sont souvent décrites. Nous rapportons une PB induite par un nouvel antidiabétique oral (ADO), le vildagliptine (VG), inhibiteur des dipeptidyl-peptidases 4 (IDPP4), traitement prometteur dans le diabète de type 2.

**Observations.** Une patiente de 75 ans présentait un prurit sine materia depuis 4 mois. Elle prenait du VG depuis 2,5 ans, initialement en bithérapie avec du glucophage puis en monothérapie depuis 2 ans, des corticoïdes, béta2mimétiques et bromure d'ipratopium pour une bronchite chronique, et de l'escitalopram, un antidépresseur introduit depuis 1 semaine. Initialement un traitement par ivermectine et ascabiol était inefficace puis, ni antihistaminiques, ni dermocorticoïdes (DC) n'entraînaient d'amélioration. On retrouvait un prurit avec des lésions eczématiformes des membres et de l'abdomen associés à une hyperéosinophilie à 2851/mm<sup>3</sup>, et des anticorps anti-membrane basale (Ac antiMB) initialement à la valeur seuil. La biopsie montrait une spongiose à éosinophiles et l'immunofluorescence était négative. Six mois après, un deuxième bilan retrouvait une éosinophilie persistante, cette fois-ci associée à la présence d'Ac antiMB (titre à 800) notamment anti-BP 180 et anti-BP 230 en faveur d'une PB. Devant l'apparition lente, la résistance aux DC, le contexte d'introduction du VG, nouvel ADO et la chronologie se posait la question d'une PB induite. Le VG a donc été arrêté et les lésions ont régressé. Trois mois après l'arrêt du VG les Ac antiMB étaient négatifs. Le système national de pharmacovigilance concluait à « très vraisemblable » l'imputabilité du VG dans l'induction de la PB.

**Discussion.** En 2011, les premiers cas de PB induites sous VG et glucophage ont été rapportés, sans que la physiopathologie ne soit expliquée. Un autre cas d'éruption prurigineuse du tronc et des membres associée à une hyperéosinophilie avec élévation des IgE sous sitagliptine, autre ADO de type IDPP4, est rapporté comme une allergie au VG, mais n'exclut pas une possible PB car ni biopsie, ni dosage des Ac antiMB n'ont été effectués. La DPP4, glycoprotéine transmembranaire de nombreux tissus, a 3 fonctions : la co-stimulation des lymphocytes par l'adénosine désaminase, un rôle de peptidase avec dégradation de nombreux substrats (activité responsable de l'effet thérapeutique dans le diabète) et un rôle de gélatinase permettant l'adhésion des cellules à la matrice extracellulaire. C'est par l'inhibition de cette gélatinase que les IDPP4 entraînent une PB. Nous ignorons la physiopathologie de cette auto-immunité, il existe probablement une variabilité individuelle pour la sensibilité aux IDPP4 et des facteurs de risques restent à identifier.

**Conclusion** Les PB induites par IDPP4 doivent être connues des dermatologues et être évoquées devant tout prurit inexpliqué chez un patient diabétique étant donné la prescription croissante des IDPP4.

#### **TOXIDERMIE UNILATÉRALE CHEZ UN PATIENT HÉMIPLÉGIQUE : 1ER CAS RAPPORTÉ**

F. Delcroix, J.-P. Arnault, G. Chaby, A. Dadban, C. Lok

**Introduction.** Les toxidermies à type d'exanthème maculo-papuleux latéralisé sont rares. Survenant sur un patient hémiparalysé suite à un AVC ischémique, elles permettent d'illustrer les altérations de la réponse immunitaire survenant du côté paralysé.

**Observation.** Un patient de 49 ans était traité par pristinamycine pour un érysipèle de la jambe droite. Il était hémiparalysé droit suite à un infarctus ischémique sylvien gauche ancien, éthylo-tabagique sévère et coronarien. A J7 du traitement, apparaissait un exanthème maculo-papuleux (EMP), diffus, franchement latéralisé à gauche (côté valide) sur le tronc et les 4 membres. Il n'avait ni fièvre, ni énanthème, ni décollement cutané, ni adénopathie, ni signe de gravité général. Le bilan biologique ne montrait qu'une hyperéosinophilie à 0.6 G/L sans autre anomalie. L'analyse histologique de la biopsie cutanée montrait une dermatose eczématiforme avec nécroses kératinocytaires. On concluait à une toxidermie à type d'EMP à la pristinamycine latéralisée à droite. L'antibiotique était arrêté, permettant la régression de l'éruption en 2 semaines, sans récurrence. Aucun bilan allergologique n'a été réalisé.

**Discussion.** Les toxidermies latéralisées sur déficit neurologique d'origine vasculaire ou métastatique sont rares et peu décrites. Ont déjà été rapportés un syndrome main-pied unilatéral sous capécitabine, un syndrome main-pied unilatéral sous sorafenib, une onycholyse des ongles d'une main sous docetaxel et une folliculite du visage unilatérale (chez un patient avec paralysie faciale) sous cétuximab. Aucune toxidermie à type d'EMP unilatérale n'a pour le moment été décrite à notre connaissance.

Le mécanisme physiopathologique n'est pas connu. Les AVC ischémiques se compliquent d'un déficit immunitaire cellulaire T du côté paralysé. Il pourrait s'agir du mécanisme prédominant dans notre cas. Des tests allergologiques n'ont pas encore été réalisés, qui permettraient peut-être de mettre en évidence l'anergie cellulaire T par positivité unilatérale des IDR du côté sain. Par ailleurs, le déficit neurologique sympathique diminue la vasomotricité, diminuant le nombre de particules drainées du côté paralysé. Enfin, on ne peut exclure le facteur mécanique, la stase lymphatique étant augmentée et les microtraumatismes et frottements étant diminués du côté paralysé.

**Conclusion.** Nous rapportons un cas unique d'EMP unilatéral qui nous permet d'illustrer les mécanismes mis en jeu dans la réponse immunitaire de l'hémicorps paralysé suite à un AVC ischémique.

#### **ECZÉMA DE CONTACT MANUPORTÉ AUX PÉNICILLINES D'ORIGINE PROFESSIONNELLE CHEZ UN ÉLEVEUR DE BOVINS**

C. Poreaux 1,\*, E. Penven 2, F. François 2, C. Paris 2, A. Barbaud 1

1Dermatologie, 2Pathologies professionnelles, CHU NANCY, VANDOEUVRE LES NANCY, France

**Observations.** Un éleveur de vaches laitières de 42 ans consultait pour un eczéma aigu palpébral et du visage associé à un eczéma des mains apparu depuis 3 mois. Il le mettait en lien direct avec la manipulation de paille d'orge humide. L'enquête allergologique trouvait un contact avec la paille d'orge, le foin humide, des farines d'orge, des solutions de trempage antiseptiques iodées pour les pies des vaches et des produits de nettoyage des locaux de traite. Les patch tests (PT) réalisés en 1ère intention comprenaient la batterie standard européenne, la batterie « paupières » et tous les produits avec lesquels il était en contact. Ceux-ci retrouvaient 3 PT positifs à + à 120h à la paille d'orge humidifiée, au foin et aux poussières de paille d'orge. Les prick tests (pt) aux pneumallergènes, moisissures, orge étaient -. Dans l'hypothèse d'une moisissure commune au foin humide et à la paille d'orge, ces échantillons étaient transmis en mycologie afin d'isoler les moisissures, 5 étaient alors testées - en pt mais positives en PT à + à 48h et 96h Il s'agissait de 3 aspergillus (niger, glaucus et fumigatus). Il avait omis de préciser qu'il réalisait des injections d'antibiotiques (ATB) hebdomadaires aux bovins l'hiver. Ces soins étaient réalisés sans gants, sans faire le vide lors de la reconstitution des solutions antibiotiques de pénicilline G, injectées en IM puis massées à mains nues. Les PT à la pénicilline G (Laboratoire Chémotechnique) et à l'ATB utilisé (pénicilline diluée à 30% vaseline) étaient positifs. A l'arrêt de manipulation des ATB, toutes les lésions disparaissaient. Il ne persistait qu'un prurit lors de la manipulation de la paille d'orge.

**Discussion.** Nous rapportons le premier cas d'allergie de contact d'origine professionnelle à la pénicilline G chez un éleveur de bovins. Cette présentation clinique associant eczéma périorbitaire et eczéma de contact des mains aux bêta-lactamines d'origine professionnelle a été décrite pour la première fois en 1984, puis rapportée chez des infirmières, chez un vétérinaire et un dentiste. La localisation est liée soit au manuportage, soit à des contacts aéroportés lors de mauvaises techniques de reconstitution des ATB. Par ailleurs, nous mettons en évidence une sensibilisation à l'Aspergillus qui, même s'il n'est pas responsable de l'ensemble de la symptomatologie agit probablement comme facteur aggravant. Dans la littérature, seul un cas d'eczéma de contact aéroporté avec PT+ aux moisissures a été décrit.

**Conclusion.** Devant un eczéma des mains ou du visage chez un éleveur de bovins, nous recommandons de rechercher et tester par PT la batterie « antiseptique » et les bêta-lactamines comme chez les infirmières !

## **COMMUNICATIONS**

### **PSYCHODERMATOLOGIE**

#### **SOMMES-NOUS TOUS CORTICOPHOBES ? EVALUATION DE LA CORTICOPHOBIE AUPRES DE SOIGNANTS PARTICIPANTS AUX JOURNEES FRANÇAISE D'EDUCATION THERAPEUTIQUE (ETPDAY).**

H. Aubert-Wastiaux, C. Segard, C. Bernier, S. Barbarot, J.-F. Stalder

**Introduction.** Malgré l'efficacité démontrée des dermocorticoïdes (DC) au cours de la dermatite atopique (DA), la corticophobie est identifiée comme une des principales causes de la mauvaise adhésion au traitement (1). Pour mieux comprendre ce phénomène une étude prospective réalisée auprès de patients, de parents et de soignants a confirmé la fréquence, et l'origine multifactorielle de la corticophobie (2). A partir des items recueillis par la

technique des « focus group » un score d'évaluation de la corticophobie (TOPICOP) a été construit comportant 12 questions explorant craintes et croyances des patients vis-à-vis des DC. Cette échelle a été testée montrant de bonnes qualités métriques et des propriétés psychométriques satisfaisantes (3).

L'objectif de l'étude a été d'évaluer la position des soignants (médecins et pharmaciens) à l'égard des DC en administrant TOPICOP en pré et post test à un groupe de soignants participant à la journée nationale d'éducation thérapeutique dans l'eczéma (ETPDay) le 14 novembre 2013.

**Patients et méthodes.** Dans le cadre d'un pré-test de Développement Professionnel Continu (DPC) 152 pré-inscrits (72 dermatologues, 28 pédiatres, 30 pharmaciens) ont rempli le score TOPICOP. 217 ont répondu au post-test (109 dermatologues, 53 Pédiatres, 55 pharmaciens)

**Résultats.** Au plan des connaissances lors du pré test: 73% des dermatologues, 75% des pédiatres et 90% des pharmaciens attestent que les DC passent dans le sang. 63% des dermatologues, 50% des pédiatres et 59% des pharmaciens déclarent que les DC favorisent les infections.

Au plan des craintes: les peurs (application sur les paupières, crainte que les patients utilisent une dose trop importante, et finalement peur irraisonnées) sont exprimés par 25 à 40% des praticiens et jusqu'à 78% des pharmaciens.

Au plan des comportements (mettre le DC le plus tard possible) : 12% des dermatologues, 39% des pédiatres et 55% des pharmaciens le recommandent.

Le post test réalisé après la journée de formation a sensiblement modifié les réponses améliorant de 55% à 80% les scores portant sur les connaissances, les craintes, les croyances et les comportements.

**Discussion.** Parmi les facteurs évoqués pour expliquer la corticophobie, la variabilité des discours des médecins et des soignants en charge des enfants atopiques est volontiers avancée. Les résultats de cette enquête montrent que les craintes des soignants concernant l'usage des DC sont globalement fortes avec une corticophobie exprimée plus élevée chez les pharmaciens.

L'amélioration spectaculaire des réponses au post test montre qu'il est possible de faire évoluer la position des soignants à condition de leur fournir une information équilibrée en terme de rapport bénéfice risque. Nos résultats sont à rapprocher des constatations publiées par un consensus d'expert anglais (4) soulignant que les craintes véhiculées par les soignants amplifie la corticophobie et de la faible observance des patients et des familles atopiques.

## **STRUCTURE D'ATTACHEMENT DANS LA DERMATITE ATOPIQUE : ETUDE DESCRIPTIVE ET APPLICATIONS CLINIQUES. ETUDE DE 80 PATIENTS.**

T. Sage.

Cabinet privé, Rond Point de la nation, 21000 DIJON

**Introduction.** La dermatite atopique apparaît préférentiellement avant l'âge de cinq ans, et évoluant vers la guérison après l'adolescence dans plus de 90% des cas. L'origine de cette amélioration spontanée n'est pas clairement établie dans cette dermatose multifactorielle dont l'étiopathogénie reste encore à déterminer (maturation du système immunitaire ?).

Les liens avec le psychisme sont certains : retentissement psychologique important avec altération de la qualité de vie, aggravation voire déclenchement des poussées par le stress, amélioration des lésions par psychothérapie.

L'observation de la nature de la structure d'attachement est importante dans le domaine de la psychopathologie. Elle est encore peu réalisée dans le domaine de la pathologie organique.

Nous avons étudié la structure d'attachement chez des adultes atteints de dermatite atopique.

**Méthodes.** Nous avons étudié la structure d'attachement de 80 adultes ayant présenté dans l'enfance une dermatite atopique, 40 d'entre eux ayant une guérison de celle-ci depuis l'adolescence, 40 autres présentant une pérennisation des crises d'eczéma.

L'évaluation de l'attachement a été réalisée avec un autoquestionnaire (CAMIR de PIERREHUMBERT) et la cotation de l'entretien d'attachement avec la méthode Q-SORT selon KOBAK. Nous avons également mesuré les symptômes psychopathologiques associés avec l'échelle SCL90-R, le niveau d'anxiété avec l'inventaire trait-état de SPIELBERGER (STAIY) et le coping avec le WCC-R de VITALIANO. Les IgE totales ont été dosées.

**Résultats / Discussion.** Les sujets avec dermatite atopique ayant débutée avant trois ans n'étaient pas plus insécures que ceux avec un début plus tardif de leur dermatose. Ceci fait évoquer la possibilité d'une absence de retentissement sur la structure d'attachement d'une dermatite atopique apparaissant dans les premières années de vie, contrairement à ce qui est noté dans toute pathologie chronique d'apparition précoce. Il est alors supposé un effet positif des soins cutanés sur la nature de la relation de la dyade mère-enfant.

Par contre, le retentissement ultérieur de la dermatite atopique chez l'adulte était important, avec augmentation d'une insécurité préoccupée en termes de représentations d'attachement, une augmentation des scores de toutes les dimensions psychopathologiques mesurées et une recherche anxieuse de soutien à l'extérieur. Ce retentissement était d'autant plus important que les IgE étaient élevées, ceci n'étant pas uniquement le reflet de la gravité de la maladie.

Les adultes présentant une dermatite atopique pérennisée étaient structurellement plus insécures que ceux qui avaient guéris : si nous considérons l'aspect stable dans le temps de la structure d'attachement, ces résultats positionneraient celle-ci en tant que possible facteur dispositionnel prédictif dans l'évolution de la dermatite atopique.

Le score de sécurité des patients guéris était d'autant plus élevé que les IgE étaient normales.

Un phénomène d'interaction entre le système d'attachement et le système adaptatif au stress, à dépendance développementale commune sur certains aspects, est évoqué. Le rôle des IgE reste à déterminer.

En termes de psychologie de la santé, la structure d'attachement pourrait être considérée comme un facteur dispositionnel susceptible d'influer l'évolution de la dermatite atopique

## ISOTRETINOÏNE ET DÉPRESSION : ÉTUDE PROSPECTIVE CONTRÔLÉE EN PRATIQUE DERMATOLOGIQUE DE VILLE PAR MESURE ITERATIVE DU SCORE ADRS (ADOLESCENT DEPRESSION RATING SCALE).

F. Guibal<sup>1</sup>, M. Jachiet<sup>1</sup>, C. Juillard<sup>1</sup>, F. Cordoliani<sup>1</sup>, I. Morailon<sup>1</sup>, A.-M. Heudes<sup>2</sup>, F. Ramel<sup>3</sup>, M. Baccard<sup>1</sup>, M. Bagot<sup>1</sup>, D. Lehucher Ceyrac<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Saint Louis, Paris, <sup>2</sup> Cabinet, Montreuil, <sup>3</sup> Cabinet, Sèvres, France

**Introduction.** Le risque de dépression induit par l'isotrétinoïne est sujet à controverse. Nous rapportons les résultats de la première étude prospective contrôlée en pratique de ville utilisant le score ADRS (Adolescent Depression Rating Scale) chez 186 adolescents traités pour un acné par isotrétinoïne ou traitement antibiotique.

**Matériel et Méthodes:** L'objectif de l'étude était de comparer le risque de dépression entre les patients traités par isotrétinoïne et les patients traités par antibiotique. Le critère principal de jugement était le score ADRS mesuré de manière répétée au cours du traitement à J0, M1/2 et M5/6, (ADRS $\leq$ 2 : pas de dépression, ADRS 3-5 : dépression infraclinique, ADRS  $\geq$ 6 : dépression avérée). Les critères secondaires de jugement étaient le score ADRS en fonction de la dose totale d'isotrétinoïne reçue et de la durée totale de traitement.

**Résultats.** 152 patients ont reçu de l'isotrétinoïne et 34 un traitement par antibiotiques per os. Six cas de dépression ont été observés dans le groupe isotrétinoïne chez des patients dont le score ADRS était normal avant la mise en route du traitement, aucun dans le groupe contrôle. L'analyse statistique de l'ensemble des données est en cours.

**Discussion.** Notre étude ne montre pas de différence statistique sur le score ADRS entre les 2 groupes, ni de corrélation avec la durée et la dose totale d'isotrétinoïne reçue. Elle retrouve cependant une fréquence de dépression sous isotrétinoïne de 3,9%, en accord avec le risque de 1 à 4% rapporté dans la littérature. Le suivi longitudinal des patients a permis d'observer la survenue de dépressions en cours de traitement par isotrétinoïne chez des patients dont le score ADRS pré-thérapeutique était normal et alors que les lésions d'acné s'amélioraient, dépressions qui se sont amendées après arrêt du traitement.

**Conclusion.** Le profil d'évolution dans le temps des dépressions survenues chez 3,9% des patients traités par isotrétinoïne montre que ces dépressions n'avaient pas de liens avec l'acné, puisqu'elles n'existaient pas avant la mise sous traitement, apparaissaient alors que l'acné s'améliorait et disparaissaient dans les jours suivant l'arrêt du traitement.

## CONSEQUENCES DE L'ACNÉ SUR LE STRESS, LA FATIGUE, LES TROUBLES DU SOMMEIL ET L'ACTIVITÉ SEXUELLE

L. Misery<sup>1</sup>, Pi. Wolkenstein<sup>2</sup>, J.-M. Amici<sup>3</sup>, R. Maghia<sup>4</sup>, S. Branchoux<sup>5</sup>, C. Cazeau<sup>5</sup>, J.-J. Voisard<sup>5</sup>, C. Taïeb<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Service de Dermatologie, CHU de Brest, Brest, France; <sup>2</sup> Service de Dermatologie, hôpital Henri Mondor, Créteil, France ; <sup>3</sup> cabinet privé de dermatologie, Bordeaux, France ; <sup>4</sup> cabinet privé de dermatologie, Brive, France ; <sup>5</sup> Laboratoires Pierre Fabre, Boulogne, France

**Introduction.** L'acné est une maladie fréquente dont le retentissement sur la qualité de vie est bien connu. De même, la co-morbidité psychiatrique associée, en particulier dépressive, est bien connue. En revanche, les conséquences de l'acné sur le sentiment d'être stressé est moins bien connu, celles sur l'activité sexuelle sont peu connues et celles sur le sommeil et la famille sont inconnues.

**Patients et méthodes.** Nous avons réalisé un sondage sur un échantillon représentatif de la population française de 15 à 69 ans (10 084 personnes). Sur les 2266 personnes de 15-24 ans, nous avons comparé ceux qui avaient un acné (1375) à ceux qui n'en avaient pas (891) pour répondre à ces questions. Afin de comparer un acné sévère (71 personnes) et un acné léger ou modéré (2038 personnes), nous avons utilisé la base de données des 15-34 ans.

**Résultats.** Si la qualité du sommeil n'était pas modifiée, les patients ayant un acné se sentaient significativement plus stressés que les autres et plus fatigués le matin, alors que la fréquence de leurs rapports sexuels était moindre. Ces résultats étaient confirmés après ajustement à l'âge et au sexe. Notre étude ne montrait pas que la sévérité de l'acné aggravait ces difficultés. La fatigue matinale était associée à l'état de stress mais pas une activité sexuelle moindre.

**Discussion.** L'acné a donc un retentissement sur le sentiment d'être stressé, mais aussi sur l'activité sexuelle et la fatigue matinale. Le retentissement sur l'activité sexuelle est probablement la conséquence d'une moins bonne estime de soi. L'association de l'acné à la fatigue matinale n'a jamais été rapportée à notre connaissance. Elle pourrait être un signe de dépression et est liée au stress.

## Cas clinique

### PSYCHODERMATOLOGIE

#### SENSATIONS CUTANÉES ANORMALES : NE PAS TROP VITE SE LIMITER AU CARACTÈRE PSYCHOGENE

L. Misery

Service de Dermatologie, CHU de Brest, Brest, France

**Introduction.** Les sensations cutanées anormales et atypiques peuvent être psychogènes, c'est-à-dire être uniquement ou principalement causées par des facteurs psychologiques, émotionnels et comportementaux. Il faut d'ailleurs évoquer cette étiologie possible d'emblée, d'une part parce qu'elle est fréquente, d'autre part parce que cela facilite beaucoup la discussion du diagnostic et de la prise en charge ensuite. Néanmoins, il ne faut pas se limiter d'emblée à ce diagnostic étiologique au motif qu'il n'y a pas de signe cutané et qu'il existe un contexte psychologique particulier, comme le montrent les cas cliniques suivants.

**Observations.** N°1 : Une femme de 76 ans se présentait en consultation pour des douleurs et des décharges électriques du cuir chevelu qu'elle attribuait d'emblée au stress lié à un conflit familial aigu. Une IRM cervicale était réalisée devant la topographie des troubles sensitifs, évoquant une névralgie en C2. Celle-ci montrait une lésion lytique vertébrale, qui se révélera ensuite être liée à un cancer du sein métastatique. La patiente a refusé ce diagnostic et donc tout traitement.

N°2 : Un patient de 24 ans présentait des douleurs intermittentes du gland légèrement aggravées par la miction évoluant depuis cinq mois. Des bilans biologiques successifs ne retrouvaient pas d'élément en faveur d'une infection. L'urétroscopie ne montrait pas d'anomalie. Le patient avait reçu des antalgiques, des antibiotiques (azithromycine, quinolones), des antifongiques locaux ou systémiques et des corticoïdes locaux sans succès. L'examen physique ne montrait aucune lésion dermatologique ni de zone d'hypoesthésie. Le diagnostic de psychalgie dans un contexte de sentiment de culpabilité important était évoqué. En reprenant l'interrogatoire, les douleurs concernaient aussi, dans une moindre mesure, le périnée, les fesses et les cuisses. L'IRM réalisée dans l'hypothèse d'une compression des racines sacrées montrait un volumineux kyste de Tarlov associé à un méga cul-de-sac laminant les racines S2-S3 à droite et à gauche.

N°3 : Une femme de 58 ans souffrait d'une vulvodynie et d'une dyspareunie depuis plus de 10 ans, qui s'aggravaient. En consultation de psychodermatologie, il apparaissait vite que cette patiente avait une relation fusionnelle avec sa mère autant qu'avec sa fille, allant jusqu'à confondre ses propres problèmes gynécologiques et les siens. Plus tard, elle expliquera qu'elle était régulièrement violée par son ancien mari et elle faisait facilement le lien entre cette situation et ses troubles actuels. Les entretiens psychothérapeutiques et un traitement par sertraline permettaient une amélioration des symptômes. Toutefois, ils persistaient et étaient aggravés par la position assise. L'IRM montrait un kyste de Tarlov mais en regard de S1. L'exploration neurophysiologique périnéale montrait une latence du bulbo-caverneux allongée et des potentiels évoqués somesthésiques clitoridiens anormaux, en faveur d'une névralgie pudendale. Toutefois, les infiltrations n'ont eu aucune efficacité.

**Discussion.** Ces trois observations montrent que, malgré un contexte psychologique particulier, d'authentiques neuropathies peuvent être présentes. Cela ne remet aucunement en cause l'existence de douleur ou de prurit psychogène, ni d'une participation psychique à ces symptômes, mais cela souligne la nécessité d'un examen et d'un interrogatoire attentif. Autant des symptômes mal systématisés doivent faire évoquer une névrose de conversion (hystérie) au cours de laquelle il ne faut surtout pas multiplier les examens, autant une localisation assez précise doit faire rechercher un problème neurologique sous-jacent, même si des facteurs psychiques sont évidents.