



XII^{ème} Congrès de la Société Malgache de Dermatologie V^{ème} Congrès International de l'Océan Indien de la Dermatologie

Antananarivo, du 10 au 12 novembre 2014

R 01. Vieillesse cutané: mécanisme et mode de présentation chez les Malagasy

F Rapelanoro Rabenja

Service de Dermatologie Allergologie et Pathologies Sexuellement Transmissibles, HJRB - CHU Antananarivo

Le vieillissement cutané est composé de deux types : le vieillissement intrinsèque ou chronologique et le vieillissement extrinsèque liés à des facteurs externes.

- Le premier correspond aux modifications observées sur les zones protégées du soleil chez tous les individus mais avec des variations interindividuelles génétiquement déterminées. Le vieillissement cutané résulte de phénomènes complexes déterminés tant génétiquement (théorie génétique du vieillissement) que par des facteurs de l'environnement conduisant à des anomalies du génome et/ou de l'organisation cellulaire et tissulaire (théorie stochastique du vieillissement). Ces deux processus sont étroitement associés et dans les deux cas la production d'espèces réactives de l'oxygène (ERO) conduisant à un stress oxydatif semble un élément déterminant du vieillissement de la peau. Le vieillissement cutané intrinsèque ou chronologique se caractérise dans tous les cas par une atrophie dermique et épidermique, une sécheresse cutanée, souvent génératrice d'un prurit, une réduction de l'élasticité cutanée, des ridules et de fines rides, une fragilité capillaire et cutanée. Avec l'âge on note également une diminution du nombre de follicules pileux, et les follicules restant apparaissent plus petits en diamètre et poussent plus lentement, et une diminution des glandes annexes de la peau avec en conséquence une réduction de la sudation et de l'hydratation cutanée.

Le vieillissement intrinsèque inclut aussi le vieillissement hormonal. La ménopause est responsable de modifications voisines de celles induites par le vieillissement chronologique et différentes de celles du vieillissement photo-induit.

Ainsi on peut schématiquement dire que le vieillissement hormonal de la peau aggrave et accélère le vieillissement cutané chronologique. A l'heure actuelle le vieillissement hormonal de la peau est considéré comme étant uniquement dû à la carence œstrogénique. Il n'existe pas d'études prouvant le rôle de la carence en progestérone dans le vieillissement cutané.

Le vieillissement lié aux facteurs externes est composé du Vieillesse actinique ou héliodermie. Il se superpose au vieillissement intrinsèque au niveau des zones chroniquement exposées au soleil. Ce type de vieillissement est devenu une préoccupation importante dans nos sociétés. Sur la peau chroniquement insolaire (visage, dos des mains et des avant-bras) apparaissent d'abord des tâches pigmentées, des rides et des télangiectasies sur peau caucasienne et surtout des dermatosis papulosa nigra, ptose des paupières, inversion du nez et dilatation des pores sur peau pigmentée. Lorsque les dommages s'aggravent la peau devient épaisse, jaunâtre, plus sèche, les rides se creusent ; la peau est aussi le siège d'une pigmentation irrégulière associant des tâches hyper- et hypopigmentées. Ces différentes modes de présentation sont décrites et analysées dans ce travail. Le vieillissement lié au tabac représente un autre exemple de vieillissement extrinsèque. La peau du tabagique est blafarde, jaunâtre d'aspect proche de la peau d'héliodermie avec sur le visage une multiplication des télangiectasies. La formation de rides est également très accélérée par rapport à un sujet non tabagique du même âge.

Les études ont montré que les ultraviolets B et les ultraviolets A contribuent aux dommages à l'origine du vieillissement cutané et en particulier aux lésions d'élastose solaire. Le rayonnement ultraviolet, par des phénomènes de photosensibilisation endogène, entraîne un stress oxydatif par une production excessive d'ERO dans toutes les cellules cutanées et au niveau de la matrice extra-cellulaire du derme. Cette produc-

tion excessive dépasse les capacités des systèmes de défense antioxydante endogène conduisant à un stress oxydatif intense. On pense aujourd'hui que ce stress oxydatif, et en particulier celui induit par les ultraviolets A (320-400 nm), joue un rôle essentiel dans la pathogénie de l'héliodermie.

Les ERO induisent en effet une peroxydation des lipides des membranes cellulaires, des dommages à l'ADN et des altérations des protéines modifiant leurs capacités fonctionnelles. Les ERO activent ainsi différentes voies de signalisation cellulaire en rapport avec la croissance, la différenciation des cellules cutanées et la dégradation du tissu conjonctif. En particulier, les ERO entraînent l'expression et la sécrétion de métalloprotéinases matricielles qui interviennent dans la dégradation de différents composants de la matrice extracellulaire dermique, expliquant les anomalies morphologiques du collagène et des fibres élastiques qui caractérisent histologiquement l'héliodermie. Le stress oxydatif et les métalloprotéinases jouent un rôle également dans le vieillissement cutané induit par le tabac.

Par ailleurs d'autres travaux ont montré que le stress oxydatif peut induire des mutations de l'ADN mitochondrial et intervenir dans le raccourcissement des télomères, deux mécanismes également proposés comme facteurs impliqués dans les processus du vieillissement normal et de l'héliodermie.

Toutes ces données soulignent l'importance qui est aujourd'hui donnée au stress oxydatif dans les processus de vieillissement.

R 02. L'urticaire

Ana Teresa Cruz

Portugal

L'urticaire c'est une des multiples maladies, est frontalière, entre les allergologues et dermatologues. C'est un syndrome qui augmente en fréquence et prévalence. La définition de l'urticaire et sa classification, selon la EAACI. L'urticaire peut être spontané (Aiguë ou Chronique), physique et les autres. Les physiques sont divisées en urticaire à froid, urticaire à chaud, urticaire de pression retardé, urticaire solaire, dermatographisme et urticaire/angioedème vibratoire. Les autres formes d'urticaire sont l'urticaire de contact, urticaire aquagénique, urticaire cholinergique et l'urticaire/anaphylaxie induite par l'exercice. Les facteurs plus fréquents à l'urticaire aiguë sont les infections, l'alimentation, les médicaments, le venin des hyménoptères et des insectes, l'exercice, le "stress" et les additifs. Les facteurs les plus fréquents de l'urticaire chronique spontané sont: auto-réactivité, les infections à Anisakis ou Helicobacter, réaction d'hypersensibilité non allergique, allergie ou auto-allergie et l'urticaire chronique idiopathique. Les maladies qui font D.D. avec Urticaire. Chronique sont mastocytose, érythème polymorphe solaire,

urticaire familial à froid, vasculites, dermatomyosite, eczéma de contact, érythème fixe à médicaments, exanthème viral, Syndrome de Muckle-Wells, Syndrome de Schnitzler, syndrome de Gleich, Syndrome de Wells et érythème morbilliforme mineur. Le diagnostic, l'histoire, l'examen objectif et les examens complémentaires. Le Score de l'activité clinique de l'urt.(UAS7). La physiopathologie et le traitement, la directive de Galen/EAACI/AAAAI/WAO, guidelines pour le traitement de l'urticaire.

R 03. Chromomycose au stade avancé : trois cas d'errance diagnostique

M Andrianarison, I Ranaivo, A Rakotonaivo, LS Ramarozatovo, F Rapelanoro Rabenja
USFR Dermatologie CHU - HJRB

Introduction. La chromomycose cutanée est une mycose dermo-épidermique sévissant surtout dans les pays tropicaux. Madagascar en est un pays à forte endémicité. Malgré sa fréquence, elle est sous diagnostiquée car reste méconnue par les médecins généralistes, à l'origine d'une errance de diagnostic considérable. Nous rapportons trois observations de chromomycose du membre inférieur au stade avancé

Observations. Le premier cas était un homme de 43 ans, cultivateur, sans antécédents particuliers, vivant au nord-Est de Madagascar, présentant des lésions végétantes multiples sur la jambe droite et le pied droit, évoluant depuis treize ans. Deux tentatives d'exérèse chirurgicales étaient réalisées, mais sans résultats. Les lésions étaient bourgeonnantes, mamelonnées, suintantes et crouteuses et parfois hémorragiques. Le deuxième cas était un homme de 44 ans, cultivateur, vivant dans le Sud de l'île. Il présentait des lésions ulcéro-bourgeonnantes suintantes multiples, peu sensibles évoluant depuis huit ans, associée à une altération de l'état général. Il était traité avec des antituberculeux durant six mois sans amélioration notable. Le troisième cas était homme de 33 ans, cultivateur, originaire du Sud-Est de Madagascar, présentant des lésions bourgeonnantes, hémorragiques touchant toute la jambe droite, évoluant depuis treize ans. Ces patients étaient traités avec des antibiotiques locaux et oraux mais sans amélioration. Dans les trois cas, l'histologie cutanée et l'examen mycologique objectivaient la présence de corps fumigoides faisant poser le diagnostic de chromomycose.

Discussion. La chromomycose est une mycose profonde endémique à Madagascar. Le pays en est un grand foyer mondial. Les agents responsables sont *le Fonsecaea pedrosoi* au Nord et à l'Est de l'île ; *le Cladosporium carrionii* au Sud. Dans nos cas, l'aspect clinique des lésions, leur mode évolutif, l'origine géographique des cas, leurs professions (cultivateurs), et la localisation podalique des lésions mènent au diagnostic. Malheureusement, l'état évolutif très avancé dû au retard diagnostique constitue un grand problème

thérapeutique.

Conclusion. Une étude clinico-mycologique sur les mycoses profondes avec la chromycose et la sporotrichose à Madagascar est actuellement en cours de réalisation par l'USFR de dermatologie de Befelatanana, le Centre d'Infectiologie Charles Mérieux, la faculté de Médecine d'Antananarivo et la faculté de Médecine de Grenoble afin de mieux connaître ces pathologies endémiques à Madagascar, d'en faciliter le diagnostic précoce et la prise en charge.

R 04. Recommandation sur la prise en charge de la dermatite atopique en 2014 : De l'American Academic of Dermatology à notre pratique

F Rapelanoro Rabenja

Service de Dermatologie Allergologie et Pathologie Sexuellement Transmissible

HJRB - CHU Antananarivo

La dermatite atopique ou eczéma atopique désigne les manifestations inflammatoires cutanées chroniques et/ou récidivantes associées à l'atopie, trait héréditaire polygénique très prévalent, dont les diverses manifestations cliniques (dermatite atopique, rhinite allergique et asthme) touchent environ un tiers de la population générale. C'est une dermatose chronique et récidivante qui se rencontre surtout chez le nourrisson et l'enfant. Classiquement, elle se manifeste par des lésions érythémato-vésiculeuses, prurigineuses, facilement reconnaissable par sa topographie spécifique. Au niveau des zones convexes, visage, face d'extension des membres avant deux ans et au niveau des plis de flexion, coude et creux axillaires après deux ans [1]. Si le phénotype cutané de l'atopie (dermatite/eczéma) est facilement identifiable, il nécessite, si on le soumet à une analyse descriptive, de proposer des critères de diagnostic qui sont cliniques et surtout anamnestiques. Bien que la dermatite atopique soit plus fréquente dans les pays froids ou tempérés, elle semble en progression dans les zones urbaines surpeuplées. L'atopie est une prédisposition héréditaire du système immunitaire à privilégier des réactions d'hypersensibilité médiées par les immunoglobulines E (IgE) vis-à-vis d'antigènes communs dans l'alimentation, l'environnement extérieur ou domestique. Les antigènes susceptibles de déclencher une hypersensibilité IgE-dépendante, ou allergènes, sont suffisamment spécifiques du phénomène atopique pour être dénommés atopènes. Ils varient cependant selon les conditions socioculturelles et d'environnement des populations étudiées. La pénétration des atopènes est possible à travers la peau et les muqueuses, malgré un poids moléculaire élevé, en raison d'une activité protéasique intrinsèque. En fonction de la voie de pénétration, on distingue les aéroallergènes qui peuvent être inhalés ou agir au contact de la peau et les trophallergènes ingérés, des réactions croisées pouvant survenir entre des atopènes inhalés et ingérés. Les trophallergènes sont les plus préva-

lents chez le nourrisson, puis les aéroallergènes deviennent majoritaires chez l'enfant et l'adulte.

Dans une affection chronique comme la dermatite atopique, la demande des malades ou de leurs parents est importante à cerner pour obtenir une adhésion au projet thérapeutique. Le rôle de la fonction de barrière est très importante. Souvent, les familles sont désemparées en raison d'une carence d'informations, de conseils contradictoires, ou d'ordonnances complexes et non expliquées. Les perturbations du sommeil de l'enfant mais aussi de ses parents et de la vie familiale causées par l'eczéma peuvent créer des difficultés pour un développement harmonieux de la personnalité de l'enfant. Une information sur la nature de la maladie et son évolution, suivie d'une explication ou mieux d'une démonstration pratique du traitement, ont un effet de dédramatisation salutaire. Les explications doivent être simples et spécifiques sur les divers segments du traitement, et répétés pour les points clés. Des documents de vulgarisation, des projections vidéo peuvent être d'un appoint utile. Il est important de procéder à une évaluation très soignée de la prise en charge antérieure et à une analyse structurée de l'histoire de la maladie, car la dimension individuelle du problème, en particulier des facteurs d'aggravation, est essentielle. Nous présentons ici les dernières recommandations dans la Prise en charge de la Dermatite atopique.

1. LF Eichenfield et al Guidelines of care for the management of atopic dermatitis. Diagnosis and assessment of AD. *J Am Acad Dermatol* 2014;70;338-351

R 05. Lupus sur peau pigmentée : Quelle particularité ?

F Rapelanoro Rabenja, IM Ranaivo, J Ramihalinoro, LS Ramarozatovo

Service de Dermatologie Vénérologie - CHU JRB - Faculté de Médecine - Université Antananarivo Madagascar

Le lupus est une pathologie fréquente sur peau pigmentée. Le développement de la dermatologie en Afrique a permis d'améliorer le diagnostic.

Le caractère affichant du lupus sur peau noire, qu'il soit érythémateux aigu, chronique, cutané volontiers discoïde ou érythémateux disséminé (plus rare), est lié bien évidemment à la dyschromie majeure des lésions actives ou séquellaires souvent achromiques généralement au centre et hyperpigmentées en périphérie.

L'érythème en vespertilio peut être trompeur et simuler un chloasma; le recouvrement de l'arête nasale, le caractère aigu, l'association à des signes généraux et articulaires doivent alerter le clinicien.

La caractéristique du lupus est de pouvoir observer l'érythème malgré la pigmentation du sujet noir, en raison de l'atrophie cutanée.

Le lupus subaigu se caractérise par une importante hyperchromie volontiers persistante qui se rapproche de l'érythème pigmenté fixe ou de l'érythème polymor-

phe. Leur topographie permet d'orienter le diagnostic. Le lupus bulleux est de diagnostic différentiel difficile avec les précédentes affections mais aussi avec le lichen notamment sur les muqueuses labiales.

Il existe un risque de cancérisation qui demeure faible. Le traitement est complexe car les dermocorticoïdes sont peu efficaces sur les lésions de lupus discoïde et entraînent des dyschromies encore plus marquées; les antipaludéens de synthèse et la disulone sont souvent contre-indiqués en raison d'un déficit en glucose-6-phosphatedéshydrogénase (G6PD) fréquent chez la population de race noire.

En dehors de ces contextes, la prise en charge est la même que sur peau caucasienne.

R 06. Les mycoses profondes à Madagascar

LS Ramarozatovo*, A Andrianarison,* C Razafindrakoto**, T Rasamoelina**, I Ranaivo*, M Rakoto Andrianarivelo**, B Contamin**, M Cornet***, F Rapelanoro Rabenja*.

*USFR dermatologie HU Befelatanana, **Centre d'Infectiologie Charles Mérieux Ankatso, ***Faculté de Médecine de Grenoble

Les mycoses profondes sont des pathologies infectieuses fréquentes en zones tropicales et subtropicales. Il s'agit d'infections mycosiques à localisation cutanée et sous cutanée, parfois à dissémination systémique. La chromomycose, la sporotrichose et le mycétome sont les plus fréquemment rencontrées à Madagascar. Elles restent cependant méconnues par la majorité des médecins malgaches. Avec le développement de la dermatologie à Madagascar depuis ces dernières années, de plus en plus de cas sont diagnostiqués et référés en milieu spécialisé. Ce sont des pathologies d'inoculation touchant surtout les forestiers et les cultivateurs. Madagascar est un grand foyer mondial de la chromomycose dont les principaux foyers sont le nord et la partie est de l'île ainsi que sud et le sud ouest. Les deux principaux agents pathogènes identifiés sont le *Fonsecaea pedrosoi*, *Cladophialophora carrionii*. Par ailleurs, la sporotrichose est une mycose profonde due au *sporothrix schenckii*, touchant surtout les régions des hauts plateaux de Madagascar. La présentation clinique typique est la forme cutanéolymphatique avec des chapelets de lésions nodulaires ulcéro-croûteuses à trajet lymphatique sur un membre. Cette la maladie méconnue par les médecins existe à Madagascar depuis des années et peut toucher tous les âges. Enfin, le mycétome est la troisième mycose profonde rencontrée à Madagascar notamment dans les régions semi-arides au sud du pays. Il peut être fongique ou actinomycosique. On peut observer cliniquement une tumeur sous cutanée ou une volumineuse tuméfaction bosselée d'un segment de membre avec de multiples fistules d'où s'échappent des grains. De très nombreux cas de mycoses profondes existeraient partout dans l'île mais non référé en milieu spécialisé. Un projet d'é-

tude clinico-biologique, mycologique et en biologie moléculaire sur la chromomycose et la sporotrichose est actuellement en cours de réalisation, fruit de la collaboration entre l'USFR de Dermatologie de l'Hôpital universitaire de Befelatanana, le Centre d'Infectiologie Charles Mérieux d'Ankatso, la faculté de Médecine d'Antananarivo la faculté de Médecine de Grenoble afin d'avoir une meilleure connaissance de ces pathologies, d'identifier les agents causals et d'en assurer une prise en charge optimale. L'objectif à long terme est d'inclure la prise en charge de cas mycoses profondes dans le cadre d'un véritable programme national.

R 07. Neurofibromatose de type 1 révélée par un angiome capillaire conjonctival

RF Volamarina, L Raobela, P Bernardin, V Andriantsoa Service Ophtalmologie, HUIJRA, CHU Antananarivo, Madagascar

La neurofibromatose de type 1 est une phacomatose, maladie congénitale intéressant les dérivés des crêtes neurales. L'angiome capillaire est une maladie congénitale intéressant les capillaires artériels ou veineux sous forme de tumeur. Les deux pathologies ont des manifestations cliniques différentes et leur coexistence au sein d'un même organe est relativement rare. L'objectif est de rafraichir la mémoire concernant ces pathologies à partir de ce cas clinique. Nous allons vous rapporter le cas d'une fille âgée de 17 ans qui s'est présentée au service d'ophtalmologie pour un saignement à répétition de la conjonctive et dont l'examen a permis de révéler une association de neurofibromatose et d'angiome capillaire. L'examen clinique et para clinique complet de l'œil et de tout le corps est essentiel pour ne pas passer à coté du diagnostic.

R 08. Purpura sous anti-épileptiques : rechercher une aplasie médullaire.

S Andriamiharisoa, H Rakotomalala, D Vololontiana Service de Médecine interne, CHU Joseph Raseta Befelatanana, Antananarivo

Introduction. Les antiépileptiques (AE) sont souvent responsables de trouble de l'hémogramme. Les aplasies médullaires demeurent rares mais graves. Nous rapportons un cas d'aplasie médullaire sur AE.

Observation. Il s'agissait d'un homme de 22 ans, hospitalisé dans le service de Médecine interne, CHU Befelatanana, pour dyspnée d'effort. Le patient était épileptique, traité alternativement par Valproate de Sodium (VS) puis Carbamazépine (CBZ). Il se plaignait depuis 2 mois de gingivorragie de moyenne abondance. Des crises convulsives sérielles motivaient son médecin à traiter le patient par VS. On notait l'aggravation de la gingivorragie. L'apparition d'une dyspnée d'effort motivait son hospitalisation. La clinique retrouvait une pâleur cutanéomuqueuse, une gingivorragie, et des purpuras pétéchiaux au niveau des membres supé-

rieurs et du tronc. Les bilans révélèrent une pancycopénie avec anémie macrocytaire normochrome à 4,6 g/dL, une leucopénie à 4,6 G/L, avec neutropénie à 0,3 G/L. Le médullogramme montrait une moelle pauvre, avec hypoplasie érythroblastique. Le diagnostic d'aplasie médullaire (AM) sur CBZ et VS était retenu. L'évolution était marquée par le décès du patient après 3 mois d'évolution.

Discussion. Les patients sous AE présentent un risque accru d'AM selon la littérature. L'AM survient en général pendant la première année de traitement sous Carbamazépine. Le délai de survenue de l'AM et le manque de recul par rapport à l'arrêt de la CBZ ne permettent pas de confirmer cette origine. Le traitement est similaire à celui des AM idiopathiques.

Conclusion. L'examen cutané est important dans le suivi des patients sous AE pour dépister précocement une AM.

R 09. Purpura thrombopénique amégacaryocytaire acquis simulant un purpura thrombopénique idiopathique : à propos de deux cas

IM Ernestho-ghoud, M Dodo, A Rakotonaivo, M Andrianarison, H Rakotoharivelo, IM Ranaivo, OH Rakotonirainy, LS Ramarozatovo, F Rapelanoro Rabenja

Service de Dermatologie Vénérologie - CHU JRB - Faculté de Médecine - Université Antananarivo Madagascar

Introduction : Le purpura thrombopénique amégacaryocytose acquis (PTAA) est une affection rare, caractérisée par une thrombopénie sévère et une amégacaryocytose médullaire. Notre objectif est de rapporter deux cas de PTAA simulant un purpura thrombopénique idiopathique (PTI).

Observation 1 : Un homme âgé de 20 ans, était hospitalisé pour un syndrome hémorragique. Il avait une sclerodermie systémique cutanée limitée, traitée avec des Corticoïdes systémiques et Colchicine pendant trois mois. L'hémogramme objectivait une thrombopénie sévère à 6000/mm³. Le médullogramme montrait l'absence de mégacaryocytes. Un PTAA était retenu par un effet idiosyncrasique de la Colchicine.

Observation 2 : Une femme âgée de 24 ans, présentait un syndrome hémorragique avec une thrombopénie à 10 000/mm³. Était retenu un PTI traité par Corticoïdes. L'examen clinique retrouvait un érythème malaire en versperilio typique du visage, une hémorragie oculaire bilatérale et des signes d'engagement cérébraux. L'hémogramme révélait une thrombopénie. Le médullogramme objectivait l'absence des mégacaryocytes. Un LES avec atteinte cutanée, hématologique et neurologique était retenu.

Discussion : Nos observations illustraient la similarité des manifestations cliniques d'un PTAA à celles d'un PTI. La confusion diagnostique était donc possible entre ces deux affections, ce qui doit inciter, en cas de

doute, à faire un myélogramme pour déterminer l'origine périphérique en cas de PTI, avec des mégacaryocytes normaux voire élevés au myélogramme. Les causes de PTAA sont nombreuses incluant les médicaments dans la première observation et le LES dans la deuxième observation (1).

Conclusion : Une thrombopénie n'était pas systématiquement d'origine périphérique. Le médullogramme était indispensable pour poser le diagnostic.

Référence :

1. Patel M, et al. Acquired amegakaryocytic thrombocytopenia in a patient with occupational chemical exposure. *Am J Ther* 2014 ; 21(1): e17-20.

R 10. Mycosis fongoïde : maladie méconnue à Madagascar

A Rakotonaivo, M Andrianarison, IM Ranaivo, LS Ramarozatovo, F Rapelanoro Rabenja
Service Dermatologie CHU - JRB

Introduction : Les lymphomes cutanés sont des lymphomes non hodgkiniens extra nodaux débutant et prédominant au niveau de la peau. Le mycosis fongoïde est le plus fréquent des lymphomes cutanés. C'est une maladie très rare, méconnue à Madagascar. Nous rapportons 4 observations de mycosis fongoïde vu dans le service de Dermatologie du CHU- JRB.

Observations : Le premier patient était une femme de 76 ans sans antécédents médico-chirurgical particulier. Elle présentait des plaques pigmentées et squameuses prurigineuses du dos, abdomen, membres évoluant depuis 2006, en aggravation depuis 2 mois environ, non améliorées par les anti-H1 et Dermocorticoïdes. L'histologie cutanée avait montré des signes évocateurs d'érythème pré-mycosique. L'évolution sous methotrexate pendant 3 ans était très favorable. Le deuxième cas était un homme de 61 ans hypertendu grade III à haut risque cardio-vasculaire traitée par diurétique et IEC. Il avait des plaques érythémateuses au niveau des oreilles, de la nuque associées à une lésion ichtyosiforme lamellaire sèche au niveau de la face antérieure des jambes évoluant depuis Mars 2012. Deux premières biopsies cutanées étaient non contributives pour le diagnostic et c'est à la troisième histologie cutanée qu'un épidermotropisme était trouvé posant le diagnostic de mycosis fongoïde. L'évolution sous méthotrexate et émollient était favorable au bout de 2 mois. Le troisième cas était un homme de 47 ans, insuffisant rénal chronique stade IV de la MRC sur néphropathie diabétique et hypertensive. Il était sous traitement par insuline, diurétique, antagoniste de récepteur de l'angiotensine II, bêta-bloquant et vasodilatateur. Il avait présenté des multiples lésions érythémato-papuleuses pigmentées excoriées associées à des placards pigmentés infiltrés du dos, des placards pigmentés bien délimités prurigineux des 2 jambes. Le tout évoluait dans un contexte de prurit féroc. Il n'y avait pas des signes systémiques associés. L'examen

histologique cutanée avait montré un aspect de mycosis fongoïde. Le traitement par dermocorticoïde et émollient pendant 8 mois avait permis une évolution favorable des lésions. Le troisième cas était un homme de 77 ans hypertendu grade III sous inhibiteur de l'enzyme de conversion et diurétique. Il avait plaques érythémato-papuleuses très prurigineuses des avant bras, bras, partie inférieure du dos, évoluant depuis 2012 traitées par dermocorticoïde itérative. La biopsie réalisée à la deuxième fois avait montré un aspect compatible avec un mycosis fongoïde. L'évolution sous méthotrexate pendant un mois était très favorable. Dans tous les cas, les bilans d'extension étaient négatifs.

Discussion : Notre série met en évidence les difficultés à faire le diagnostic de mycosis fongoïde. Les signes cliniques au stade de début peuvent faire évoquer un simple eczéma du sujet âgé résistant au traitement. Des biopsies cutanées répétées peuvent être nécessaire pour établir le diagnostic. Une confrontation anatomo-clinique est souvent nécessaire..

Conclusion : Le mycosis fongoïde est rare. Son diagnostic est histologique nécessitant une confrontation anatomo-clinique facilement accessible dans notre pays.

R 11. La sclérodémie systémique en milieu hospitalier malgache

IM Ernestho-ghoud, M Andrianarison, O Rahamefy, IM Ranaivo, LS Ramarozatovo, F Rapelanoro Rabenja
Service de Dermatologie Vénérologie - CHU JRB - Faculté de Médecine - Université Antananarivo Madagascar

Introduction : La sclérodémie systémique (ScS) est une maladie auto-immune rare, méconnue à Madagascar [1]. Notre objectif était de décrire les aspects épidémiocliniques des cas de ScS vus au CHU de Befelatanana.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective, descriptive et multicentrique pendant une période de 10 ans allant de 2003 à 2013 au CHU de Befelatanana. Etaient inclus, les cas de ScS diagnostiqués en accord avec les critères de classification de l'ACR 1980 et/ou ceux établis par LeRoy/Medsger 1988.

Résultats : Vingt un cas de ScS étaient retenus avec un sex-ratio de 0,23. Sa prévalence était de 0,012% des patients hospitalisés. L'âge moyen était de 36,76 ans avec des extrêmes allant de 10 à 60 ans. Les formes cutanées diffuses étaient observées chez dix patients. La pneumopathie interstitielle était présente chez quatorze patients, l'HTAP concernait cinq patients et la crise rénale sclérodermique pour un patient. La tamponnade associée à la dilatation de la cavité cardiaque droite touchait deux patients. L'anticorps antitopoisomérase I était positif chez quatre patients sur neuf et l'anticorps anticentromère pour un patient

sur quatre. Nous avons enregistré trois décès et dont les principales causes étaient l'atteinte pulmonaire et cardio-vasculaire.

Discussion : Notre étude soulignait la rareté de la ScS, les jeunes âges des patients par rapport aux populations d'origines afro-américaines. Les caractéristiques cliniques et biologiques étaient très proches : plus forte prévalence de formes cutanées diffuses, de pneumopathie interstitielle diffuse, d'HTAP, d'anticorps anti-topoisomérase I, faible fréquence des anticorps anticentromère, un taux important de décès.

Conclusion : La sclérodémie systémique est une pathologie rare mais grave nécessitant une prise en charge multidisciplinaire.

Référence :

Moroyandsa FL et al. Profil épidémioclinique de la sclérodémie observée à Antananarivo : une série de 21 cas. *Ann. Dermatol. Vénéreol* 2011. S33-S113. C 131.

R 12. La Tuberculose cutanée : une polymorphisme clinique et un diagnostic difficile

V Andriananja, S Andriamiharisoa, IM Ranaivo, LS Ramarozatovo, F Rapelanoro Rabenja
Service de Dermatologie Vénérologie - CHU JRB - Faculté de Médecine - Université Antananarivo Madagascar

Introduction. La tuberculose est une maladie qui reste endémique à Madagascar. La localisation cutanée est une forme fréquemment rencontrée. Elle se présente sous deux formes bien distinctes : la forme multibacillaire et la forme paucibacillaire. Sa prévalence est encore inconnue à Madagascar. Nous rapportons 2 cas de tuberculose cutanée observées dans le service de dermatologie.

Observation. Le premier cas était un homme de 36ans, qui présentait deux ganglions ulcérés et suppurés siégeant au niveau de la région sous mandibulaire et claviculaire droite survenue depuis 1 mois. Ce patient avait une toux chronique avec amaigrissement non chiffrée évoluant depuis 1 mois. La biologie montrait un syndrome inflammatoire avec CRP élevée à 53 mg/dl. L'histologie cutanée montrait la présence d'un amas de cellules épithélioïdes et de cellules géantes de Langhans avec nécrose caséuse. Le diagnostic d'adénite tuberculeuse était retenu. Il s'agit d'une forme multibacillaire de la tuberculose cutanée.

Le deuxième cas était une femme de 43 ans, qui présentait des lésions érythémato-papuleuses vasculaires infiltrées en partie croûteuse tumorale en placard à surface irrégulière bosselée en vespertilio avec déformation du nez en "patate". Le tout était survenu depuis 6 ans dans un contexte d'altération de l'état générale, avec antécédent de toux chronique non documenté. La biologie montrait un syndrome inflammatoire avec CRP élevé à 45 mg/dl. La

radiographie thoracique était normal. L'image histologique était un granulome tuberculoïde sans nécrose caséuse. Le diagnostic de lupus tuberculeux était retenu. Il s'agit d'une forme paucibacillaire de la tuberculose cutanée.

Conclusion. La tuberculose cutanée peut se présenter sous plusieurs formes cliniques. L'adénite tuberculeuse, le scrofuloderme, et le lupus tuberculeux sont les formes cliniques les plus rencontrées. Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments clinico-biologiques, confirmé par l'examen anatomo-pathologique à la recherche de BAAR et l'examen anatomo-pathologie par la présence de granulomes épithélioïde et nécrose caséuse. La multiplicité des formes cliniques ainsi que la difficulté de mise en évidence de l'agent pathogène mycobactérien rendent difficile le diagnostic.

R 13. Les cheveux dans tous ses états

F Rapelanoro Rabenja

Service de Dermatologie Vénérologie - CHU JRB -
Faculté de Médecine - Université Antananarivo Madagascar

Les différents types de chevelures résulteraient d'une adaptation aux climats régionaux.

La forme du follicule qui produit le cheveu est une caractéristique génétique et elle influence la répartition des différentes couches de kératine dans le cheveu :

- un follicule rond, allongé et perpendiculaire à la surface de la peau va former un cheveu rond et lisse ;
- un follicule de coupe ovale et légèrement tordu en forme de virgule va produire un cheveu plus plat et frisé ;
- un follicule elliptique et pas du tout perpendiculaire à la surface (comme couché sous la peau) produira un cheveu crépu.

Les cheveux sont donc naturellement plutôt frisés (européen), lisses (asiatique) ou crépus (africain), mais avec le brassage des populations, on compterait aujourd'hui huit types de cheveux différents.

Un nouveau-né possède plus de 1 000 follicules pileux par cm². Cette densité se réduit au cours du temps et arrive à moins de 500 entre 30 et 50 ans. Les cheveux ne poussent pas continuellement mais selon un rythme cyclique et périodique qui peut varier selon l'individu, son âge et les saisons.

Les phases de croissance (phase anagène), de régression (phase catagène) et de repos (phase télogène) se succèdent. Cette dernière phase aboutit à la mort et à la chute du cheveu, suivi d'une nouvelle pousse.

La croissance du cheveu s'effectue par différents cycles, distincts les uns des autres. Le cycle pileux comprend :

- La phase anagène est la phase de croissance du cheveu. C'est la partie la plus longue du cycle pileux puisqu'elle dure de 2 à 5 ans. La très grande majorité des cheveux présents sur notre tête est donc en pha-

se anagène.

- La phase catagène est une phase de repos pendant laquelle le cheveu cesse d'évoluer. Elle dure environ 3 semaines, ce qui est considérablement peu par rapport à la phase précédente.

- La phase télogène, enfin, va aboutir après plus ou moins 3 mois à la mort et à l'expulsion du cheveu – qui va laisser la place à un nouveau follicule en phase anagène. Ce sont les cheveux en phase télogène que nous trouvons chaque jour sur notre brosse ou au fond du lavabo, mais que nous perdons aussi tout au long de la journée.

En dehors de cette évolution normale, plusieurs pathologies peuvent s'exprimer à travers les cheveux. Ces pathologies peuvent être d'origine génétique comme le pili torti dans le syndrome de Netherton, ou congénitale comme l'hamartome sébacée de Jahdasson ou liée au stress comme la pelade. D'autres pathologies générales peuvent s'exprimer en premier lieu au niveau des cheveux, comme la teigne (infectieux), le psoriasis, la syphilis, la folliculite fibreuse de la nuque, l'eczéma de contact...

Nous rapportons une vue globale du mode de présentation de la pathologie du cheveu et du cuir chevelu dans notre exposée.

R 14. Les cancers cutanés épithéliaux et mélaniques diagnostiqués à l'UPFR d'anatomie et cytologie pathologiques de l'HU/JRA

TM Ravelomampitoniarivony, VF Ranaivomanana, TF Andriamampionona, NS Randrianjafisamindrakotroka

UPFR d'anatomie et cytologie pathologique de l'HU/JRA

Introduction. Les cancers cutanés épithéliaux et mélaniques sont rares sur peau noire mais de pronostic plus sévère que ceux sur peau blanche. L'objectif de cette étude est de décrire les profils épidémiologique et anatomo-pathologique des cancers cutanés épithéliaux et mélaniques diagnostiqués sur biopsies cutanées à l'UPFR d'Anatomie et Cytologie Pathologiques de l'HU/JRA.

Matériels et méthodes. Nous avons mené une étude rétrospective et descriptive de 5 ans (du 1er Août 2009 jusqu'au 31Août 2014) des biopsies cutanées parvenues dans notre laboratoire.

Résultats. Sur les 693 biopsies cutanées, 48 sont des cancers cutanés épithéliaux et mélaniques (7%), dont 29 carcinomes épidermoïdes (60%), avec 1 cas associé à une chromomycose, 10 carcinomes basocellulaires (21%), 8 mélanomes (17%), et 1 carcinome mixte basocellulaire et épidermoïde (2%). Le sex-ratio est égal à 1. L'âge moyen des patients est de 56 ans avec des extrêmes de 24 et 95 ans.

Discussion. Le carcinome épidermoïde est le plus fréquent des cancers cutanés épithéliaux et mélaniques en Afrique [1, 2]. Dans notre série, il n'y a pas de

prédominance de genre, alors que la littérature note une prédominance masculine marquée, sur l'ensemble de ces cancers [3]. L'âge moyen de nos patients est supérieur à celui de la littérature qui se situe entre 40 et 50 ans [4].

Conclusion. L'examen histologique tient une place prépondérante dans le diagnostic et l'évaluation du pronostic des cancers cutanés.

R 15. Vaccins Bactériens / Immunomodulation

Antonio Simoes Torres
Portugal

Les infections des voies respiratoires, soit chez l'enfant soit chez l'adulte, sont l'une des principales causes de l'absentéisme scolaire et au travail. Les infections respiratoires aiguës de l'enfant est la pathologie la plus fréquente pour le pédiatre, provoquant de la morbidité et en certain cas peut devenir une maladie chronique. Chez l'adulte, surtout dans des groupes porteurs de comorbidités chroniques sont une cause importante de morbidité et de mortalité. Ainsi la prévention de l'infection joue un rôle trop important dans la pratique clinique.

C'est dans ce contexte que les vaccins bactériens se sont développés dans les années 70 et leur usage médical dans les années 80. La recherche scientifique des dernières années a permis une meilleure connaissance du système immunitaire inné et acquis ainsi qu'une meilleure compréhension du mécanisme d'action des vaccins bactériens, malgré la grande quantité de questions qui restent sans réponse, étant donné la multiplicité de médiateurs impliqués.

Il est désormais reconnu que les vaccins bactériens provoquent une stimulation locale du système immunitaire surtout aux dépens des cellules dendritiques "résistantes" – cellule T régulatrices, stimulant également le système immunitaire associé aux muqueuses à travers leur tissu lymphoïde. On cherche atteindre des points concrets comme l'épithélium, cellules dendritiques, cellule B, cellules plasmiques, les cellules T et les cellules N K ainsi que les cellules dendritiques des muqueuses. L'efficacité du vaccin pourra ne pas être indifférente à leur voie d'administration.

Malgré le normal fonctionnement du système immunitaire (inné et acquis) seulement environ 30% de la population a une réponse immunitaire aux agents pathogènes tels que le *Staphylococcus* et la *Klebsiella* en étant nécessaire une lourde charge bactérienne capable de provoquer une réponse significative. Celle-ci est une des fonctions des vaccins bactériens.

Pour évaluer l'efficacité clinique des patients soumis à cette thérapeutique ont été sélectionnés deux groupes de patients (enfants souffrants d'asthme et avec infection de répétition des VAS et adultes avec DPOC) avec évaluation clinique par le médecin et par les patients ou la famille, quand il s'agit d'enfants, au bout de deux ans. Les résultats obtenus dans les deux groupes de

patients ont été franchement positifs en renforçant l'opinion que l'usage d'immunostimulants, en plus d'être très bien tolérés, s'ils sont utilisés avec toute la rigueur, pourront constituer un outil important pour le médecin, avec des avantages évidents pour le patient.

R 16. Mise au point sur les lymphomes cutanés primitifs

FT Andriamampionona, VHF Ranaivomanana, NS Randrianjafisamindrakotroka.
UPFR Anatomie et Cytologie Pathologique, HU Joseph Ravoahangy Andrianavalona. Faculté de Médecine d'Antananarivo. Madagascar

Les lymphomes cutanés primitifs (LCP) sont par définition des lymphoproliférations qui touchent exclusivement la peau au moment du diagnostic. Ils constituent un groupe hétérogène avec des caractéristiques cliniques, histologiques, moléculaires, phénotypiques, pronostiques et thérapeutiques différentes qui les distinguent entre elles et des formes ganglionnaires. La classification histopronostique OMS établie en 2008 tient compte de ces spécificités et en identifie plusieurs variétés. Les lymphomes cutanés épidermotropes de phénotype T CD3+, CD4+, regroupant le mycosis fongoïde et ses variantes sont les plus fréquents et sont plutôt de pronostic favorable. Leur diagnostic histologique est parfois difficile car les anomalies cellulaires sont souvent minimes. Le syndrome de Sézary constitue une forme leucémique du mycosis fongoïde et est de pronostic péjoratif. Les lymphoproliférations T CD 30+, non épidermotropes, regroupant la papulose lymphomatoïde et le lymphome anaplasique, constituent une originalité cutanée. Les lymphomes cutanés B comprennent les formes indolentes comme le lymphome centrofolliculaire et le lymphome B de la zone marginale et les formes de haut grade de malignité comme le lymphome B à grandes cellules de type jambe et des formes plus rares comme le lymphome B intra vasculaire. La biopsie cutanée est fondamentale dans la confirmation diagnostique, la classification histopronostique et l'élimination des diagnostics différentiels comme les pseudolymphomes ou les localisations cutanées d'une hémopathie. En plus de la clinique, l'histologie et l'immunophénotypage forment la pierre angulaire du diagnostic.

R 17. Lichen plan cutané persistant associé à une hépatite C. Difficulté diagnostique et thérapeutique

A Rakotonaivo, M Andrianarison, IM Ranaivo, LS Ramarozatovo, F Rapelanoro Rabenja F
Service Dermatologie CHU - JRB

Introduction : Le lichen plan est une maladie inflammatoire d'évolution chronique et récidivante, généralement bénigne, atteignant la peau, les phanères et les muqueuses malpighiennes. L'association d'un lichen plan cutané et une infection virale à l'hépatite C est

rare. Nous rapportons une observation d'un lichen plan associé à une infection virale à l'hépatite C chez une femme malgache de 58 ans.

Observation : Il s'agissait d'une femme de 58 ans, venue en consultation le mois de Juin 2014 pour des lésions érythémato-squameuses suintantes très prurigineuses, au niveau des membres inférieurs, du dos et de la ventre, rebelles au dermocorticoïde et émoullients évoluant depuis le mois de Mai 2012. Dans ses antécédents, on notait un vitiligo généralisé débutant en 1991 et non traité. Elle avait des antécédents d'hospitalisation en avril 2014 pour des lésions squamo-croûteuses et œdèmes des membres inférieurs bilatéraux très inflammatoires et douloureux. Le diagnostic retenu était un érysipèle dont l'évolution sous antibiothérapie pendant 21 jours était favorable. Par ailleurs, on avait découvert fortuitement au cours de cette hospitalisation une infection virale à l'hépatite C avec ARN viral égal à 1351691 UI/L associée à une cirrhose hépatique non décompensée score CHILD-PUGH A₅ et un score METAVIR A₃F₄ indiquant un traitement antiviral mais non fait faute de moyen financier. L'examen physique au mois de Juin 2014 avait montré un état général conservé. Il n'y avait pas d'ictère ni d'ascite et hépato-splénomégalie. Elle avait des lésions achromiques bien limitées au niveau du bras, dos de la main droite et gauche, abdomen, région lombaire, jambes associées à quelques lésions de repigmentation en pastille. Elle avait également des lésions érythématosquameuses et très prurigineuses, mal limitées en périphérie des lésions achromiques. L'examen anatomo-pathologique avait montré un aspect compatible avec un lichen plan. Au total, il s'agissait d'une femme de 58 ans présentant un vitiligo généralisé, un lichen plan cutané associé à une infection virale par le virus de l'hépatite C. Son traitement associait un dermocorticoïde classe II et émoullient. L'évolution était marquée par la persistance des lésions cutanées.

Conclusion : L'association d'un lichen plan cutané et une infection par le virus de l'hépatite C est rare. Il n'y a pas de différence clinique entre les formes associées à l'hépatite C ou non associées. L'histologie cutanée doit confirmer le diagnostic. Le traitement antiviral de l'hépatite C est indispensable pour la régression des lésions cutanées malheureusement non réalisable chez la patiente pour cause de problème pécuniaire. L'évolution est ici défavorable malgré les traitements topiques administrés.

R 18. Mise au point de la détection de la cryoglobuline au laboratoire d'immunologie DU CHU-JRA
M Rakotoarison (1), R K Randriamahazo (2), Rajaonatahina Davidra (3), J Andrianavalona (2), AO Rakoto Alson (4), A Rasamindrakotroka (5)

1 Interne en Biologie médicale de l'UPFR d'Immunologie, 2 Chef de travaux en Immunologie, 3 Ancien chef de travaux de l'UPFR d'Immunologie CHU-JRA, 4 Professeur agrégé en Hématologie CHU-JRA, 5 Directeur

Pédagogique du département de Biologie à la Faculté de Médecine d'Antananarivo. UPFR immunologie

Introduction : Les cryoglobulines sont des immunoglobulines ou des complexes immuns qui précipitent à une température inférieure à +37 °C et se redissolvent à +37 °C. Parfois asymptomatiques, leur traduction clinique est préférentiellement cutanée qui est quasi-constante avec des manifestations articulaire, rénale ou neurologique.

Matériels et méthode : Le but de notre étude est de mettre en place au laboratoire d'immunologie du CHU-JRA, la technique de détection de la cryoglobuline allant de la phase pré-analytique, la mise en évidence, la quantification, le typage, la classification, et l'interprétation.

Résultats et discussion : La phase pré-analytique est l'étape la plus importante nécessitant un prélèvement, un transport et un temps pour la rétraction des caillots avant de centrifuger les échantillons, le tout à +37°C. Les résultats sont rendus au bout de 10 jours après analyse de deux aliquotes entreposées à +4 °C. Le typage par immunofixation est réalisé sur l'isolat présentant la concentration supérieure à 0,05g/l. Ensuite classer le patient en type I, type II et type III selon la classification de Carrer, permettant l'orientation de la cause.

Conclusion : Des liens forts existent entre le type de cryoglobuline identifié par le laboratoire et la symptomatologie clinique ou la maladie causale ce qui confèrent à cet examen un intérêt indéniable.

R 19. Les lésions palpébrales observées chez l'enfant observées dans les laboratoires d'anatomie et cytologie pathologiques d'Antananarivo

O Laza*, O Randrianjafisamindrakotroka**, TF Andriamampionona*, HE Razafindrafara***, CR Rahariso Vololonantenaina****, A L Ramiandrasoa*****, NS Randrianjafisamindrakotroka*

*UPFR d'Anatomie et Cytologies Pathologiques CHU JRA, **UFR d'Ophthalmologie CHUJRA, ***Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques de l'Institut Pasteur de Madagascar, ****Service d'anatomie Pathologique CENHOSOA, *****Laboratoire d'Anatomie Pathologique SALFA

Introduction : Les lésions de la paupière chez l'enfant nécessitant une biopsie sont rares. Le plus souvent, ces sont des lésions bénignes, et une simple exérèse suffit pour le traitement. Parfois elles peuvent être révélatrices de lésions graves, nécessitant une prise en charge spécialisée.

But : Analyser les particularités épidémiologiques et anatomopathologiques des lésions palpébrales chez l'enfant à Madagascar et inciter les cliniciens de faire une biopsie même devant une lésion supposée banale.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, menée sur une période de 6 ans (Janvier 2007 à

Décembre 2012) dans les quatre laboratoires d'Anatomie et Cytologie Pathologiques d'Antananarivo. Pendant cette période, 256 cas de lésions oculaires ont été colligés dont 36 cas lésions palpébrales de l'enfant.

Résultats : Parmi les 36 cas (soit 14%), 13 sont des garçons et 23 des filles soit un sex-ratio de 0,56. L'âge moyen des patients a été de 8,25 ans avec extrême de 2 à 15 ans. A l'examen histologique, nous avons observé 9 kystes épidermiques (25%), 7 hémangiomes capillaires (14,44%), 5 naevus (13,88%), 3 cas chacun (8,33%) de kyste dermoïde et de kyste sébacé et 1 cas (soit 2,77%) respectivement de pilomatrixome, de lymphome folliculaire, de tuberculose et de cysticercose. Les 5 restants (13,88%) sont des inflammations non spécifiques.

Un certain nombre de nos résultats sont conformes à ceux de la littérature, d'autres semblent plus spécifiques de notre pays.

Conclusion : Les tumeurs de la paupière sont souvent bénignes chez l'enfant, mais la survenue de malignité est possible. En zone d'endémie comme Madagascar, pour les inflammations, la tuberculose et la cysticercose ne doivent pas être ignorées.

R 20. Toxidermies aux antiépileptiques vues à l'unité de Dermatologie de Befelatanana

O Rahamefy, IM Ernestho-ghoud, M Andrianarison, IM Ranaivo, LS Ramarozatovo, F Rapelanoro Rabenja
Unité de Dermatologie Centre Hospitalier Universitaire de Befelatanana

Introduction : Les toxidermies peuvent engager le pronostic fonctionnel et vital dans les formes sévères. Les antiépileptiques (AE) sont responsables des toxidermies graves dans 28,57% des cas dans notre service. Notre objectif était de décrire l'implication du mode d'utilisation des AE dans la survenue des toxidermies.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective à l'unité de Dermatologie pendant 10 mois (Novembre 2013-Aout 2014). Etaient inclus, tous les dossiers des patients atteints de toxidermies impliquant un AE répondant aux critères d'imputabilités extrinsèques et intrinsèques.

Résultats : Cette étude montrait une prévalence de 4,39% (n=12). Les AE étaient mal utilisés chez 66,67% (n=8) patients (doses d'emblée élevées et/ou mauvaises indications). Dans les 33,33% (n=4) cas d'AE bien utilisés, la Carbamazépine était responsable de 25% (n=3) de cas de toxidermies. Nous avons enregistré 66,66% (n=4) cas de DRESS syndrom, le Syndrome de Lyell et l'érythème maculo-papuleux représentait respectivement 25% (n=3) cas chacun et l'érythrodermie 8,33% (n=1) cas. Le Génotypage et le dosage plasmatique des AE étaient non disponibles dans notre pays.

Discussion : Les AE étaient prescrites de façon inopportune et non raisonnée dans notre étude. Plus de

la moitié des toxidermies étaient évitables. Pourtant, une prédisposition génétique pourrait exister dans les toxidermies induites par les AE bien utilisés chez les Malgaches comme chez les Asiatiques et les Européens du Nord.

Conclusion : Cette étude soulignait l'intérêt de la prévention primaire par l'introduction progressive des AE, une prévention secondaire par leurs évictions et une formation médicale continue en Epileptologie.

R 21. Les taches hypochromiques chez l'enfant

LS Ramarozatovo, F Rapelanoro Rabenja;
USFR de dermatologie - HUUJB, Antananarivo

Résumé. Les taches hypochromiques ou hypopigmentées sont des motifs fréquents de consultation en dermatologie pédiatrique. Elles peuvent être localisées ou diffuses, congénitales et génétiques dans le cadre de génodermatoses ou syndrome congénital défini, ou acquises d'origine infectieuse, inflammatoire et ou post-traumatique. Les étiologies des taches hypochromiques chez l'enfant les plus fréquemment rencontrées à Antananarivo sont ici revues.

La recherche étiologique doit comprendre un examen clinique minutieux cutané et général complété dans certains cas par des examens paracliniques orientés. L'utilisation de la lumière de Wood peut s'avérer nécessaire dans certains cas pour orienter le diagnostic. Les taches hypochromiques acquises les plus rencontrées d'origine infectieuses sont la dermatophytie, les lésions de pityriasis versicolor. La lèpre et la syphilis sont des causes plus rares et toujours à éliminer. Des macules hypochromiques acquises peuvent aussi être post-inflammatoires succédant à des lésions de dermatite atopique, de psoriasis. L'eczématides en est une étiologie très fréquente. Il ne faut jamais écarter la possibilité d'une origine auto-immune comme le lupus érythémateux ou la dermatomyosite surtout en cas d'association avec des signes systémiques. Le lichen scléroatrophique notamment vulvaire chez la petite fille ou les morphées sont à évoquer si les lésions sont brillantes, lisses et scléreuses. Divers traumatismes notamment des agressions physiques, par brûlure ou l'action des UV occasionnent dans certains cas des macules claires chez les enfants. Enfin, le vitiligo est de plus en plus rencontré chez l'enfant avec un phénomène de Koebner évident dans la majorité des cas. Les étiologies congénitales ne sont pas rares comme l'hamartome anémique ou l'hamartome achromique. Si les taches claires sont multiples, on peut penser à un piebaldisme ou à une sclérose tubéreuse de Bourneville surtout si on trouve d'autres signes cutanés tels les angiofibromes ou les plaques « peau de chagrin ». En cas d'aspect hypochromique diffus, l'albinisme oculocutané est de diagnostic aisé. D'autres syndromes congénitaux sont à l'origine d'aspect hypochromique diffus comme le syndrome de Menkes ou de Chediak-Higashi.

Les taches hypochromiques chez l'enfant sont d'étiologie multiples et il faut référer en milieu spécialisé les cas en cas de doute diagnostique.

R 22. Toxidermie chez les personnes infectées par le VIH : réalités et difficultés

M Raberahona, RA Rakotoarivelo, F Andrianjafison, A Rasolonjatovo, RL Andrianasolo, MJD Randria
Service des Maladies Infectieuses, Hôpital Joseph Raseta Befelatanana Antananarivo

Introduction. Les toxidermies sont 100 fois plus élevées chez les patients infectés par le VIH. Nous rapportons 4 cas de toxidermie parmi les patients infectés par le VIH que nous suivons.

Observations. Le premier patient était un homme de 28 ans dont le VIH était découvert en 2006. Il était mis sous Ténofovir, Emtricitabine et Névirapine en janvier 2012. Des signes de nécrose épidermique toxique imputables à la Névirapine apparaissaient à J19. Le deuxième était un homme de 27 ans dont le VIH était découvert en 2009. Le patient était mis sous quadrithérapie antituberculeuse. A J7, le patient présentait une éruption érythémateuse du visage obligeant à la réintroduction progressive des antituberculeux et le décalage de l'introduction des antirétroviraux. Le troisième était une femme de 30 ans avec un VIH diagnostiqué en janvier 2008 sous Zidovudine, Lamivudine, Efavirenz et Cotrimoxazole. Un traitement antituberculeux a été introduit en février pour une miliaire tuberculeuse. A J2, la patiente présentait une éruption urticarienne obligeant l'arrêt des antirétroviraux et du cotrimoxazole. Le quatrième était une femme de 42 ans diagnostiquée en juin 2009. Elle était mise sous Ténofovir, Lamivudine, Lopinavir/ritonavir et Cotrimoxazole. Une éruption maculopapuleuse était apparue obligeant l'arrêt du Cotrimoxazole qui était le médicament imputé.

Conclusion. Le diagnostic de l'infection à VIH se fait à un stade d'immunodépression avancée dans la majeure partie des cas à Madagascar. La fréquence des infections banales mais également opportunistes à ces stades impliquent l'utilisation accrue d'antibiotiques et d'antifongiques, ceci augmente les risques de réactions médicamenteuses avec les antirétroviraux ainsi que l'intolérance médicamenteuse. Cependant, les alternatives thérapeutiques sont limitées et rendent aléatoire la prise en charge des ces malades.

R 23. Un cas de mélanome associé à un vitiligo chez un Malgache

IM Ranaivo (1), M Andrianarisoa (1), IM Ernestho-Ghous (1), LS Ramarozatovo (1), F Rafaramino (2), F Rapelanoro Rabenja (1)

(1) *USFR Dermatologie - Rhumatologie, CHU d'Antananarivo - Madagascar*, (2) *USFR Oncologie, CHU d'Antananarivo - Madagascar*

Introduction : Le mélanome malin est le premier cancer cutané mortel. Le vitiligo est une leucodermie multifactorielle mais surtout d'origine auto-immune. Nous rapportons ici un cas d'association de mélanome et de vitiligo vue dans le service de Dermatologie du CHU Antananarivo.

Observation : Une femme de 44ans, cultivatrice, sans antécédent particulier, présentait depuis 2012 une lésion tumorale pigmentée du talon droit traitée par exérèse chirurgicale. En 2013 la lésion réapparaissait associée à une tuméfaction inguinale droite ferme et indolore. Elle bénéficiait par la suite d'une deuxième intervention chirurgicale dont l'histologie de la pièce opératoire révélait un mélanome. Six mois plus tard apparaissaient de façon progressive des lésions achromiques bien limitées, asymptomatiques du visage, du décolleté. L'examen clinique retrouvait une patiente en bon état général, elle présentait une lésion pigmentée irrégulière ulcéro-croûteuse du talon droit, des lésions achromiques du visage, du décolleté, des bras, de cuisses et en regard de la tuméfaction inguinale droite. Elle avait par ailleurs une masse dure douloureuse de 10 cm de grand axe adhérente au plan profond. Le reste de l'examen clinique était sans particulier. Le bilan d'extension retrouvait des signes en faveur de métastases hépatiques ainsi que des adénopathies d'allure nécrotique sur la chaîne iliaque droite. Il s'agissait alors d'un mélanome acral. Stade IV évoluant depuis deux ans associé à l'apparition récente d'un vitiligo. Elle était mise sous dermocorticoïdes ainsi qu'un traitement palliatif pour le mélanome. Malheureusement elle est décédée 2 mois plus tard.

Discussion : Le mélanome est un cancer cutané grave d'évolution rapide et mortel. L'apparition de vitiligo au cours d'un mélanome témoigne d'une réponse immunologique contre les mélanocytes

Conclusion : Malgré l'association du mélanome et du vitiligo, le pronostic du mélanome reste toujours fatal.