



ALGORITHMES DE TRAITEMENTS POUR L'APPROCHE DE LA PREMIÈRE LIGNE DERMATOLOGIQUE

PAR LE CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE – CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE – SERVICE DE DERMATOLOGIE

PRINTEMPS 2018

Production

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Auteurs

Sara-Élizabeth Jean, MD FRCPC

Carolina Fernandes, MD MA FRCPC

Maude Lépine, B.Sc. inf.

Service de dermatologie du CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Collaboratrice

Suzanne Brochu, M.Sc. Chargée de projet pour l'accès priorisé aux services spécialisés

Direction des services professionnels du CIUSSS de l'Estrie - CHUS

© Service de dermatologie du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2018

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition de mentionner la source.

AVANT-PROPOS

À tous les généralistes du CIUSSS de l'Estrie,

Nous savons combien la dermatologie représente un défi dans la pratique de médecine générale et nous avons en haute estime tout le travail de collaboration existant entre nos deux services. Nous savons qu'il y a un grand besoin d'éducation en dermatologie et, malgré notre petit nombre d'effectifs, nous travaillons très fort à offrir chaque jour un service plus accessible et de meilleure qualité pour les patients de notre région.

C'est en toute collaboration et afin de mieux vous soutenir dans la prise en charge de première ligne dermatologique que nous avons conçu cet ouvrage. Dans ce dernier, vous trouverez de multiples algorithmes et résumés sur les principales techniques et conditions dermatologiques. Comme nous savons que la reconnaissance des pathologies est parfois difficile, nous avons développé, pour chaque condition, différentes descriptions et photographies qui, nous l'espérons, pourront vous donner un coup de main.

Est-ce que le guide aborde toute la dermatologie? Bien sûr que non! La dermatologie est une spécialité très vaste qui englobe des centaines de pathologies. Ce que nous voulons vous offrir, c'est un repère de pratique pour les conditions les plus fréquentes abordées sur une vision de prise en charge de première ligne. Le service de dermatologie poursuivra la prise en charge des dermatoses sévères, graves, réfractaires et rares, bien entendu.

Bonne consultation!

Le service de dermatologie du CIUSSS de l'Estrie-CHUS
Printemps 2018

TABLE DES MATIÈRES

TECHNIQUES DE BASE EN DERMATOLOGIE.....	6
EXAMEN CUTANÉ COMPLET.....	7
COMMENT RÉDIGER UNE RÉFÉRENCE EN DERMATOLOGIE?.....	8
CRYOTHÉRAPIE (AZOTE LIQUIDE).....	9
COMMENT FAIRE UNE CULTURE MYCOLOGIQUE DE SQUAMES?.....	10
COMMENT CALCULER L'ÉTENDUE D'UNE DERMATOSE INFLAMMATOIRE?.....	12
LE BON USAGE DES CORTICOSTÉROÏDES TOPIQUES.....	13
TABLEAU DE PUISSANCE DES CORTICOSTÉROÏDES TOPIQUES.....	22
PHOTOPROTECTION.....	24
ABCDE ET AUTO-EXAMEN DU PATIENT.....	25
CANCÉROLOGIE DE PREMIÈRE LIGNE CUTANÉE.....	26
MÉLANOME.....	27
CARCINOME BASOCELLULAIRE.....	28
CARCINOME SPINOCELLULAIRE.....	29
KÉRATOSE ACTINIQUE.....	30
DERMATOSES INFLAMMATOIRES.....	31
PSORIASIS.....	32
DERMATITE ATOPIQUE.....	36
PLAN D'ACTION CONTRE L'ECZÉMA.....	40
DERMATITE SÉBORRHÉIQUE.....	42
DERMITE CHRONIQUE DES MAINS.....	46
ROSACÉE.....	48
ACNÉ VULGAIRE.....	49
URTICAIRE CHRONIQUE.....	50
PRURIT GÉNÉRALISÉ.....	51
DERMATOSES INFECTIEUSES.....	53
TINEA VERSICOLOR.....	54
ONYCHOMYCOSE.....	55
GALE.....	58
VERRUES VULGAIRES PALMOPLANTAIRES CHEZ LES 10 ANS ET PLUS.....	59
CONDYLOMES ACCUMINÉS.....	60
BIBLIOGRAPHIE.....	61

Techniques de base en dermatologie

Examen cutané complet

Inspection de la peau: principes de base

1. Demander au patient de se dévêtir.
2. Être dans une pièce bien éclairée.
3. Examiner toute la superficie de la peau. Ne pas se limiter aux zones visibles.
4. Le cuir chevelu, la bouche et les ongles ne doivent pas être négligés.

Déroulement de l'examen cutané complet

1. Examiner le devant du corps: le visage, le cou, les épaules, les bras, la poitrine, les cuisses et les jambes.
2. Tourner le patient de côté et lui demander de lever les bras. Examiner les côtés du corps et sous les bras du patient.
3. Examiner l'arrière du corps : le dos, l'arrière du cou, le cuir chevelu, les fesses, l'arrière des cuisses et les mollets.
4. Examiner le dos des mains, la paume des mains, les ongles et entre chaque doigt du patient.
5. Examiner le dessus et la plante des pieds, les ongles, les orteils et les espaces entre les orteils. Truc : la meilleure technique pour bien visualiser la plante des pieds est sur le ventre avec les genoux fléchis.

Comment rédiger une référence en dermatologie?

Afin d'aider les dermatologues à mieux prioriser votre patient, il est primordial de faire une demande de consultation détaillée et complète. Dans le même ordre d'idées et dans le contexte actuel, il est important que les patients comprennent que toutes les pathologies cutanées ne nécessitent pas un suivi en spécialité.

Demande d'évaluation pour une lésion suspecte

- Âge
- Spécifier la description morphologique la plus détaillée possible (papule/nodule, couleur, présence/absence de croûte, ABCDE si lésion pigmentée)
- Site anatomique atteint
- Dimension
- Évolution
- Présence de symptômes associés (douleur, sensibilité)
- Traitements essayés
- Facteurs de risque spécifiques (antécédents de cancers cutanés, immunosuppression, site d'ancienne radiothérapie, site de plaie chronique)

Demande d'évaluation pour une dermatose inflammatoire

- Âge
- Spécifier la description morphologique la plus détaillée possible
- Spécifier l'étendue (*Body Surface Area – cf algorithme : Comment calculer l'étendue d'une dermatose?*)
- Présence de symptômes associés (douleur, prurit)
- Évolution
- Investigations faites
- Traitements de première ligne essayés et durée de ces traitements

Afin d'optimiser l'accès pour votre patient :

- Merci d'éviter les demandes nominatives.
- Si le patient a déjà eu un suivi avec un dermatologue, merci de spécifier lequel.

Éléments à éviter (ces derniers pourraient vous être retournés) :

- Les demandes peu spécifiques telles que « lésion cutanée » ou « eczéma » ou « psoriasis » vous seront retournées pour davantage de précisions
- Les demandes pour « suivi dermatologique sans lésion active »
 - En l'absence de pathologie active, mal contrôlée ou de suspicion de tumeurs cutanées malignes, il n'y a pas d'indication de reprise de suivi par un médecin spécialiste.
- Les demandes pour « patient a déjà eu un suivi dermatologique en l'absence d'une lésion active »
 - En l'absence de lésion active, un suivi antérieur par un dermatologue n'est pas une indication de consultation en dermatologie.
- Les demandes pour « patient qui désire un suivi dermatologique »
- Les demandes d'exérèse de lésions cutanées bénignes seront automatiquement refusées. En effet, le service de dermatologie n'offre pas de traitement esthétique et les patients seront référés à des cliniques d'esthétique pour ce type d'intervention.

Cryothérapie (azote liquide)

Technique avec tige montée

Technique pour 1 cycle

1. Utiliser une tige montée et ajouter à son extrémité un coton ouate
2. Tremper le bout de la tige montée avec une ouate dans l'azote liquide
3. Appliquer le bout de la tige montée sur les lésions à traiter
4. Répéter les étapes précédentes plusieurs fois jusqu'à l'obtention d'un temps de gel de la lésion de 10 secondes (halo blanc)
5. Ne pas réutiliser les bâtonnets déjà utilisés dans l'azote afin de limiter les risques de contamination

Technique en spray

Technique pour 1 cycle

1. Placer l'embout de la bombonne d'azote à 1-2 cm de la lésion à traiter
2. Un angle de 90° doit être formé
3. Le contenant d'azote doit être placé à la verticale



<http://plantagenetfnt.ca/index.php/accueil/service/cryotherapie>

4. Actionner l'appareil jusqu'à l'obtention d'un temps de gel de la lésion d'une durée de 10 secondes (halo blanc)

*La photo démontre la coloration uniforme blanchâtre que doit avoir la lésion lorsque l'azote est administré de façon adéquate et que le gel de la lésion est atteint. Ce halo blanc doit durer 10 secondes pour compléter un cycle adéquat

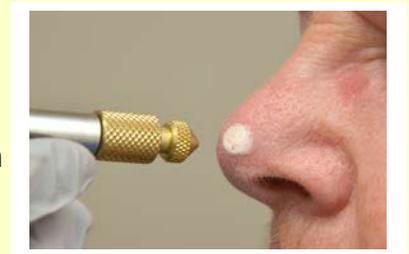


Photo réelle de patient avec son consentement

Comment savoir si la lésion a été gelée dans toute son épaisseur?
 → Le rayon de la lésion égalise la profondeur de la lésion qui sera gelée

Combien de cycles faire selon le type de lésions?

Kératoses actiniques	2 cycles
Verrues	2 cycles
Kératoses séborrhéiques bénignes	1 cycle
Acrochordons bénins	1 cycle
Condylomes	2 cycles

Comment faire une culture mycologique de squames?

Palmoplantaire

Matériel requis :

- Pot de culture d'urine stérile ou pot de pétri
- Lame de bistouri #15 ou curette #4
- Gants
- Tampon d'alcool

Technique :

- Installer le patient de façon à avoir accès à ses mains ou ses pieds sécuritairement.
- Nettoyer la surface avec un tampon d'alcool.
- À l'aide d'une lame #15, orientée en diagonale de façon à ne pas blesser le patient, ou une curette #4, frotter doucement la surface cutanée.
- Recueillir les squames dans le pot d'urine stérile ou dans le pot de pétri bien identifié au nom du patient. Bien sceller la circonférence du pot de pétri avec un ruban adhésif.
- Prescrire une recherche de dermatophytes, fournir un maximum d'informations possible pour le laboratoire de microbiologie et envoyer au laboratoire.



Photo réelle de patient avec son consentement

Unguéale

Matériel requis :

- Pot de culture d'urine stérile ou pot de pétri
- Lame de bistouri #15 ou curette #4
- Coupe-ongle
- Gants
- Tampon d'alcool

Technique :

- Installer le patient de manière à avoir accès à ses mains ou ses pieds d'une façon sécuritaire.
- Nettoyer la surface de l'ongle avec un tampon d'alcool.
- Couper la bordure distale de l'ongle et la mettre dans le pot d'urine ou le pot de pétri.
- À l'aide d'une lame #15, ou une curette #4, recueillir les débris situés sous l'ongle.
- Recueillir les squames dans le pot d'urine stérile ou dans le pot de pétri bien identifié au nom du patient. Bien sceller la circonférence du pot de pétri avec un ruban adhésif.
- Prescrire une recherche de dermatophytes, fournir un maximum d'informations possible pour le laboratoire de microbiologie et envoyer au laboratoire.

Cuir chevelu

Matériel requis :

- Pot de culture d'urine stérile ou pot de pétri
- Curette #4
- Pince
- Gants
- Tampon d'alcool

Technique :

- Installer le patient de manière à avoir accès à sa tête d'une façon sécuritaire.
- Nettoyer la surface avec un tampon d'alcool.
- À l'aide d'une curette, frotter doucement la surface du cuir chevelu.
- Recueillir les squames dans le pot d'urine stérile ou dans le pot de pétri bien identifié au nom du patient.
- À l'aide d'une pince, retirer 2-3 cheveux de la zone affectée, incluant la racine, et les déposer dans le pot d'urine stérile ou dans le pot de pétri. Bien sceller la circonférence du pot de pétri avec un ruban adhésif.
- Prescrire une recherche de dermatophytes, fournir un maximum d'informations possible pour le laboratoire de microbiologie et envoyer au laboratoire.

**Comment calculer l'étendue d'une dermatose
inflammatoire?
*Body Surface Area (BSA)***

1% surface corporelle = 1 paume du patient
Regrouper les zones éparses



<http://pasitraining.com>

Le bon usage des corticostéroïdes topiques

Truc 1 : Molécule ou concentration?

- La puissance du corticostéroïde topique est déterminée par sa structure moléculaire (et non par la concentration).
- Exemples:
 - Hydrocortisone 1% = classe 7 (puissance faible)
 - Clobetasol 0,05% = classe 1 (super puissant)
- Se fier sur le nom et non sur le % indiqué.
- Les % ne sont utiles que pour comparer les différentes puissances d'une même molécule.
- Exemples:
 - Valérate de betaméthasone 0,1% = puissance modérée
 - Valérate de betaméthasone 0,05% = puissance faible

Truc 2 : Quelle puissance choisir?

Puissances	Classes	Exemples	Sites appropriés	Commentaires
Faible	7 et 6	<ul style="list-style-type: none"> . Desonide 0,05% . HC 2,5% . Valerate de HC 0,2% . Valerate de betamethasone 0,05% 	Visage Plis Zone recouverte par couche ou culotte d'incontinence	
Modéré	5 et 4	<ul style="list-style-type: none"> . Valerate de betamethasone 0,1% . Triamcinolone acetonide 0,1% 	Corps	Disponibles en gros pots
Élevée	3 et 2	<ul style="list-style-type: none"> . Dipropionate de betamethasone 0,05% . Amcinonide 0,1% 	Corps	<ul style="list-style-type: none"> . Dermatoses réfractaires, sévères . Disponibles en gros pots
Super puissante	1	Propionate de clobetasol 0,05%	Corps	. Dermatoses réfractaires, sévères

N.B. Il s'agit ici d'une règle générale.
Des exceptions s'appliquent.

Truc 3 : Crème ou onguent?

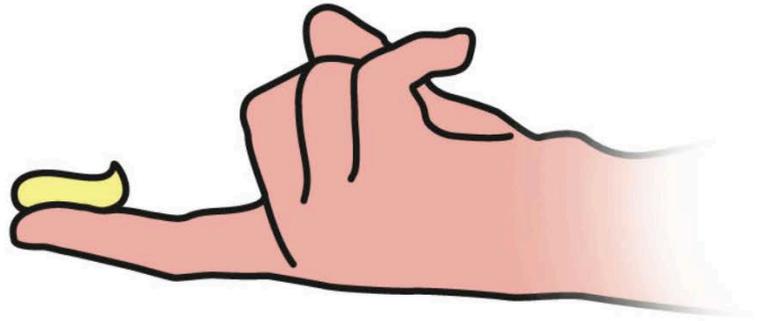
Crème	. Éruptions suintantes, vésiculeuses . Grosse surface
Onguent (occlusif)	. Peau sèche . Peau lichenifiée *Collant ++
Lotion	. Cuir chevelu . Barbe

Règle générale :

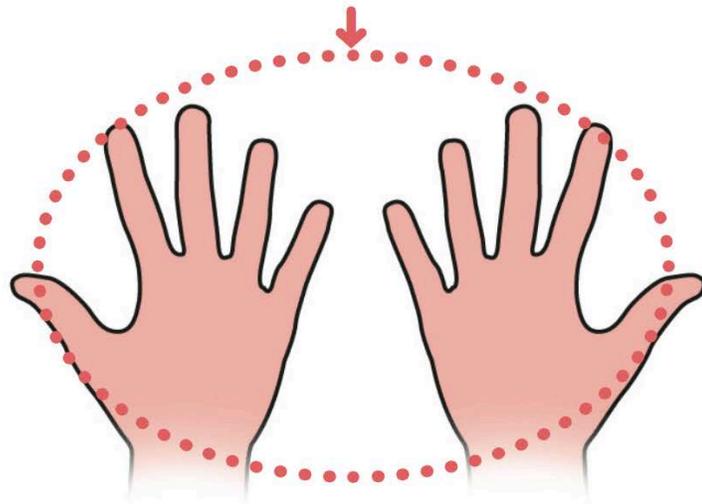
Pour une même molécule, l'onguent est une classe plus puissante que son équivalent en crème.



Un filet de crème de la largeur d'un pois, s'étendant du bout de l'index jusqu'au premier pli...



recouvre l'équivalent de la surface de 2 mains d'un adulte.



Truc 4 : Quelle quantité appliquer?

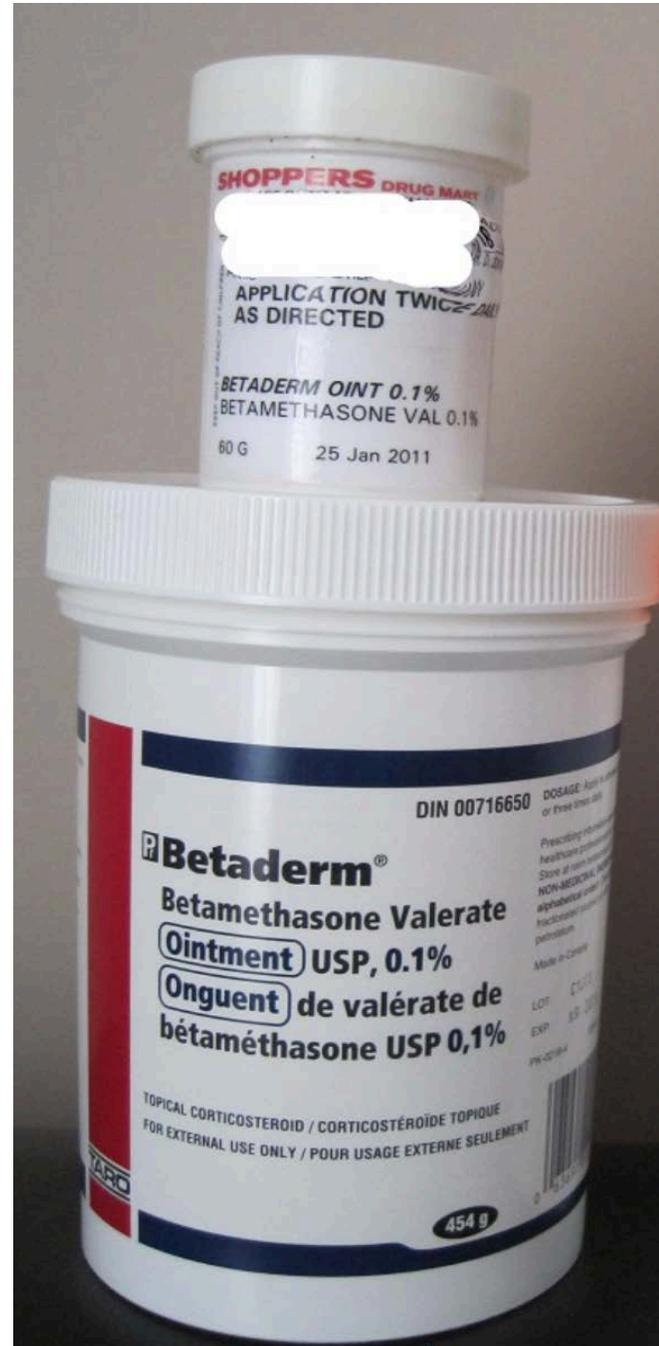
Truc 5 : Quelle grosseur de pot prescrire?

Petite surface = petit pot

- 15g
- 30g

Grosse surface = gros pot

- 200g
- 450g



Truc 6 : Quelles sont les spécificités reliées à la peau des enfants?

Les peaux minces sont plus à risque de subir les effets secondaires des corticostéroïdes topiques.

- **Règle générale:** diminuer la puissance lors du choix de la molécule topique chez l'enfant.
- Zones à risque chez l'enfant:
 - Zone de la couche
 - Visage/cou
 - Plis
- Choix généralement sécuritaires (certaines exceptions s'appliquent):
 - Corps: Valerate d'hydrocortisone 0,2% ou Valerate de betamethasone 0,05% (classe 4 ou 5)
 - Visage/cou/couche/plis: Desonide 0,05% ou HC 2,5% (classe 6)

Truc 7 : Quoi faire avec les peaux minces?

Les peaux minces sont plus à risque de subir les effets secondaires des corticostéroïdes topiques.

- **Règle générale:** diminuer la puissance lors du choix de la molécule topique.
- Personnes à risque:
 - Personnes âgées
 - Prednisone PO chronique
- Indices cliniques de fragilité cutanée:
 - Peau amincie, quasi transparente
 - Érosions traumatiques multiples
 - Ecchymoses multiples (fragilité vasculaire)
 - Cicatrice multiples d'anciens traumas



Truc 8 : Devons-nous en craindre les effets secondaires?

- Un corticostéroïde topique adapté à la localisation anatomique, à la condition à traiter et appliqué de façon appropriée est **sécuritaire**.
- Les effets secondaires sont à craindre en cas de mauvais usage ou d'usage prolongé (> 4-6 semaines en continu).
- **Règle générale** : la dose maximale varie selon la puissance.

Chez l'adulte :

- Super puissant (classe I) - *Clobetasol 0,05%* = max 50g/sem *
- Puissance faible (class VI) - *Hydrocortisone 1%* = max 150-200g/sem

Chez l'enfant: BSA calculator (différents sites internet, basés sur l'âge, la taille et le poids)

**Certaines exceptions peuvent s'appliquer*

Effets secondaires des corticostéroïdes topiques

- Atrophie
- Vergetures
- Acné
- Dermatite péri-orificielle
- Exacerbation d'infections fongiques cutanées
- Retard de guérison
- Dermatite de contact allergique
- Glaucome, cataractes

Truc 9 : En résumé, quoi écrire sur votre prescription?

- Nom de la molécule (générique ou commercial)
- Concentration
- Véhicule
- Posologie
 - Localisation
 - Nombre de fois par jour
 - Régime de sevrage si nécessaire
- Quantité (g) et renouvellements
- Exemple:

*Desonide 0,05% crème a/n plaques du visage
BID x 2 semaines, puis diminuer à die 1 semaine, puis cesser
Reprendre si récurrence de la crise
30 g
R x 3*

N.B. Aviser le patient de suspendre l'utilisation du corticostéroïde topique lorsque la lésion est résolue et de le reprendre à la récurrence d'une crise dans le contexte d'une condition chronique.

LOTIONS / SOLUTIONS								
Dipropionate de bétaméthasone à 0,05% avec propylène glycol, lotion	Diprolene Glycol, Topilene Glycol							30, 60 mL
Dipropionate de bétaméthasone à 0,05% + acide salicylique à 2%, lotion	Diprosalic, Ratio-Topisalic							30, 60 mL
Propionate de clobétasol - à 0,05%, lotion pour cuir chevelu	Dermovate							20, 60 mL
- à 0,05%, solution topique	Taro-Clobetasol							20, 60 mL
- à 0,05%, vaporisateur topique	Clobex Vaporisateur							20, 60 mL
Amcinonide à 0,1%, lotion	Cyclocort, Ratio-Amcinonide							60 mL
Dipropionate de bétaméthasone à 0,05%, lotion	Diprosone, Topisone							30, 75 mL
Furoate de mométasone à 0,1%, lotion	Elocom							30, 75 mL
Valérate de bétaméthasone à 0,1%, lotion pour cuir chevelu	Valisone, Ectosone, Betaderm							30, 75 mL
Valérate de bétaméthasone à 0,1%, lotion	Ratio-Ectosone							60 mL
Acétonide de fluocinolone, huile topique	Derma-Smothe/FS (contient huile arachide)							118 mL
Hydrocortisone à 1% / Urée à 10%	Uremol HC							150 mL
Hydrocortisone à 2,5%, lotion	Emo-Cort							60 mL
Hydrocortisone à 1%, lotion	Emo-Cort							60 mL

Auteurs : Dre Sara-Elizabeth Jean et Dr Luc Lanthier
Guide Pratique de Médecine Interne 2018

Photoprotection

Comment se protéger du soleil?

- Évitez l'exposition au soleil entre 10h et 15h
- Portez des lunettes de soleil enveloppantes
- Portez un chapeau à large bord et vêtements longs
- Favorisez les endroits à l'ombre
- **Appliquez de la crème solaire**
 - . À tous les matins au niveau du visage et autres zones photoexposées
 - . 15 minutes avant l'exposition au soleil
 - . Si exposition au soleil prolongée : en remettre à toutes les deux heures
 - . Après la baignade ou si transpiration abondante

Comment choisir son écran solaire?

- FPS d'au moins 50
 - Écran solaire à large spectre (UVA et UVB)
 - Résistant à l'eau
 - Vérifier la date de péremption
 - Rechercher le sigle de l'Association Canadienne de Dermatologie
- Écran solaire au choix du patient par la suite

Les dangers du soleil hivernal

Jusqu'à 80% des rayons UV peuvent passer à travers :

- Le brouillard
- La brume
- Une légère couverture nuageuse
- Les vitres des voitures

La neige reflète 80% des rayons UV

Comment enseigner l'auto-examen de la peau à son patient?

- À faire 3-4 fois par année
- Utiliser un miroir
- À faire dans une pièce bien éclairée
- **Quoi rechercher?**

Dépistage du mélanome

Des changements de la forme, de la couleur, de la taille ou dans l'évolution d'un grain de beauté (ABCDE du naevus).

Dépistage des carcinomes basocellulaires ou spinocellulaires

Une lésion qui ne guérit pas, au-delà de 3 mois.

Une lésion qui augmente graduellement de volume, qui croûte ou qui saigne.

ABCDE et auto-examen du patient

Le mélanome est une forme rare de cancer de la peau, mais c'est aussi le plus dangereux, car il peut se répandre dans le reste du corps.

LE MÉLANOME

UNE FORME DE CANCER DE LA PEAU

SAVOIR LE RECONNAÎTRE PEUT SAUVER UNE VIE

Les cinq étapes de L'AUTO-EXAMEN DE LA PEAU

1 Installez-vous devant un miroir dans une pièce bien éclairée. Examinez le devant de votre corps : le visage, le cou, les épaules, les bras, la poitrine, les cuisses et les jambes.



2 Tournez-vous de côté, levez vos bras et examinez les côtés de votre corps, y compris sous les bras



3 À l'aide d'un miroir à main, examinez le haut de votre dos, l'arrière de votre cou et votre cuir chevelu. Examinez ensuite le bas de votre dos, vos fesses, l'arrière de vos cuisses et vos mollets.



4 Examinez vos avant-bras, vos paumes, le dos de vos mains et vos ongles. Regardez bien entre les doigts.



5 Enfin, examinez vos pieds : le dessus et la plante du pied, les ongles et les orteils. Regardez bien entre les orteils.



L'ABCDE du mélanome



A ASYMÉTRIE

Différence de forme entre les deux côtés de la lésion.



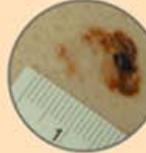
B BORDURE

Le contour visible de la lésion est irrégulier et indistinct.



C COULEUR

La lésion présente des variations de couleur, avec des zones brunes, noires, rouges, grises ou blanches.



D DIAMÈTRE

La croissance est typique d'un mélanome; le mélanome mesure le plus souvent 6 mm ou plus, mais on en trouve de plus petits.



E ÉVOLUTION

On constate une modification de la couleur, de la taille, de la forme ou des symptômes (par exemple, démangeaison, sensibilité ou saignement).

Photos fournies par Dr Joël Claveau

PROTÉGEZ-VOUS !

La meilleure façon de se protéger consiste à :

- connaître votre degré de risque : les facteurs de risque sont bien connus;
- savoir reconnaître tôt les signes de mélanome (voir l'ABCDE du mélanome) et savoir pourquoi et comment examiner votre peau;
- se protéger du soleil du printemps jusqu'à l'automne et éviter les lits de bronzage;
- examiner votre peau tous les mois;
- consulter un médecin si vous repérez des taches suspectes.

Pour plus de renseignements, consulter www.dermatologue.ca



Les dermatologues
VOS

spécialistes de la PEAU

Association canadienne de dermatologie
Canadian Dermatology Association

Cancérologie de première ligne cutanée

Mélanome

Étape 1 : Comment le reconnaître?

- A - Asymétrie
 B - Bords irréguliers, mal définis et non uniformes
 C - Couleur non uniforme (hétérogène)
 D - Augmentation du diamètre au-delà de 6 mm
 E - Évolution à travers le temps (couleur, forme, diamètre, épaisseur)

Compléter une demande de consultation en dermatologie
cf Comment rédiger une référence en dermatologie?

La requête doit contenir:

- Description complète de la lésion (ABCDE)
- Symptômes associés
- Le site de la lésion
- Présence ou absence d'ATCD
- Ne pas faire de demande nominative

Différentes formes (les plus fréquentes)

1. Mélanome à extension superficielle
 - Tache noire ou brun foncé
 - S'étend à partir d'un grain de beauté
 - Au niveau des zones exposées aux rayons UV

1



2. Mélanome nodulaire
 - Nodule ferme en forme de dôme
 - Évolue rapidement
 - Brun foncé, noir ou rouge
 - Peut former une croûte ou s'ulcérer

2



3. Mélanome à type lentigo malin
 - Tache sombre
 - Couleur et bord irréguliers
 - Généralement au niveau du visage ou des bras (zone photoexposée)
 - Croissance lente

3



<http://www.melanomanetwork.ca/fr/types-de-melanome/>

4. Mélanome acral lentigineux
 - palmoplantaire
 - mélanonychie de l'ongle

Étape 2 :

Comment en faire le suivi?

Suivi post-Mélanome

Reprise en charge du suivi par médecin de famille

L'examen annuel comprend:

1. Mise à jour de l'historique médical
2. Examen cutané complet
3. Vérification et palpation de la cicatrice du site d'exérèse du mélanome
4. Revue complète des systèmes
5. Examen des aires ganglionnaires, foie et rate
6. Conseils photoprotection
7. Enseignement auto-examen 3-4 fois/an

Carcinome Basocellulaire

Étape 1 : Comment le reconnaître?

Histoire classique:

- Lésion sur zone photoexposée, asx, qui ne guérit pas depuis plusieurs mois (3 mois) ;

Forme nodulaire (+ fréquente):

- Papule perlée au centre croûté et aux bordures télangiectasiques
- Peut être pigmentée
- Peut être mal délimitée
- Lésion qui saigne, formant une croûte ou qui ne guérit pas
- Évolution en général lente

Forme morphéiforme :

- Plaque aux bords mal définis, ressemblant à une cicatrice de couleur jaune, blanche ou d'aspect cireux.

Forme superficielle :

- Plaque érythématosquameuse bien délimitée, asymptomatique en zone photoexposée



<http://www.melanomanetwork.ca/fr/cancer-de-la-peau-non-melanome/>

Compléter une demande de consultation en dermatologie ou ORL (si atteinte tête et cou)

cf Comment rédiger une requête en dermatologie ?

La requête doit contenir:

- Site de la lésion
- Description indiquant l'aspect de la lésion
- Taille de la lésion
- Début de l'apparition et l'évolution de la lésion
- Symptômes associés

Étape 2 : Comment en faire le suivi?

Suivi lors du congé de la dermatologie:

Prise en charge du suivi par médecin de famille

Examen annuel comprend

- Mise à jour de l'historique médical
- Examen cutané complet
- Conseils photoprotection

Carcinome spinocellulaire

Étape 1 : Comment le reconnaître?

Forme infiltrante:

- Papule/nodule
- Bien ou mal délimité
- Ferme
- Érythémateux à chair
- Souvent hyperkératosique ou ulcéré
- Peut présenter des sx neuros (mauvais px)
- Attention particulière au vermillon et palmoplantaire
- Lésion qui ne guérit pas depuis plusieurs mois (>3mois)

Forme superficielle (Bowen)

- Plaque érythématosquameuse bien délimitée asymptomatique
- Zone photoexposée

Vérifier facteurs de risque

- Exposition chronique aux rayons UV
- Radiothérapie
- Plaies chroniques
- Arsenic
- Immunosuppression sévère (patients greffés)
- Tabac, ROH (ORL)



Référence : Power point Dr.Fernandes

Étape 2 : comment en faire le suivi?

Suivi lors du congé de la dermatologie :

Prise en charge du suivi par le médecin de famille

Examen annuel comprend:

- Examen cutané complet
- Examen des aires ganglionnaires
- Revue des systèmes complète
- Conseils photoprotection
- Enseignement auto-examen de la peau

Compléter une demande de consultation en dermatologie ou ORL (si atteinte tête et cou)

cf Comment rédiger une référence en dermatologie?

La requête doit contenir:

- Site de la lésion
- Description indiquant l'aspect de la lésion
- Taille de la lésion
- Début de l'apparition et l'évolution de la lésion
- Symptômes associés
- Ne pas faire de demande nominative

Kératose actinique (KA)

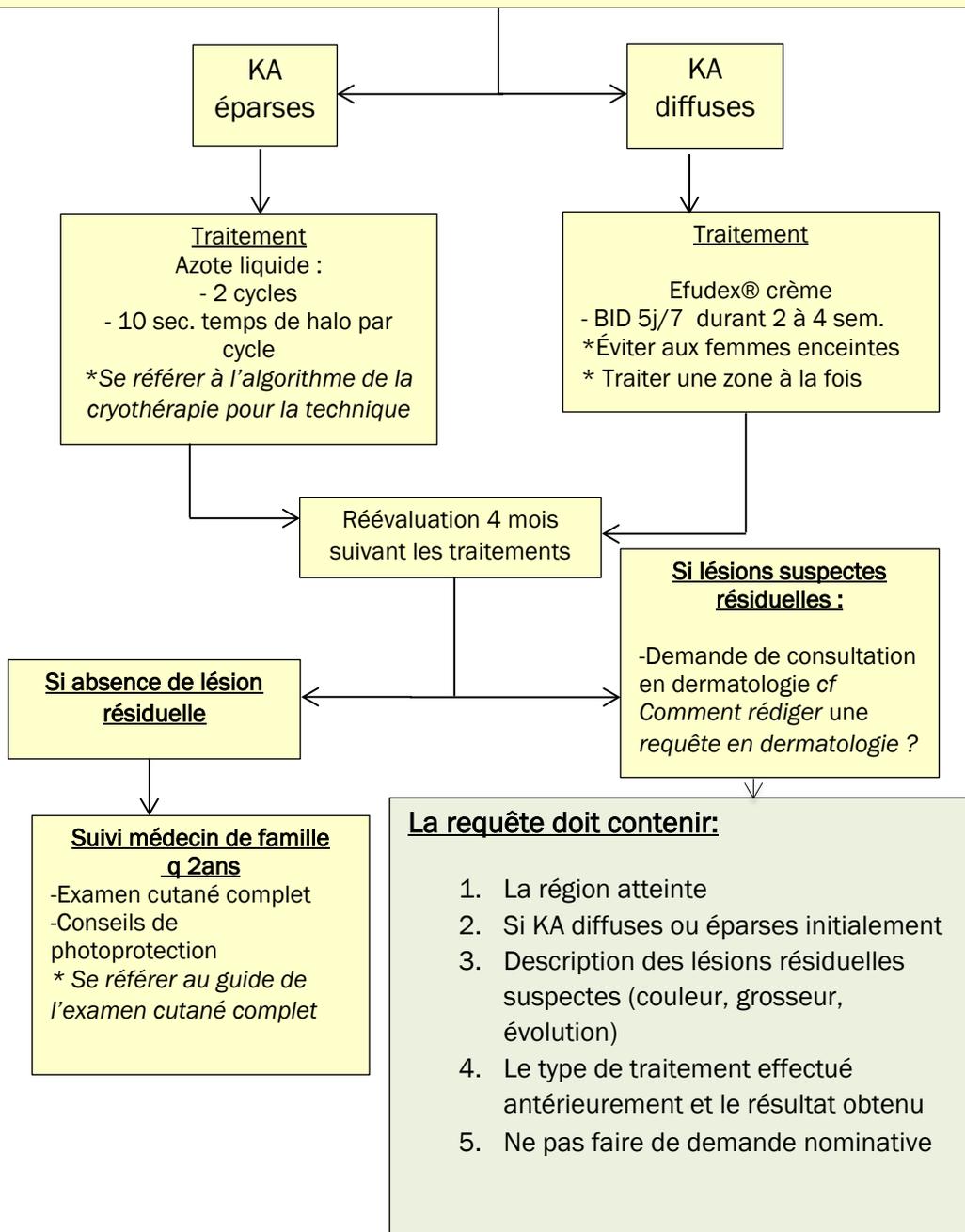
Comment la reconnaître?

Signes cliniques

- Petites plaques érythématosquameuses mal délimitées, d'aspect papier sablé au toucher
- Légèrement surélevées
- Causées principalement par l'exposition au soleil



Bologna 3^e Édition, 2012



Conseils Efudex :

- Patient peut appliquer diachylon ou pansement protecteur sur région à traiter

Si inconfort :

- Application de compresses humides froides TID au besoin x 20 minutes
- Application de Hydroval® crème ou Desonide 0,05% BID PRN si inconfort

- Expliquer aux patients les effets secondaires de l'Efudex :

- Brûlement a/n du site d'application
- Rougeur et démangeaison
- Décoloration de la peau
- Formation d'une croûte
- Hyperpigmentation de la peau jusqu'à 3 mois post-traitement



Photo réelle de patient avec son consentement

Dermatoses inflammatoires

Psoriasis

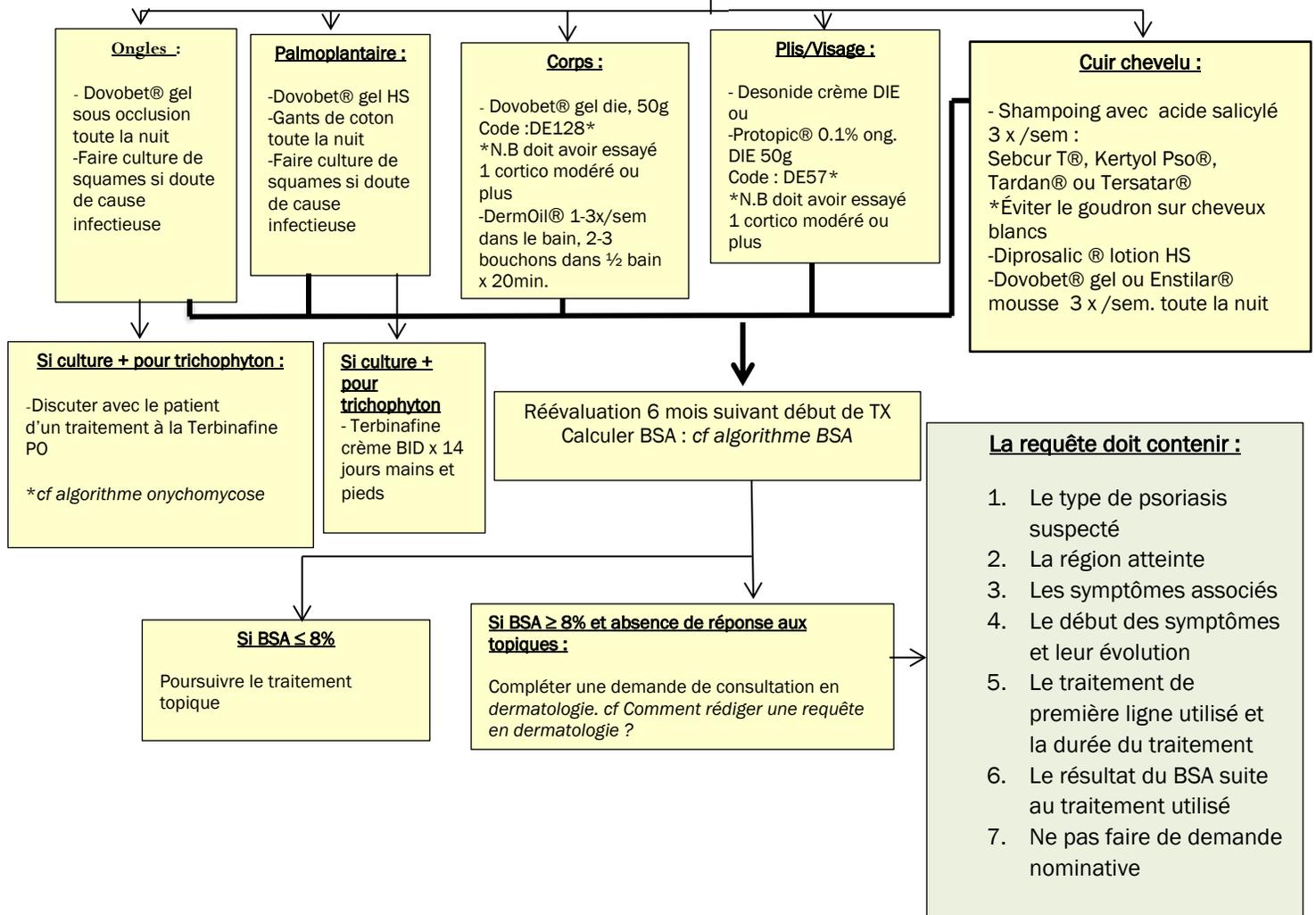
Comment le reconnaître?

Signes cliniques

- Lésions érythématosquameuses bien délimitées
- Présence de squames argentées
- Régions fréquemment affectées : coudes, genoux, cuirs chevelu, ongles, plis, région palmoplantaire

- ** Dépistage arthrite psoriasique : demander une consultation en rhumatologie si suspectée
- ** Suivi cardiovasculaire à assurer car augmentation du risque chez patients atteint de psoriasis

Traitements de 1^{ère} ligne



Psoriasis en
plaque



Photo réelle de patient avec son consentement

Psoriasis en goutte



<https://francepsoriasis.org/le-psoriasis-en-gouttes/>

Psoriasis inversé



<https://mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/psoriasis/multimedia/inverse-psoriasis/img.20007732>

Psoriasis
érythrodermique
>80% BSA



http://www.dermatologueneuchatel.ch/var/m_1/1e/1ed/179036/16800-7656.jpg

**Psoriasis
pustuleux**



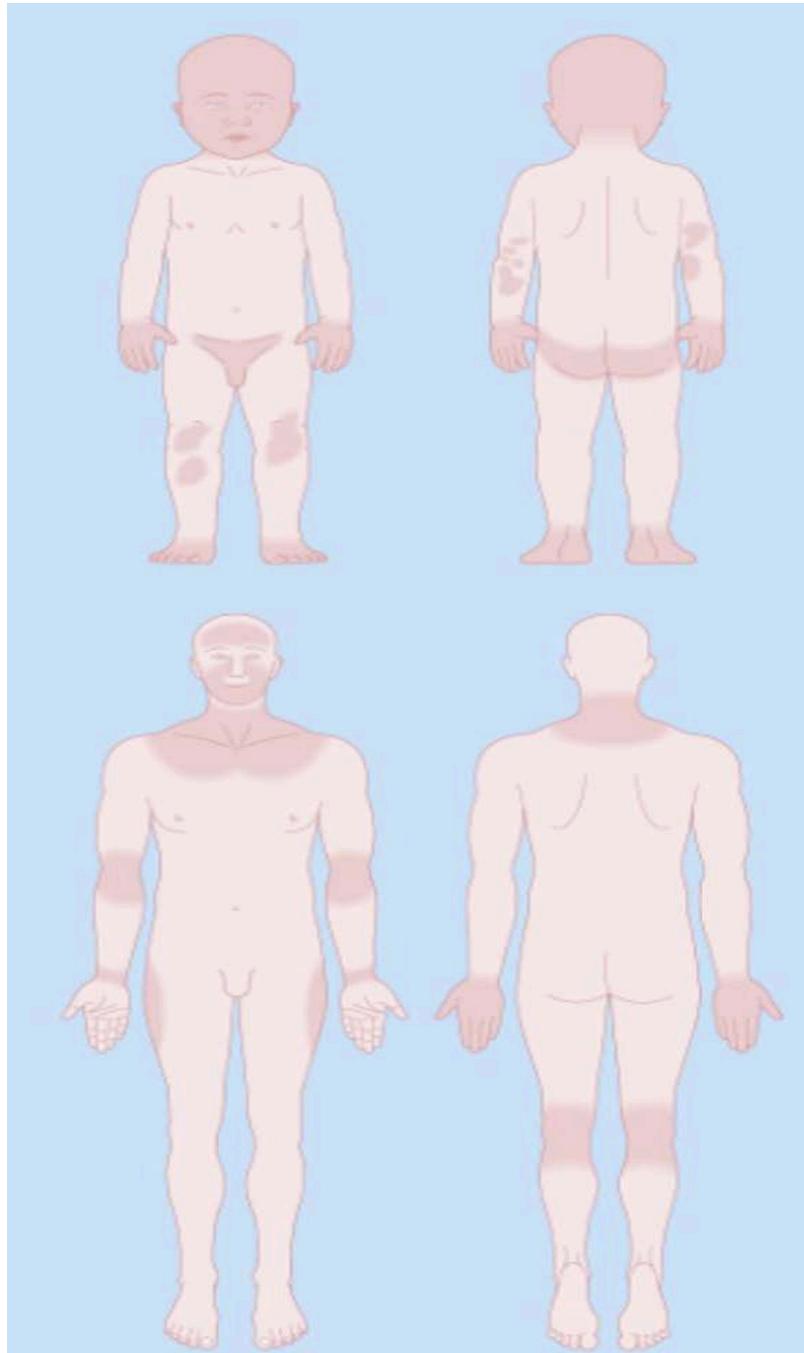
<https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcT1ML81DVawJUSxuGa8x6ZbJu6sAcJ6tJ2ID6UyOJMofGnywFDYzA>

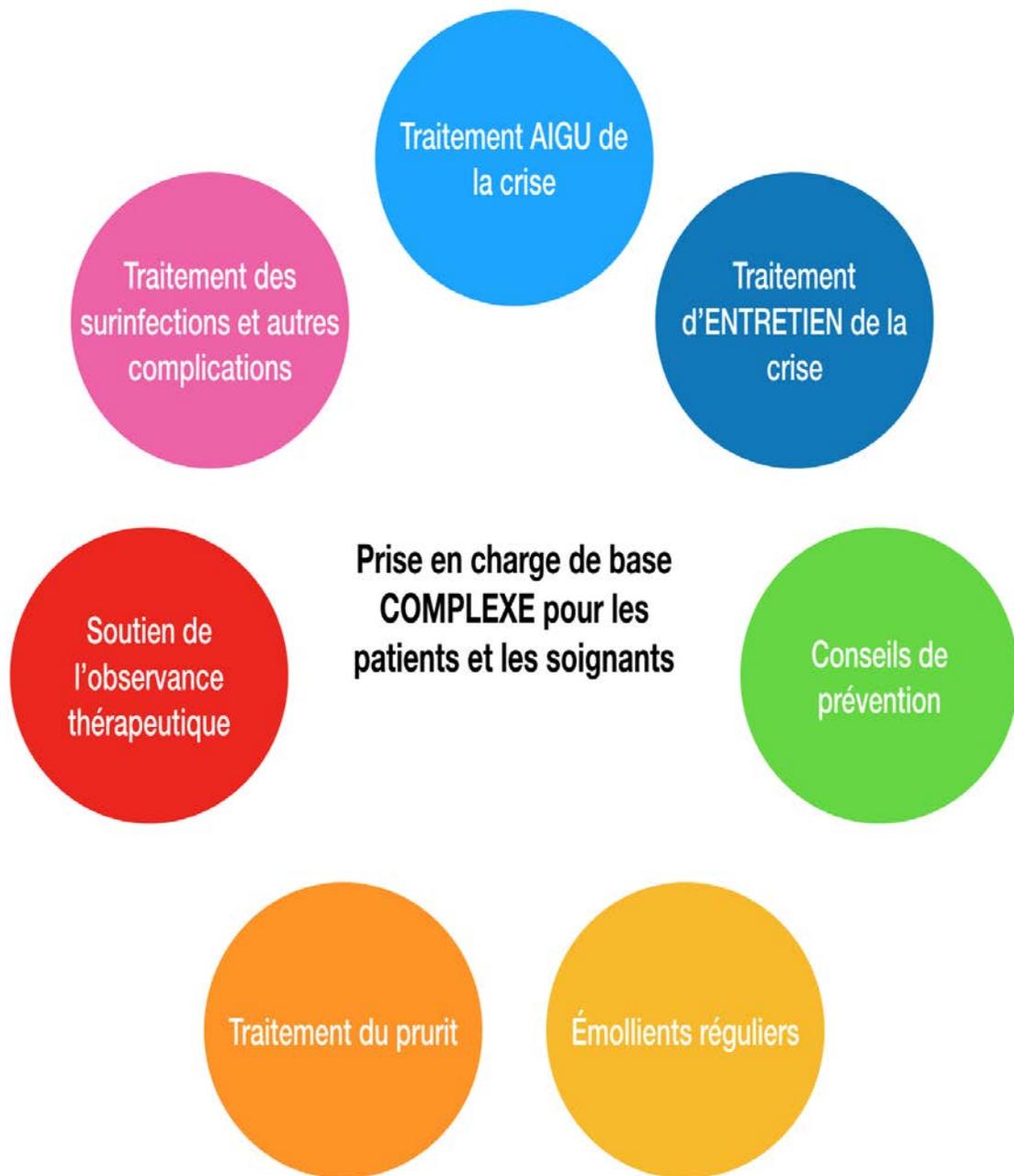
Dermatite atopique

Comment la reconnaître?

- Plaques érythématosquameuses excoriées, souvent surmontées de papulovésicules ;
- Lichenification (signe de chronicité) ;
- Occasionnellement, recouvertes de croûtes jaunâtres à mielleuses (signe de surinfection) ;
- Prurit ++++.

Distribution de la dermatite atopique selon l'âge





Prise en charge de première ligne de la crise chez l'adulte

- Approche de base pancorporelle et symptomatique :
 - Corticostéroïde topique modéré à fort pour le corps
 BID, pendant 4 à 8 semaines selon la sévérité
 - Corticostéroïde topique faible pour le visage BID
 pendant 2 à 4 semaines selon la sévérité
 - Emollient pancorporel BID régulier
- Prurit :
 - Hydroxyzine 10-25 mg PO TID
 - Loratadine ou Cetirizine 10 mg PO DIE
- Cas sévères à récurrences fréquentes et rapides: relais avec Tacrolimus 0,1% ong 3x/sem à die en entretien
- Vérifier l'observance thérapeutique

Prise en charge de première ligne de la crise chez l'enfant

- Approche de base pancorporelle et symptomatique :
 - Corticostéroïde topique (classe 5 ou 4) pour le corps BID
 pendant 4 à 8 semaines selon la sévérité
 - Corticostéroïde topique faible (classe 6 ou 5) pour le visage BID
 pendant 2 à 4 semaines selon la sévérité
 - Emollient pancorporel BID régulier
- Prurit :
 - Hydroxyzine 2 mg/kg die (divisé en 3 prises par jour)
- Cas sévères à récurrences fréquentes et rapides: relais avec Tacrolimus 0,1% ong 3x/sem à die en entretien (chez les 2 ans et plus) ou Tacrolimus 0,03% 3x/sem à die en entretien (chez les 6 mois à 2 ans)
- Vérifier l'observance thérapeutique

Prise en charge des complications infectieuses

- Plus fréquente = Surinfection au *staph aureus*
 - Croûtes jaunâtres à mielleuses
 - Cultiver les lésions
 - Traitement antibiotique topique avec couverture Gram + si localisé ou PO si généralisé (céphalosporine de 1ère génération)
 - Penser à la colonisation au staphaureus chez les patients présentant une histoire de multiples surinfections dans le passé
- Plus rares:
 - HSV (eczéma herpéticum)
 - Molluscum contagiosum ou autres pox virus

Quand référer en dermatologie?

- Mauvais contrôle des crises malgré la prise en charge de première ligne optimisée ;
- Perte de contrôle des complications infectieuses ;
- Suspicion de dermatite de contact allergique sous-jacente.

Merci de nous spécifier un maximum de détails sur la prise en charge faite et l'étendue/sévérité de la maladie.

Plan d'action contre l'eczéma

Nom :



MON PLAN D'ACTION CONTRE L'ECZÉMA

QU'EST-CE QUE L'ECZÉMA ?

On vous a peut-être déjà dit que votre enfant souffrait de dermatite atopique : il s'agit en fait du nom scientifique de l'eczéma. L'eczéma est une maladie fréquente qui atteint 1 enfant sur 5. Souvent, elle peut toucher plusieurs membres d'une même famille. On dit de cette maladie qu'elle est chronique, ce qui veut dire qu'on ne guérit jamais vraiment de l'eczéma puisqu'il revient par périodes de crises.

Lorsque votre enfant fait de l'eczéma, sa peau est sèche et rouge. Parfois, elle peut même s'infecter. De plus, ça pique beaucoup, souvent assez pour empêcher votre enfant de bien dormir. Ce n'est pas contagieux ni dangereux, mais ça peut rendre très inconfortable et causer bien du trouble.

Il existe plusieurs trucs pour aider à bien contrôler l'eczéma afin de se sentir bien dans sa peau. Avec le temps, cette maladie a tendance à s'améliorer, mais il faut être patient.

DOIT-ON CRAINDRE LES EFFETS SECONDAIRES DE LA CORTISONE ?

Pour soulager votre enfant, on peut appliquer des crèmes contenant un médicament appelé cortisone. Ces crèmes sont prescrites par votre médecin et sont **sécuritaires**. Cependant, elles doivent être utilisées de façon appropriée.

Les effets secondaires des crèmes à base de cortisone sont à craindre en cas de mauvais usage ou d'usage prolongé, c'est-à-dire plus de 4 semaines en ligne. Seulement dans ces cas, la peau peut devenir plus mince, faire des vergetures ou de l'acné et guérir un peu moins bien. Dans votre cas, votre médecin vous a prescrit des crèmes adaptées aux besoins de votre enfant. Si vous suivez bien la consigne, vous n'avez pas à vous inquiéter.

Certaines zones du corps de votre enfant sont plus fragiles (visage, cuir chevelu, zone recouverte par la couche des bébés, sous les bras, pli du genou). C'est pour cette raison que votre médecin vous a donné une crème moins puissante pour ces endroits du corps. Il est important de respecter cette consigne et d'appliquer la bonne crème au bon endroit.

Si vous croyez que votre enfant ne tolère pas bien les traitements prescrits, il est important de consulter votre médecin.

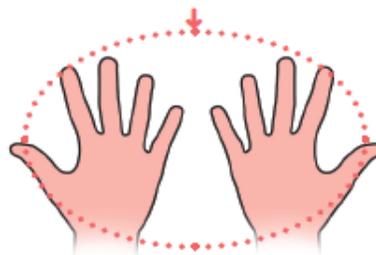
COMMENT BIEN APPLIQUER LES CRÈMES ?

Il est difficile de juger la quantité de crème qu'il faut appliquer pour bien soigner votre enfant. Voici un truc facile qui permet de savoir si vous avez appliqué la bonne quantité de crème. En effet, on peut évaluer la surface à couvrir par la crème en la comparant avec la surface d'une main d'adulte. Ce truc est valide à la fois pour les crèmes médicamenteuses (cortisone) et pour la crème hydratante.

Un filet de crème de la largeur d'un pois, s'étendant du bout de l'index jusqu'au premier pli...



**recouvre l'équivalent de la surface
de 2 mains d'un adulte.**



Nom:



MON PLAN D'ACTION CONTRE L'ECZÉMA

SOINS QUOTIDIENS POUR UN BON CONTRÔLE DE L'ECZÉMA



BIEN HYDRATER LA PEAU DE VOTRE ENFANT

- **HYDRATER LA PEAU AU COMPLET AU MOINS UNE FOIS PAR JOUR**, même quand l'eczéma semble guéri. C'est la chose la plus importante car la peau sèche aggrave l'eczéma. Le meilleur moment pour appliquer la crème hydratante est après le bain ou la douche.
- Utiliser une crème sans parfum. Par exemple: Base Glaxal®, CeraVe®, Eucerin®, Aquaphor® ou Vaseline onguent®.

LA DOUCHE

- Raccourcir la douche
 - Prendre une douche courte (ou un court bain) une fois par jour à l'eau tiède. Maximum 10 minutes.
 - Utiliser un savon sans parfum et peu irritant. Par exemple: Dove® ou Cetaphil®.
- Essuyer doucement la peau, sans frotter.

ÉVITER LES IRRITANTS QUI PEUVENT AGGRAVER L'ECZÉMA

- Tissus rudes
- Savons pour le corps ou à lessive parfumés
- Assouplissants en feuilles
- Onguents naturels
- Calamine
- Produits de nettoyage
- Températures extrêmes

QUOI FAIRE EN CAS DE CRISE?

Une crise, c'est lorsque ça pique et que la peau de votre enfant devient rouge malgré les soins quotidiens.

PEAU NORMALE
Peau
Normale ou légèrement sèche

Sensation
Votre enfant se sent BIEN



PLAN

Soins quotidiens de la peau

- 1 Bien hydrater la peau
- 2 Prendre une douche tiède et courte par jour
- 3 Éviter les irritants qui aggravent l'eczéma

QUOI FAIRE LORSQUE ÇA PIQUE?

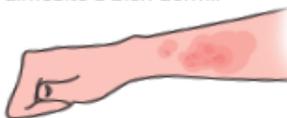
- 1 Compresses humides fraîches 20 minutes, 2 fois par jour (après l'application des crèmes) avec des serviettes humides ou un pyjama mouillé
- 2 Sirop antihistaminique contre la démangeaison

Nom du sirop

Dose

ECZÉMA LÉGER À MODÉRÉ
Peau
Sèche, rouge, traces de grattage

Sensation
Ça pique, votre enfant a de la difficulté à bien dormir



PLAN

1 Poursuivre les soins quotidiens de la peau

- 2 Traiter la crise d'eczéma
- Pour ce faire, en plus des soins quotidiens, il faut ajouter la crème médicamentée sur les plaques rouges :

Visage et plis

.....

.....

Corps

.....

.....

.....

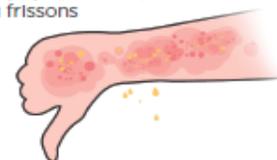
.....

.....

ECZÉMA INFECTÉ
Peau

Rouge, croûte jaune comme du miel, avec ou sans pus

Sensation
Ça pique, douleur, fièvre ou frissons



PLAN

- 1 Traiter la crise d'eczéma.

- 2 Appliquer un onguent antibiotique (.....)

2 fois par jour, sur les plaques rouges, par-dessus la crème de cortisone.

- 3 Bain à l'eau de Javel: 1/4 tasse d'eau de Javel dans un bain rempli d'eau tiède, 5 à 10 minutes, maximum 3 fois par semaine.

- 4 Si la crise ne s'améliore pas après 3 jours ou si votre enfant fait de la fièvre, il faut appeler votre docteur ou consulter à l'urgence : votre enfant a peut-être besoin d'antibiotiques.

©Carolina Fernandes, MD MA FRCPC, version non modifiable

Fernandes, C. (2017). Impacts d'un guide pratique sur les connaissances concernant le traitement contre l'eczéma et son application dans une population pédiatrique : Phase 1: Conception et validation d'un guide pratique écrit et d'un questionnaire de connaissances sur l'eczéma de l'enfant auprès d'une population de jeunes adultes (Mémoire de maîtrise, Université de Montréal). Repère à <https://papyrus.bib.umontreal.ca>

Dermatite séborrhéique

- Condition fréquente, bénigne et récurrente
- Affecte 3 à 5% de la population
- Squames séborrhéiques (grasses) surmontant des plaques érythémateuses
- Distribution souvent symétrique et bilatérale
- Sites atteints : pli nasobial, sourcils et glabelle, cuir chevelu, torse

Comment la différencier des autres entités similaires?

Entité clinique	Aspect clinique	Photo
<p>Dermatite séborrhéique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Squames séborrhéiques (grasses) surmontant des plaques érythémateuses • Distribution souvent symétrique et bilatérale • Atteinte des plis 	 <p><i>Bologna Dermatology, 2014.</i></p>

<p>Rosacée</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Squames habituellement absentes • Érythème avec télangiectasies habituellement des joues, mais peut aussi affecter le menton et le front • Présence possible de papulopustules surajoutées 	 <p><i>Bolognia Dermatology, 2014.</i></p>
<p>Psoriasis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Souvent difficile à distinguer sur l'atteinte du visage ou du cuir chevelu seuls • Atteinte corporelle + suggestive de psoriasis 	 <p><i>Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology, 4th edition, 2011.</i></p>
<p>Dermatite atopique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Souvent difficile à distinguer sur l'atteinte du visage seule • Prédominance aux paupières peut parfois donner un indice • La dermatite séborrhéique et la dermatite atopique peuvent causer du prurit • Atteinte corporelle + suggestive de dermatite atopique 	 <p><i>Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology, 4th edition, 2011.</i></p>

<p>Dermatite périorale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pustules autour de la bouche, du nez et des yeux • Souvent causée par l'utilisation inappropriée d'un corticostéroïde topique au visage intranasal ou inhalé 	 <p><i>Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology, 4th edition, 2011.</i></p>
<p>Lupus aigu (éruption malaire)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atteinte érythématosquameuse des joues • Épargne le pli nasolabial (éruption photosensible) 	 <p><i>Bologna Dermatology, 2014.</i></p>

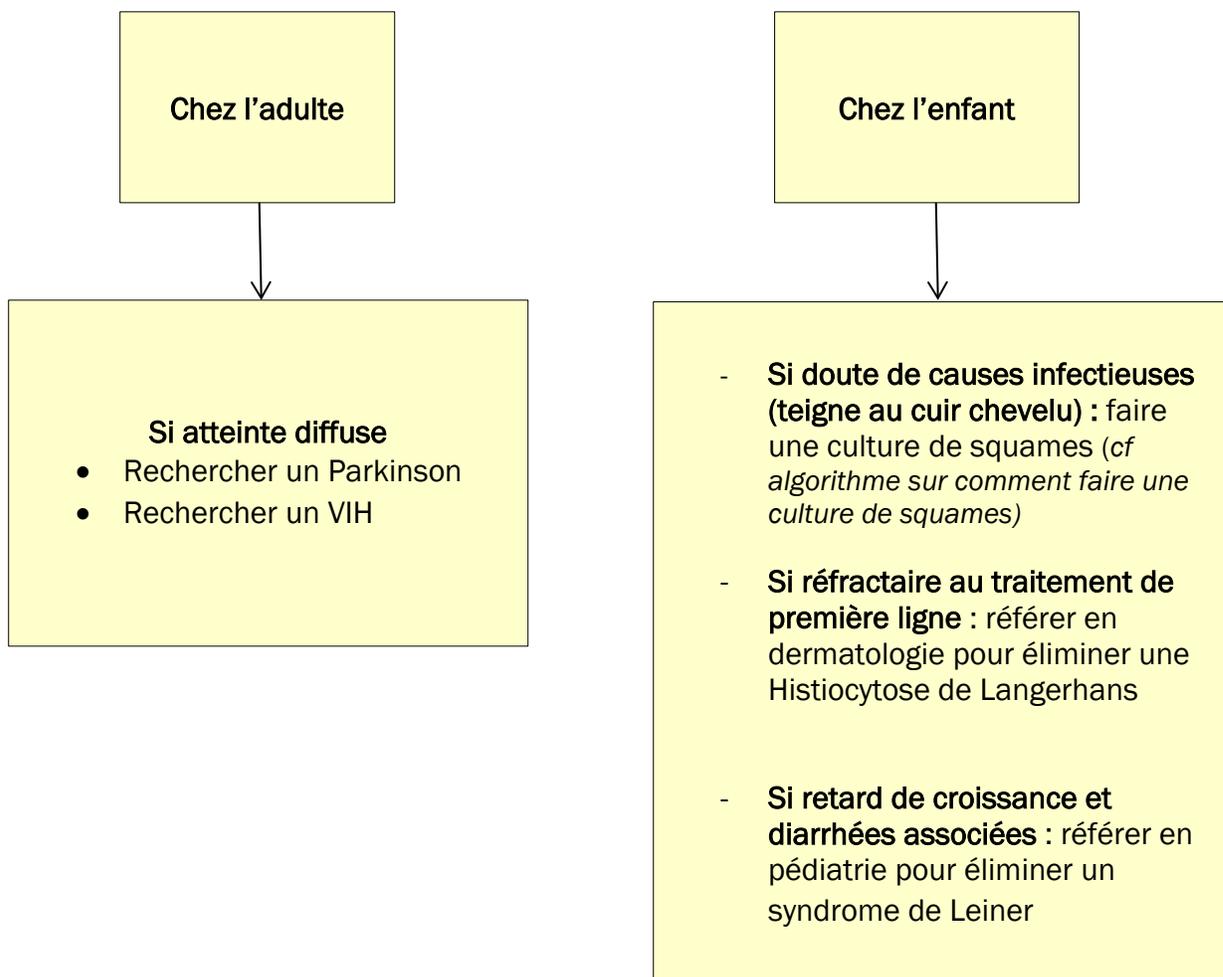
Traitements :

Shampoings 3 fois/semaine :

- Ketoconazole 2% (Nozoral®)
- Selenium sulfide (Selsun Blue®)
- Zinc Pyrithione (Head & Shoulders®)

Le shampoing doit être utilisé avec un agent topique:

- Desonide 0,05% crème DIE
- Hydrocortisone 2,5 % crème DIE
- Tacrolimus 0,1% onguent DIE (Protopic®)



Dermites chroniques des mains

Comment la reconnaître ?

- Plaques érythématosquameuses palmoplantaires
- Vésicules claires tapioca interdigitales
- Fissures douloureuses
- Hyperkératose
- Depuis plus de 3 mois ou au moins 2 crises par année

La cause peut être unique, mais elle est souvent multiple

- Dermatite atopique
- Eczéma dishidrosique
- Dermatite de contact irritative
- Dermatite de contact allergique
- Psoriasis

Vérifier

- Histoire personnelle ou familiale d'atopie
- Irritants courants (lavage de mains fréquent, utilisation de désinfectants alcoolisés, contact avec produits ménagers, acides, bases)
- Allergènes courants : métaux, parfums, caoutchouc et dérivés cosmétiques
- Emploi est-ce que la dermite va mieux en vacances?
- Vérifier les pieds à la recherche de tinea pedis (macération interdigitale)
- Présence de surinfection bactérienne

Procéder à une culture de squames des mains

Si culture négative

- Débuter un corticostéroïde topique classe 1 ou 2 BID x 8 semaines
- Émoullients réguliers
- Éviter les irritants (*cf guide pratique écrit en eczéma*)
- Renforcer l'observance thérapeutique

Si culture positive

Pour un dermatophyte, traiter avec Terbinafine crème BID x 14 jours les mains et les pieds d'emblée

Si la dermite persiste

Quand référer en dermatologie?

- Échec à 8 semaines de première ligne de traitement
- Suspicion de dermatite de contact allergique surajoutée
- Multiples surinfections hors de contrôle



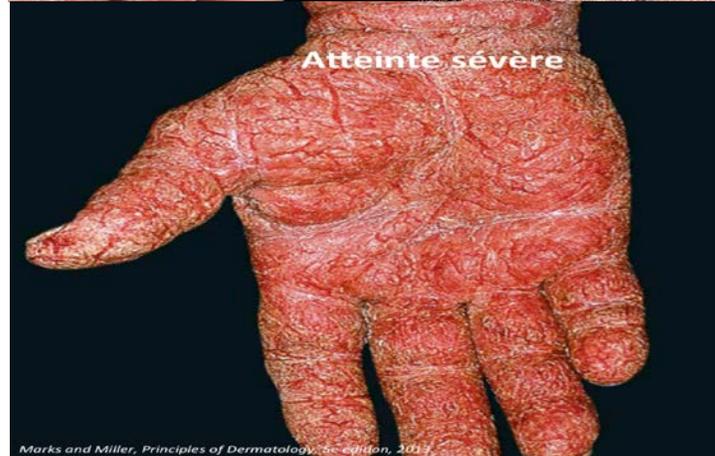
Atteinte légère

Marks and Miller, Principles of Dermatology, 5e édition, 2013.



Atteinte modérée

Marks and Miller, Principles of Dermatology, 5e édition, 2013.



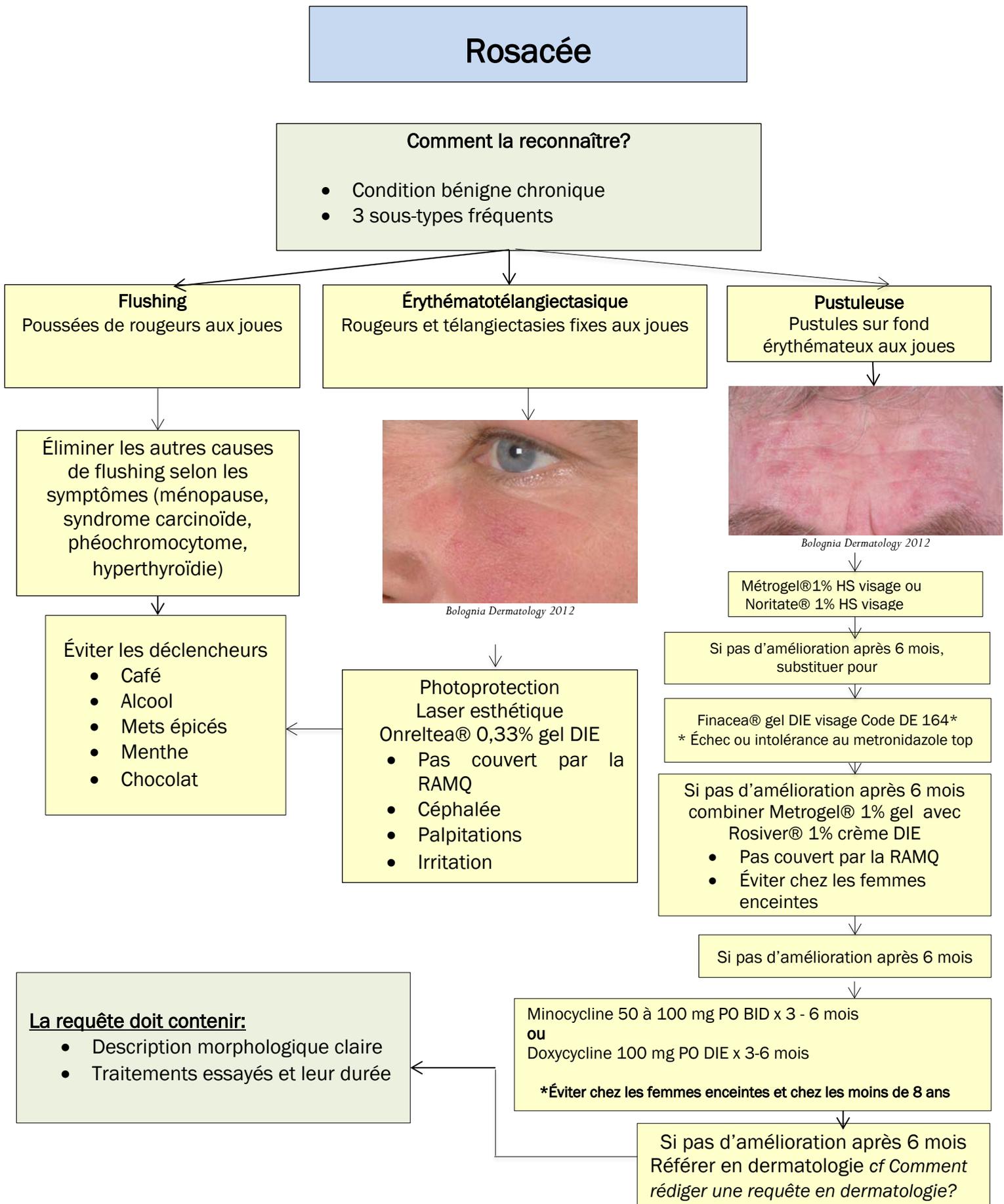
Atteinte sévère

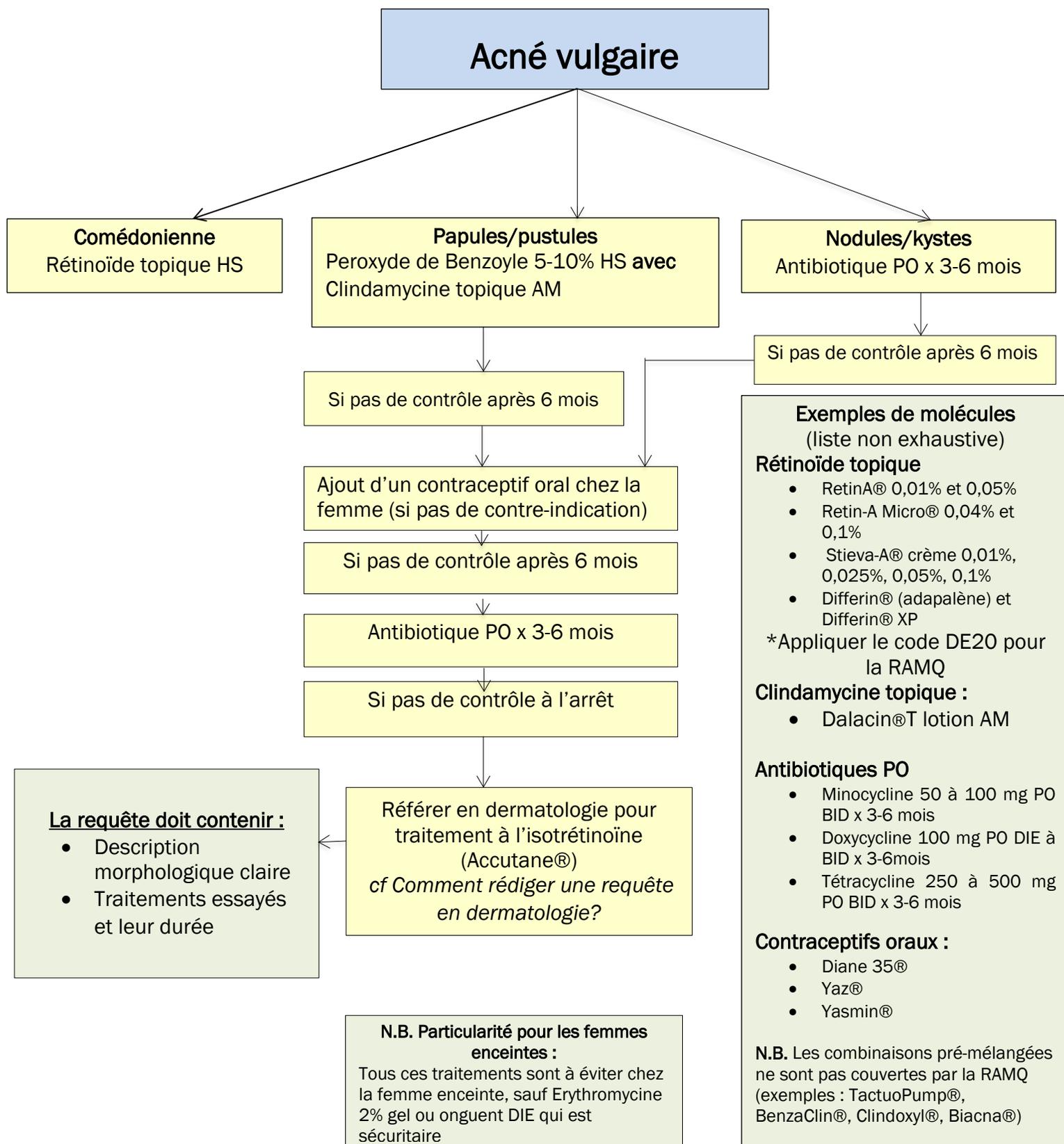
Marks and Miller, Principles of Dermatology, 5e édition, 2013.



Pustulose palmoplantaire

Marks and Miller, Principles of Dermatology, 5e édition, 2013.





Urticaire chronique

Comment la reconnaître?

- Papules/plaques boursoufflées ortiées
- Évanescentes (une plaque individuelle dure moins de 24h)
- Prurigineuses
- Évolution > 6 semaines
- Durée très variable (entre 9 mois et 9 ans)

Quelles en sont les causes?

- 60% idiopathique
- 35% physique (dermographisme, solaire, cholinergique, au froid, pression retardée)
- 5% vasculite urticarienne (plaques fixes et douloureuses)

Suspicion urticaire chronique

Vérifier les critères
d'évanescence et prurit

Si positif

Si plaques fixes et douleur +

Référer en dermatologie pour une
suspicion de vasculite
urticarienne
*cf Comment rédiger une requête en
dermatologie?*

Débuter anti-histaminique non sédatif 4 x dose standard
Exemples pour adulte :

- Réactine® 20 mg PO BID (seule molécule couverte par les assurances privées, 20 mg co.)
- Claritin® 20 mg PO BID
- Aerius® 10 mg PO BID

Si efficace après 6 mois

- Tenter sevrage graduel q 3-6 mois
- Viser dose minimale effective

Si inefficace après 6 mois

Référer en immuno-allergologie
ou en dermatologie *cf Comment
rédiger une requête en dermatologie*

La requête doit contenir :

- Description morphologique claire
- Étendue des lésions
- Traitements essayés et leur durée

N.B. Les AINS, l'aspirine et les opiacés sont à éviter durant les crises d'urticaire car peuvent empirer les symptômes, sans être nécessairement impliqués dans une réaction médicamenteuse sous-jacente.

N.B Spécifications pour l'urticaire froid : Doser:électrophorèse des protéines sériques, cryoglobulines, HBV, HCV, cryofibrinogène, VIH, Fournir Epipen® au patient.



Photo réelle du patient avec son consentement

Prurit généralisé

Comment le reconnaître?

- Prurit diffus primaire pancorporel
- Sans lésion primaire cutanée sous-jacente
- On peut retrouver des lésions d'excoriation secondaires et des lésions prurigo-like

Si négatif

Vérifier si xérose cutanée
(sécheresse de la peau)

Si positif

Vérifier le dermatographe

Émollient hypoparfumé pancorporel
BID x 8 semaines

Si négatif

Si positif

Si pas d'amélioration après 8 sem.

- Examen des adénopathies, foie, rate
- Bilan : FSC, Créatinine, AST/ALT/BiliT, Électrophorèse des protéines sériques, HBV, HCV, VIH, RX poumons, Glycémie, TSH, CRP
- Bilan néoplasique de dépistage approprié pour l'âge du patient

Urticaire chronique
de type
dermatographe

*Cf Algorithme urticaire
chronique*

Si anormal
Référer au spécialiste
approprié **et**



Dermatographe positif
Photo réelle du patient avec son consentement

Si normal

Si pas d'amélioration après 6 mois
Référer en dermatologie *cf Comment
rédiger une requête en dermatologie?*

Contrôle symptomatique de base :

- Aveeno Menthol ® pancorporel BID à QID
- Corticostéroïde topique de force faible à modérée selon le site avec Mupirocin® ong DIE à BID
- Recouvrir chaque lésion d'un Tegardem ®
- Cesser les manipulations
- Anti-histaminique non sédatif AM avec anti-histaminique sédatif HS

La requête doit contenir :

- Description morphologique claire
- Traitements essayés et leur durée
- Bilan et tests faits



*Lésions prurigo-like, induites par le grattage chronique
Photo réelle du patient avec son consentement*

Dermatoses infectieuses

Tinea versicolor

Comment le reconnaître?

- Condition infectieuse bénigne
- Causée par la *malassezia furfur*
- Tendance à la récurrence
- Plaques hypopigmentées à rosées
- Discrètement farineuses
- Prédominance tronc et haut des bras
- Plus apparente après une exposition solaire



Photo réelle du patient avec son consentement

Lésions compatibles avec tinea versicolor

Nizoral® Shampoing
Application DIE sur le corps x 7 jours
Attendre 5 minutes, puis rincer
ou
Ciclopirox crème BID sur le corps x 14 jours

Traitement d'entretien :
Reprendre 1 fois par mois au long terme pour éviter les récurrences

Si réfractaire après 6 mois

Référer en dermatologie
cf Comment rédiger une requête en dermatologie?

Si doute sur le diagnostic

Faire une culture de squames (*cf algorithme Comment faire une culture de squames?*) et spécifier au laboratoire de cultiver dans l'huile

Si positif

Si négatif

Référer en dermatologie

La requête doit contenir :

- Description morphologique claire
- Étendue des lésions
- Traitements essayés et leur durée
- Traitement d'entretien tenté

N.B. Une fois le tinea traité, les macules hypopigmentées peuvent prendre plusieurs mois avant de disparaître.

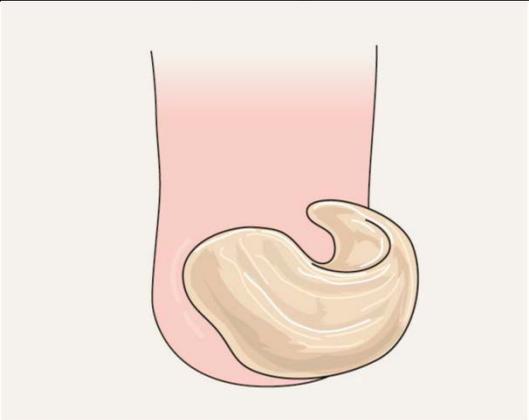
Onychomycose

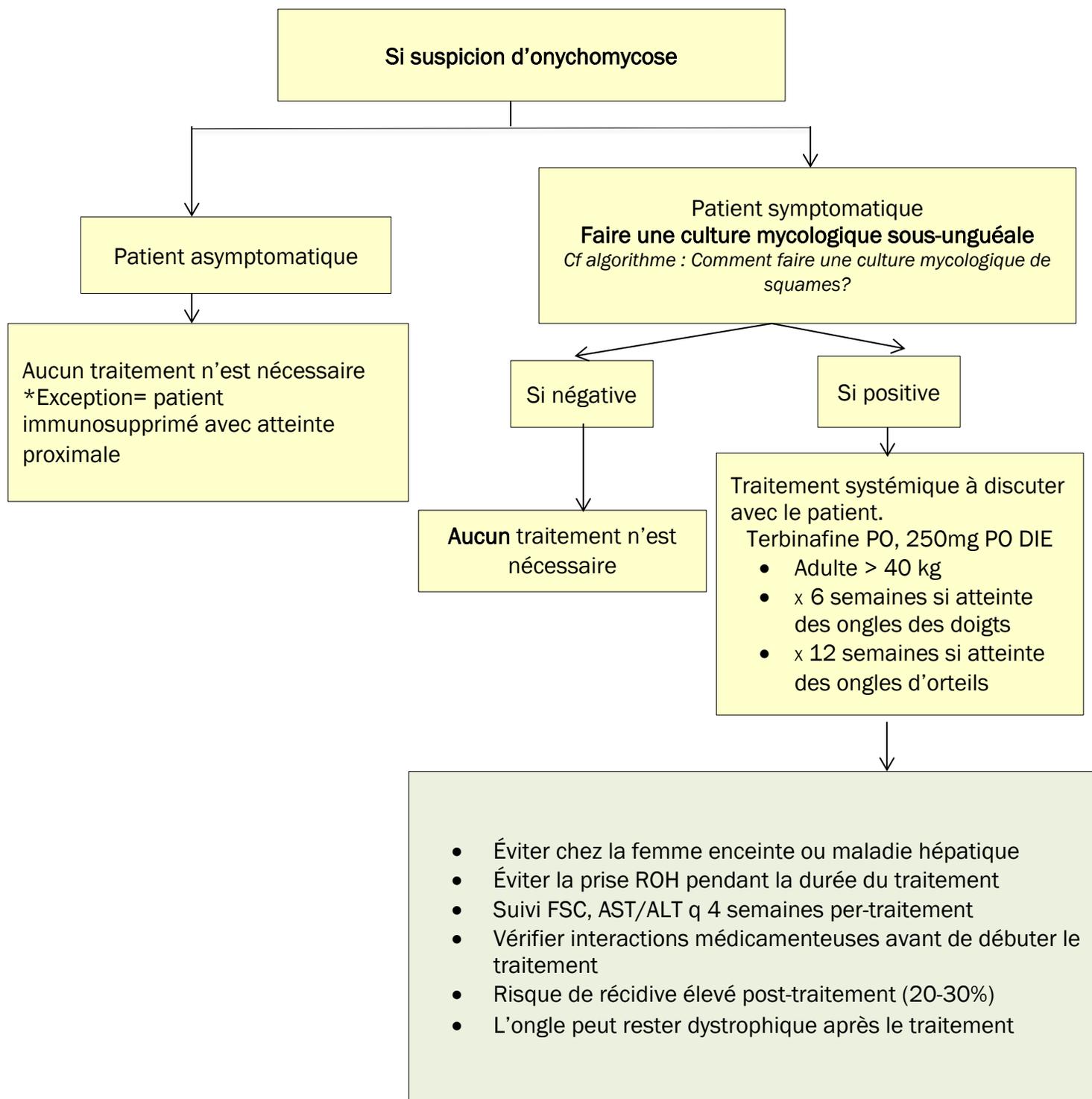
Comment la reconnaître?

- Infection fongique fréquente
- Asymptomatique
- Ongles d'orteils plus souvent affectés que les doigts
- Épaississement de l'ongle
- Décoloration grise, orangée, blanchâtre ou brune du plateau de l'ongle
- Distal > proximal
- Habituellement, un seul ongle est atteint. Rechercher d'autres causes si plusieurs ongles semblent atteints
- Rechercher tinea pedis concomitant

Quel est le diagnostic différentiel?

Diagnostic différentiel	Caractéristiques cliniques	Culture	Exemple
Onychomycose	<ul style="list-style-type: none"> • Épaississement • Décoloration grise, orangée, blanchâtre ou brune du plateau de l'ongle • Distal > proximal • Un seul ongle atteint habituellement 	Positive	 <p><i>Bologna Dermatology, 2012.</i></p>

<p>Psoriasis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Onycholyse • Tache d'huile • Pitting • Épaississement • Plusieurs ongles atteints • Atteinte corporelle + suggestive de psoriasis 	<p>Négative</p>	 <p><i>Photo de patient réel avec son consentement.</i></p>
<p>Eczéma</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pitting • Fissures, xérose périunguérales • Onycholyse • Plusieurs ongles atteints • Atteinte corporelle + suggestive d'eczema 	<p>Négative</p>	 <p><i>Bologna Dermatology, 2012.</i></p>
<p>Traumatique chronique (onychogrieffose)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Épaississement diffus • Symétrique, plusieurs ongles atteints • Coloration uniforme jaunâtre • Ongles déviés en hallux • Aspect de corne 	<p>Négative</p>	 <p><i>Dermatology Essentials, 2014.</i></p>



Gale

Comment la reconnaître?

- Plaques érythématosquameuses très prurigineuses
- Prurit nocturne
- Rechercher sillons au niveau des mains et nodules scabieux génitaux
- Les lésions sont principalement situées au niveau des espaces interdigitaux, des poignets, des plis des coudes, des aisselles et des organes génitaux.
- Chez les enfants, les lésions peuvent être situées au niveau du cuir chevelu et au niveau acral
- Rechercher une histoire de voyage, camping, nouveaux visiteurs, etc.



Paller & Mancini, Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology. 4th edition 2011

Traitements :

- 1^{er} application de perméthrine à 5% (Crème Nix® ou lotion Kwellada®) du cou aux orteils
- 2^e application de perméthrine une semaine après la 1^{er} application
- La crème doit être laissée sur la peau 8 à 12 heures après son application
- Tous les membres de la famille, les contacts proches et les partenaires sexuels doivent être traités de façon synchronisée

Pour les nourrissons de 2 à 24 mois :

- Application de la crème sur tout le corps, le cou, les oreilles externes, les tempes, le front, le visage et le cuir chevelu.
- Mettre des mitaines pour empêcher le nourrisson de mettre ses mains dans sa bouche

Pour les femmes enceintes :

Aucune contre-indication pour les femmes enceintes pour l'administration du traitement de perméthrine 5%

Environnement et objets personnels (traitement des fomites)

- Le nettoyage doit être effectué après chaque traitement
- Passer l'aspirateur sur toutes les surfaces
- Tous les vêtements, serviettes et literie utilisés durant la semaine avant le traitement doivent être lavés à l'eau chaude puis séchés au cycle chaud pendant au moins 20 minutes
- Placer tous les vêtements et accessoires non lavables dans des sacs de plastique et les entreposer pendant 7 jours

Quoi faire si lésions ou prurit persiste?

- 1) Vérifier l'observance thérapeutique et reprendre le traitement au complet au besoin
- 2) La gale s'eczématise fréquemment. Un traitement conjoint de corticostéroïdes topiques (faible au visage, modéré au corps) BID x 6-8 semaines est souvent nécessaire.

Verrues vulgaires palmoplantaires chez les 10 ans et plus

Comment les reconnaître?

- Papules hyperkératosiques
- Pertes des dermatoglyphes (lignes de la peau)
- Présence de points noirs

Diagnostic différentiel

- Corps calleux : se différencie par l'absence de points noirs et la localisation en des zones de pression. L'hyperkératose pénètre le pied de façon conique. Le traitement définitif consiste à enlever le frottement et la pression sur le site concerné

Verrues palmoplantaires

Azote liquide x 2 cycles aux 6 à 8 semaines
(cf. *algorithme sur la technique de l'azote liquide*)
N.B. Service disponible dans plusieurs pharmacies avec
Soluver Plus® DIE + pierre ponce
N.B. Éviter le Soluver® chez les femmes enceintes

Si pas d'amélioration après 6 mois
Acide salicylé 40% DIE dans Efudex® sous occlusion
N.B. Éviter chez les femmes enceintes

Si pas d'amélioration après 6 mois
Référer en dermatologie
Cf *Comment rédiger une requête en dermatologie?*

La requête doit contenir :

- Description morphologique claire
- Étendue ou nombre de verrues
- Traitements essayés et leur durée

Conseils pour éviter la propagation/contagion

- Utiliser des souliers d'eau dans les piscines publiques ou autres milieux humides
- Garder les verrues sous occlusion

Condylomes accuminés

Comment les reconnaître?

- Papules sessiles (plates) à large nodules en chou-fleur
- Chair rosée ou brunâtre
- Principalement les régions anogénitales et inguinales
- Chez un être immunocompétent, la majorité des lésions disparaissent spontanément à l'intérieur d'un an
- Causés par le VPH 6 et 8, de façon générale

Présences de condylomes

Petite taille

Cryothérapie x 2 cycles sur les lésions q 8 semaines

Si réfractaire après 6 mois

Imiquimod 5% (Aldara®) 3 fois par semaine x 16 semaines
ou
Imiquimod 3,75% die x 8 jours

*Éviter chez les femmes enceintes

Possibilité de reprendre q 6 mois si récidive

Si réfractaire

Référer en dermatologie

cf Comment rédiger une requête en dermatologie?

Grande taille

Référer en chirurgie générale pour exérèse chirurgicale

La requête doit contenir?

- Description morphologique claire incluant le nombre et la taille des lésions
- Traitements essayés et leur durée



Prévention :

- . Aborder avec le patient le vaccin contre le VPH
- . Aborder avec le patient les conseils de transmission sexuelle
- . Chez les femmes, procéder à un PAP test
- . Si lésions périanales, référer en spécialité (chirurgie générale) pour une anoscopie

BIBLIOGRAPHIE

BOLOGNIA et al., *Dermatology Essentials*, 1st edition, Elsevier, 2014.

GAWKRODGER et al., *Dermatology An Illustrated Colour Text*, 5th edition, 2012.

MARKS and MILLER, *Principles of Dermatology*, 6th edition, Elsevier, 2019.

BOLOGNIA et al., *Dermatology*, 4th edition, Elsevier, 2019.

LOWELL et al., *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*, 8th edition, 2012.

PALLER & MANCINI, *Pediatric Dermatolo.gy*, 4th edition, Elsevier, 2011.

FERNANDES, C. (2017). Impacts d'un guide pratique sur les connaissances concernant le traitement contre l'eczéma et son application dans une population pédiatrique ; Phase 1: Conception et validation d'un guide pratique écrit et d'un questionnaire de connaissances sur l'eczéma de l'enfant auprès d'une population de jeunes adultes (Mémoire de maîtrise, Université de Montréal). Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca>



**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke**

Québec 