

0052 Traitement des lipoatrophies faciales utilisant des implants de Medpor® en polyéthylène poreux

Claude O*(1), Domergue Than Trong E(2), Blanc R(3), Ascher B(1), Meningaud J(1), Bagot M(2), Lantieri L(1)

(1)Service de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique, (2)Service de Dermatologie, (3)Service de neuro-radiologie, Hôpital Henri-Mondor, Université Paris-XII, Créteil, France

Mot-clé : Lipoatrophie faciale (VIH) (implant Medpor®).

Introduction : La lipoatrophie faciale des patients VIH a une incidence croissante et une sévérité accrue. Les produits de comblement résorbables ne donnent que des résultats temporaires et sont peu adaptés aux cas les plus sévères. Le lipofilling est souvent décevant avec notamment des prélèvements de graisse lipodystrophique difficiles et des résultats peu prédictibles. Nous proposons une alternative pour la correction du tiers moyen du visage en utilisant des implants de polyéthylène poreux de Medpor®.

Matériel et méthodes : Nous avons pris en charge 9 patients VIH présentant des lipoatrophies faciales modérées à sévères. Ils ont été traités par mise en place dans la région sous-malaire d'implants de Medpor® par voie vestibulaire en position sous-périostée. Les contours des implants ont été ajustés en per-opératoire et le placement a été adapté afin de traiter spécifiquement les besoins de chaque patient.

Résultats : Les résultats morphologiques ont été jugés bons ou très bons par les patients et les chirurgiens avec un recul moyen de 13 mois. Une infection unilatérale chez un patient a nécessité la dépose de ses implants. Aucune autre complication n'a été relevée. Les résultats sont restés stables et naturels.

Conclusion : Les implants de Medpor® en polyéthylène poreux constituent pour nous le traitement de référence des lipoatrophies faciales modérées à sévères du tiers moyen du visage. Ils permettent une correction en un seul temps et de façon définitive. De plus leur ablation si elle devenait nécessaire reste facilement réalisable contrairement aux produits de comblement injectables non résorbables.

0189 Evaluation comparative de l'efficacité de deux schémas thérapeutiques de peelings à l'acide glycolique dans les héliodermies du visage

Theunis J(1), Ambonati M(1), Queille-Roussel C(2), Duteil L(2), Zacaria W(2), Baspeyras M(3), Beylot C(3), **Degouy A***(1), Schmitt A M(1)

(1)Pharmacoclinique, Institut de Recherche Pierre Fabre, Toulouse, (2)Dermatologie, Centre de Pharmacologie Clinique, Nice, (3)Dermatologue, Cabinet, Bordeaux, France

Introduction: Les acides alpha-hydroxycarboxyliques (AHA) sont largement utilisés en cosmétologie. Bien que leur mécanisme d'action moléculaire ne soit pas connu, à concentrations élevées ils diminuent la cohésion intercornéocytaire, exfolient les couches épidermiques superficielles et agiraient aussi de façon indirecte sur le derme. Ils sont donc proposés pour traiter le vieillissement cutané. Le but de cette étude est d'évaluer les performances de 2 schémas thérapeutiques de peelings à l'acide glycolique sur les signes d'héliodermie du visage: concentrations croissantes d'acide glycolique (30, 50 et 70 %) versus acide glycolique à 30%.

Matériel et Méthodes: Etude monocentrique, en ouvert, randomisée ayant reçu l'accord des Autorités, sur des hommes et des femmes âgés de 45 à 65 ans, de phototype \leq IV avec des signes d'héliodermie du visage ; sévérité des rides évaluée à l'aide d'un photographeur. Les volontaires n'avaient pas de lésion dermatologique sur le visage, n'avaient pas subi d'intervention esthétique sur le visage depuis 6 mois, de traitement par peelings ou laser depuis 3 mois, par produits de comblement depuis 1 mois. Cinq traitements étaient appliqués par un dermatologue toutes les 2 semaines pendant 2 mois et demi : Groupe 1 concentrations croissantes : 1^o fois 30%, 2^o et 3^o fois 50%, 4^o et 5^o fois 70% - Groupe 2: 5 fois 30%. Critères d'évaluation : photographies standardisées cotées par deux experts dermatologues, évaluation globale de l'efficacité par les investigateurs (EVA) et les volontaires (questionnaire), évaluation du relief cutané par analyse d'empreintes (patte d'oie et joue), évaluation de l'élasticité par cutométrie, tolérance.

Résultats (facultatif pour poster): 54 sujets inclus. Age moyen 54.9 ans (groupe 1) et 55.9 ans (groupe 2). Rides de grade $>$ 6 pour 65% des sujets. L'efficacité cotée par les experts indépendants à partir des photographies standardisées n'est pas significativement différente entre les 2 groupes à la fin du traitement. En revanche, il existe une supériorité d'efficacité des doses croissantes sur les autres critères. L'efficacité globale évaluée par les investigateurs montre une différence significative en faveur du schéma progressif à partir de J70. L'étude du micro relief mesure une amélioration de la rugosité moyenne supérieure dans le groupe 1 avec une cinétique d'amélioration plus rapide dans la 1ère moitié de l'étude. L'élasticité cutanée a augmenté dans les deux groupes illustrant un effet progressif de l'acide glycolique sur le derme. Les volontaires ont été globalement plus satisfaits de l'efficacité dans le groupe 1. La tolérance globale a été jugée bonne sans aucun effet indésirable lié aux produits.

Conclusion: Il s'agit de la première étude comparative qui démontre par des mesures objectives l'intérêt des AHA dans le vieillissement cutané. L'amélioration du relief cutané est supérieure dans le groupe 1. Les résultats obtenus démontrent l'intérêt de l'acide glycolique utilisé à concentrations progressives dans la prise en charge cosmétique du vieillissement cutané même chez des sujets présentant une héliodermie modérée à sévère. Ces résultats sont concordants avec ceux publiés dans la littérature bien qu'il n'existe pas de schéma d'utilisation standardisé qui permette des analyses comparatives rigoureuses (1).

Référence - Veuillez indiquer au maximum 2 références: 1- Funasaka Y. et al. The Efficacy of glycolic acid for treating wrinkles: analysis using newly developed facial imaging systems equipped with fluorescent illumination. *J Dermatol Sc.* 2001; 27 (suppl 1) 53-59.

0136 Dermatose mixte du visage, une entité fréquente méritant d'être individualisée: à propos de 17 cas

Springinsfeld G*(1), Cribier B(1), Lipsker D(1)

(1)Service de Dermatologie, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France

Introduction: La dermatite séborrhéique et la rosacée sont deux affections communes chez l'adulte. Elles constituent l'un des principaux motifs de consultation en dermatologie et leur caractère invalidant est probablement sous-estimé. En raison de leur forte prévalence, leur association chez un même malade est possible. L'objectif de cette étude était de caractériser les aspects cliniques et évolutifs de patients atteints simultanément de ces deux affections, situation dénommée dermatose mixte de la face et décrite pour la première fois par Grosshans en 1999 (1).

Matériel et Méthodes: Dix-sept malades atteints de dermatose mixte et vus en consultation à partir de la fin des années 90 ont été identifiés, principalement par l'intermédiaire des données du fichier photographique de la clinique. Les critères d'inclusion étaient les suivants : malade ayant une atteinte érythémato-squameuse des zones séborrhéiques avec ou sans état pelliculaire du cuir chevelu ainsi qu'un érythème télangiectasique et/ou des papulopustules. Les caractéristiques cliniques des patients ont été précisées ainsi que les données de suivi lorsqu'elles étaient disponibles.

Résultats (facultatif pour poster): Il s'agissait de 10 hommes et 7 femmes, âgés de 46 ans en moyenne. La durée moyenne d'évolution avant le diagnostic de dermatose mixte était de 8 ans. La dermatose mixte était diagnostiquée sur l'aspect clinique de l'atteinte faciale, la présentation des deux composantes étant typique chez seize malades. Les aspects cliniques de la dermatite séborrhéique ou de la rosacée étaient fréquemment rapportés comme prédominant à certains moments et variables dans le temps, l'évolution des deux composantes n'étant pas synchrone. Six patients avaient appliqué des dermocorticoïdes au préalable, responsables d'une aggravation des lésions de rosacée. Le traitement simultané des deux affections entraînait habituellement une nette amélioration des symptômes.

Discussion: L'association d'une dermatite séborrhéique et d'une rosacée pourrait être fortuite compte tenu de leur forte prévalence. L'identification d'une dermatose mixte comporte d'importantes implications diagnostiques et thérapeutiques. Celle-ci n'est pas toujours évidente, les signes de l'une des deux affections en cause pouvant prédominer au moment d'une consultation. L'interrogatoire tient donc une place considérable à la recherche de poussées intermittentes de l'une des deux affections. En cas de dermatose mixte, il convient de traiter ses deux composantes pour obtenir une amélioration clinique.

Référence - Veuillez indiquer au maximum 2 références: 1. Grosshans E. La rosacée. Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles. Saurat J-H, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle J-M, 3e édition. Paris : Masson, 1999 ;783-6

0347 Efficacité éclaircissante d'un produit dermo-cosmétique dans la prise en charge de melasmas ou lentigos de population asiatique et caucasienne

Coutanceau C*(1), Sibaud V(1), Ambonati M(2), Schmitt A(3)

(1)Service de Développement Clinique, Institut de Recherche Pierre Fabre, Toulouse, (2)Département Ducray, Laboratoires Dermatologiques Ducray, Lavour, (3)Pole Recherche, Exploration et Développement Clinique, Centre de Recherche sur la Peau, Toulouse, France

Introduction: Cette étude comparative avait pour but d'évaluer sur une période de 4 mois l'efficacité éclaircissante d'un traitement topique associant deux actifs : L-ascorbyl-glucoside et niacinamide sur des melasmas ou lentigos chez des patientes Asiatiques et Caucasiennes.

L-ascorbyl-glucoside¹ (vitamine C à libération prolongée) diminue la synthèse de la mélanine grâce à son effet anti-oxydant et à l'inhibition de la tyrosinase. Quant à la niacinamide, elle bloque le transfert de la mélanine des mélanocytes aux kératinocytes.

Matériel et Méthodes: 21 femmes de type Caucasiennes (moyenne d'âge : 48 ans) ayant un phototype II ou III selon la classification de Fitzpatrick et 22 femmes Asiatiques (moyenne d'âge : 42 ans) ayant un phototype III ou IV, présentant des lentigos de diamètre supérieur à 3 mm ou des melasmas ont appliqué le produit à l'étude sur l'ensemble du visage et du cou pendant 4 mois, deux fois par jour.

Des photographies en lumière polarisée croisée à chaque temps de mesure devaient permettre de réaliser une évaluation dermatologique selon l'échelle de notation "Physician's global assessment"² ainsi que d'analyser la couleur et la morphologie des taches pigmentaires. Ces paramètres étaient mesurés sur une tache et sur une zone de peau normale adjacente. De plus l'efficacité était évaluée par les patientes grâce à un questionnaire d'autoévaluation.

Résultats (facultatif pour poster): Concernant le critère principal, une amélioration significative de la pigmentation a été notée pour 88% des sujets à T2mois ($p<0,0001$), et 93% des sujets à T4mois ($p<0,0001$). L'analyse de la couleur de la tache a mis en évidence une diminution significative du paramètre b^* (coordonnée de chromaticité) après 2 mois ($p<0,05$) et 4 mois d'utilisation ($p<0,05$). Ces variations étaient représentatives d'un éclaircissement de la tache après 2 mois, confirmée après 4 mois d'utilisation du soin.

Sur la peau normale adjacente à la tache, l'analyse de la couleur montrait également des diminutions significatives du paramètre b^* à T2mois ($p<0,05$) et T4mois ($p<0,05$). Ces résultats démontraient un éclaircissement de la carnation après 2 mois et 4 mois d'utilisation du soin.

L'analyse morphologique de la tache a montré une diminution significative du périmètre et de la surface des taches pigmentaires dès 2 mois d'utilisation confirmée après 4 mois d'utilisation ($p<0,05$).

Quant à l'efficacité perçue évaluée par les patientes, plus de 80% du panel observait un éclaircissement du teint ainsi qu'une atténuation des défauts de pigmentation.

Par ailleurs, la tolérance était jugée bonne.

Conclusion: Cette étude montre l'intérêt d'un produit dermo-cosmétique contenant L-ascorbyl-glucoside et niacinamide dans l'éclaircissement des taches tels que lentigos et melasmas, et dans l'uniformisation du teint. Dès 2 mois d'application, les évaluations dermatologique et biométrologique mettent en évidence une amélioration, confirmée après 4 mois d'utilisation. Ces résultats sont corrélés à l'efficacité perçue par les patients et recueillie au travers d'un questionnaire d'autoévaluation.

Référence - Veuillez indiquer au maximum 2 références: ¹Kameyama K, Sakai C, Kondoh S, et al. Inhibitory effect of magnesium 1-ascorbyl-2-phosphate (VC-PMG) on melanogenesis in vitro and in vivo. J Am Acad Dermatol 1996;34:29-33.

²Pandya A, Berneburg M, Ortonne JP et Picardo M. Guidelines for Clinical Trials in Melasma, Brit J Dermatol 2007;156(suppl1):21-28

0160 Evaluation de la myrtacine® dans le traitement de l'acné : étude observationnelle menée auprès de 1231 patients

Jérôme A(1), Ambonati M(1), **Durosier V***(1)

(1)Direction Médicale, Laboratoires Dermatologiques Ducray A-Derma, Pierre Fabre Dermo-Cosmétique, Lavalur, France

Introduction: L'objectif de cette étude était d'évaluer, en situation réelle d'utilisation, l'efficacité et la tolérance d'une crème contenant de la Myrtacine®, utilisée seule ou en association à un traitement médicamenteux, sur une large cohorte de patients présentant une l'acné.

Matériel et Méthodes: Dans cette étude observationnelle, des patients présentant une acné étaient traités par de la Myrtacine® à 0,01% (Kéracnyl Crème), seule ou en association avec un traitement médicamenteux (rétinoïdes topiques, rétinol per os, peroxyde de benzoyle ou adapalène). La crème à la Myrtacine® était appliquée à la posologie de 1 à 2 fois par jour pendant 2 mois. La sévérité de l'acné était évaluée avec le GAGS (Global Acne Grading System) (1) et une IGA (Investigator's Global Assessment). La séborrhée était mesurée sur une échelle en 4 points (0= nulle à 3= sévère). Lors de la visite de suivi effectuée 6 à 12 semaines plus tard, la réponse clinique au traitement était évaluée avec une échelle PVAS modifiée (Physician's Visual Analog Scale). Les patients devaient compléter un auto-questionnaire évaluant la sévérité de leur acné sur une échelle PGA (Patient Global Assessment) et sur une échelle de Rapp modifiée (2), ainsi que leur qualité de vie sur les échelles SF12 et CADI (Cardiff Acne Disability Index).

Résultats (facultatif pour poster): 248 dermatologues ont participé à l'étude dans laquelle 1231 patients âgés de 21 ans en moyenne ont été inclus. 90% des patients ont reçu un traitement médicamenteux topique ou per os associé, et les 10% restants ont été traités uniquement par de la Myrtacine®. 81,3% des patients inclus ont été revus en consultation de suivi, en moyenne après 9 semaines.

Entre l'inclusion et la clôture, chez les patients ayant reçu un traitement médicamenteux associé à la Myrtacine®, une diminution significative ($p < 0.0001$) de la sévérité a été observée, avec une diminution de 39% de l'IGA et de 40% du GAGS. La séborrhée a significativement diminué de 37,5% ($p < 0.0001$). Une amélioration de l'acné a été observée par les dermatologues chez 95% des patients, avec une efficacité identifiée chez 85%. Sur l'auto-évaluation, la sévérité de l'acné des patients a été diminuée de 35% et le score de Rapp de 42% ($p < 0,0001$). La qualité de vie a été significativement ($p < 0,0001$) améliorée (CADI diminué de 35%). La tolérance a été bonne chez 88% des patients traités par des rétinol topiques, 87% des patients traités par des rétinol per os et 90% des patients traités par du peroxyde de benzoyle ou de l'adapalène.

Les patients traités par la crème à la Myrtacine® seule ont présenté des résultats comparables. Une diminution significative ($p < 0.0001$) de la sévérité a été observée, avec une diminution de 33% de l'IGA et de 39% du GAGS. La séborrhée a significativement diminué de 33% ($p < 0.0001$). Une amélioration de l'acné a été observée par les dermatologues chez 92% des patients, avec une efficacité identifiée chez 81%. Sur l'auto-évaluation, la sévérité de l'acné des patients a été diminuée de 38% et le score de Rapp de 44% ($p < 0,0001$). La qualité de vie des patients a été significativement ($p < 0,0001$) améliorée (CADI diminué de 37%). La tolérance à la crème a été bonne chez 91% des patients.

Conclusion: Cette étude observationnelle a démontré la bonne tolérance de la Myrtacine® en association à un traitement médicamenteux anti-acnéique, notamment avec les rétinol topiques et per os, ainsi que son efficacité, utilisée seule ou en association.

Référence - Veuillez indiquer au maximum 2 références: (1) Doshi A and al. A comparison of current acne grading systems and proposal of a novel system. *Int J Dermatol* 1997; 36: 416-8.

(2) Rapp S.R. and al. Anger and acne: implications for quality of life, patient satisfaction and clinical care. *Br J Dermatol* 2004; 151: 183-9.

0443 Facteurs liés à la sévérité du mélasma : une étude prospective sur 197 patients tunisiens

Guinot C(1), Cheffai S(2), Latreille J(1), Dhaoui M A(2), Youssef S(2), Jaber K(2), Nageotte O(1), **Doss N*(2)**
(1)*Biométrie et Epidémiologie, CERIES, Neuilly-sur-Seine, France,* (2)*Département de Dermatologie, Hôpital Militaire, Tunis, Tunisie*

Mot-clé : Mélasma (facteurs de sévérité).

Introduction : Dans les départements de dermatologie, le mélasma est une des causes les plus fréquentes de consultations des personnes avec un phototype foncé. Le but de cette étude était de décrire les facteurs influençant la sévérité du mélasma d'une large population tunisienne atteinte de cette pathologie.

Matériel et méthodes : Cent quatre vingt dix sept patients atteints de mélasma venus consulter à l'Hôpital militaire de Tunis ont été inclus prospectivement d'août 2005 à août 2006 dans cette étude. Pour évaluer la sévérité du mélasma, le MASI (Melasma Area and Severity Index) a été calculé (1), puis catégorisé grâce à la méthode des quartiles : $MA SI < 5.5$ (léger) $5.5 \leq MASI < 8.7$ (modéré), $8.7 \leq MASI < 13.1$ (sévère) et $MA SI \geq 13.1$ (très sévère). Une analyse exploratoire des facteurs influençant la sévérité du mélasma a été effectuée à l'aide d'une méthode d'analyse factorielle des correspondances. Les liens entre chaque facteur et le risque de présenter un mélasma sévère (défini comme "sévère ou très sévère" versus "léger ou modéré") ont ensuite été étudiés à l'aide d'une série de régressions logistiques univariées. Enfin, une régression logistique multiple a été réalisée en prenant en compte les facteurs ayant montré un lien significatif à l'étape précédente.

Résultats : La population était composée de 188 femmes et 9 hommes, âgés de 19 à 60 ans. Quatorze pour cent des patients présentaient un phototype de type III, 46% de type IV et 41% de type V. Soixante quatorze pour cent des patients avaient un mélasma de type centrofacial, 24% de type malaire et 2% de type mandibulaire. Cinquante huit pour cent des patients présentaient un mélasma d'aspect hétérogène et 41% un mélasma de couleur brun foncé ou noir. Trente six pour cent des patients ont déclaré avoir une altération nette ou sévère de la qualité de leur vie à cause de leur mélasma. Par ailleurs, 38% des patients ont déclaré s'être particulièrement exposés au soleil au cours de leur vie. L'exposition au soleil a été déclarée être un facteur déclenchant par 51% des patients et un facteur aggravant par 84%. La survenue du mélasma a été rapportée comme étant liée à une grossesse par 50% des femmes, et liée à la prise d'un contraceptif oral par 25 % des femmes de cette étude. Des liens statistiquement significatifs ont été mis en évidence entre le MASI et le phototype, l'âge, l'intensité du photo-vieillessement apprécié par l'échelle de Larnier (2), l'intensité d'exposition au soleil au cours de la vie et l'altération de la qualité de vie. Après ajustement multiple, le risque de mélasma sévère a été trouvé lié significativement à l'intensité de l'exposition au soleil au cours de la vie, aux phototypes foncés et à l'importance du photo-vieillessement (grades 3 et 4).

Discussion : Cette étude a permis de confirmer que les formes les plus sévères apparaissent le plus souvent chez les patients ayant un phototype foncé, les plus âgées, et ceux qui se sont particulièrement exposés au soleil au cours de leur vie ; ces formes de mélasma entraînant généralement une dégradation de la qualité de vie des patients.

Conclusion : L'étude du mélasma sur ce type de population est très importante en raison du préjudice esthétique qu'il entraîne chez les patients ayant un phototype foncé, compte-tenu du manque d'efficacité des traitements actuels et de la non-adhérence aux recommandations de photo-protection.

Références

1. Kimbrough-Green CK et al. Topical retinoic acid (tretinoin) for melasma in black patients. A vehicle-controlled clinical trial. Arch Dermatol. 1994; 130:727-33.
2. Larnier C et al. Evaluation of cutaneous photodamage using a photographic scale. Br J Dermatol. 1994; 130:167-73.

0516 Morphée de la joue évoluant tardivement vers une hémiatrophie faciale

Studer M*(1), Le Teuff E(2), Truchetet F(3)

(1)dermatologie, hopital Fournier, Nancy, France, (2)cabinet de dermatologie, 1 place Turenne,

(3)dermatologie, hopital Beaugard, Thionville

Introduction: Les sclérodermies localisées ou morphées sont des états scléreux acquis de la peau regroupant des entités cliniques variées classées selon l'extension des lésions, leur caractère linéaire et monomélique et la profondeur de la sclérose cutanée. Si le pronostic vital n'est jamais engagé, les handicaps fonctionnels ou esthétiques engendrés peuvent avoir un retentissement majeur sur la qualité de vie. Nous rapportons ici une observation où une plaque de morphée a évolué tardivement vers une hémiatrophie faciale très invalidante sur le plan esthétique.

Observations: Une femme de 43 ans consultait en dermatologie en décembre 2007 pour une plaque atrophique pigmentée de la joue gauche évoluant depuis six mois. Elle avait pour antécédent une sclérodermie en plaque de la joue gauche évoluant depuis 1992 dont le diagnostic était porté sur une biopsie en 1994. Un traitement par Dermoval® pendant quatre mois puis par anti-paludéens de synthèse permettait une évolution favorable avec persistance d'une discrète pigmentation mais sans aucune atrophie. En juillet 2007, soit treize ans après l'épisode initial, la patiente constatait une atrophie de la joue gauche d'aggravation progressive motivant la réalisation d'un électromyogramme. Celui-ci mettait en évidence une paralysie faciale périphérique infra-clinique, en rapport avec une atrophie du tissu sous-cutané. Une IRM cérébrale et du massif facial confortait l'existence d'une atrophie des masses musculaires de l'hémiface gauche sans lésion osseuse. L'interrogatoire et l'examen clinique ne permettaient pas de trouver d'autre étiologie à cette hémiatrophie que l'évolution tardive d'une sclérodermie en plaque. Devant l'absence de signes inflammatoires évoquant un processus cicatriciel, on proposait à la patiente une infiltration de tissu adipeux dans la plaque d'atrophie cutanée selon la technique de Colmann.

Discussion: La sclérodermie en plaques est définie par une ou plusieurs plaques cutanées scléreuses à centre ivoire brillant entouré d'un anneau inflammatoire violacé. L'évolution habituelle d'une sclérodermie en plaque se fait vers l'atrophie et la pigmentation ou la dépigmentation résiduelle en trois à cinq ans. Dans une étude menée sur une période de trente-trois ans dans le comté d'Olmsted aux Etats-Unis, cinquante pourcent des patients ayant une sclérodermie en plaque notaient une résolution complète de la maladie en 2.7 ans. Toutefois, pour une minorité de patients, le processus sclérodermique restait actif pendant plus de vingt ans. Cela reste une situation rare. Notre observation souligne non seulement la possibilité d'une atrophie plus de dix ans après le diagnostic mais encore l'importance de la profondeur de cette atrophie ne se limitant pas à la peau et aux tissus sous-cutanés mais touchant aussi les masses musculaires. Le rôle de la corticothérapie locale dans l'atrophie est possible mais la survenue de cette atrophie plus de 10 ans après ce traitement nous a fait écarter cette hypothèse.

Conclusion: La sclérodermie en plaques est considérée comme une pathologie bénigne n'évoluant pas vers la sclérodermie systémique et n'engageant pas le pronostic vital. Toutefois, notre observation illustre l'importance que peuvent avoir les séquelles esthétiques d'autant plus qu'elles surviennent après des années d'évolution alors que la maladie initiale ne faisait plus parler d'elle.

Référence - Veuillez indiquer au maximum 2 références: 1. Bono W. Dupin N. Sclérodermies localisées ou morphées. Presse Med.2006 ;35 :1923-8

2. Lynne S. et al. The Epidemiology of Morphea (Localized Scleroderma) in Olmsted County 1960-1993.J Rheumatol.1997 ;24:73-80

0518 Eruption des oreilles sous inhibiteur de mtor

Schneider P*(1), Tomasic G(2), Escudier B(3), Wechsler J(4), Robert C(1), Mateus C(3)

(1)dermatologie, (2)anatomopathologie, (3)immunologie, IGR, villejuif, (4)anatomopathologie, Mondor, creteil, France

Introduction: Nous rapportons un cas d'éruption des oreilles isolée imputée à un nouvel inhibiteur de mTOR, RAD001 (Novartis, everolimus). Il s'agit à notre connaissance du premier cas décrit sous cette thérapeutique ciblée.

Observations: Mr. F, âgé de 64 ans traité par RAD001 depuis mars 2007, dans le cadre d'un essai thérapeutique de phase 3, pour un carcinome rénal métastatique, était adressé en dermatologie pour des lésions érythémateuses prurigineuses des oreilles. On notait dans ses antécédents un diabète, une HTA et une hypercholestérolémie traités depuis plusieurs années. Après 15 jours de traitement, Mr F. présentait des plaques érythémateuses prurigineuses fluctuantes de la face et des oreilles. Ces lésions s'étaient progressivement intensifiées associées à une sensation de cuisson des oreilles. L'examen cutané retrouvait des lésions érythémateuses, œdémateuses des oreilles recouvertes d'érosions et de croûtes. Les lobules n'étaient pas épargnés, quelques lésions similaires étaient retrouvées sur les joues, le cou, et la main droite. Le patient était apyrétique. L'interrogatoire ne retrouvait aucun antécédent dermatologique, pas d'utilisation de topique, pas d'introduction de nouveaux médicaments excepté le RAD 001. Les prélèvements cutanés virologique, bactériologique étaient négatifs. L'histologie montrait une acanthose épidermique associée à une infiltration dermique constituée de polynucléaires neutrophiles et de cellules mononuclées à prédominance périvasculaire. Les hémocultures étaient négatives, la biologie était normale. Les ANCA, facteur rhumatoïde, les anticorps antinucléaires étaient négatifs, complément normal. Le diagnostic de toxidermie sous RAD 001 possiblement impétiginisée était retenu devant la chronologie d'apparition et l'évolution favorable à l'arrêt de RAD 001.

Discussion: Le RAD 001 est un immunosuppresseur, initialement utilisé à la prévention du rejet de greffe après transplantation rénale ou cardiaque et ayant récemment obtenu une AMM pour le traitement du cancer du rein métastatique. Inhibiteur de la voie de signalisation intracellulaire faisant intervenir mTOR, il bloque les cellules au stade G1 du cycle cellulaire. mTOR est impliqué dans la régulation de la prolifération, de la migration, de la survie, de la croissance cellulaire et de la synthèse protéique. Les principaux effets secondaires retrouvés dans la littérature sont des folliculites, des aphtes, des œdèmes, des infections virales ou bactériologiques essentiellement urinaires ou pulmonaires, des leucopénies, des troubles hépatiques, des insuffisances rénales. Il n'a jamais été décrit ce type d'éruption. Dans notre observation plusieurs hypothèses pouvaient être évoquées :- Infectieuse : réfutée devant la négativité des cultures cutanées et des hémocultures, l'absence de syndrome inflammatoire.- Eczéma de contact : absence de facteur contact, histologie non compatible.- Maladies systémiques : bilan immunologique négatif, atteinte du lobule, atteinte cutanée isolée.- Syndrome paranéoplasique (acrokératose de Bazex): absence d'atteinte unguéale et des mains.- Toxidermie Ce dernier diagnostic était retenu devant des critères sémiologiques (S2) et chronologique (apparition à J15, régression à l'arrêt, pas de réintroduction, C3) compatibles avec un score d'imputabilité intrinsèque I3 pour RAD001. Cet effet n'a pas encore été rapporté et le score d'imputabilité extrinsèque est B0. Le caractère photodistribué de cette éruption pouvait évoquer une photoallergie qui n'a pas pu être étayée par des photo-patch tests en raison du décès du patient.

Conclusion: Avec l'essor en cancérologie de nouvelles molécules il est capital de s'intéresser aux nombreux et variés événements indésirables cutanés qui leur sont associés afin d'aider les patients et nos collègues cancérologues.

0278 Eruption cutanée rosacéiforme au voriconazole (vfold®) et posaconazole (noxafil®)

Tronquoy A F*(1), Duval modeste A B(1), Baricault S(2), Courville P(3), Joly P(1)

(1)clinique dermatologique, (2)centre régional de pharmacovigilance, (3)service d'anatomopathologie, chu rouen, 76000, France

Introduction: Nous rapportons 2 cas d'éruptions rosacéiformes survenues chez 2 patients traités par voriconazole et posaconazole. Ces molécules sont des triazolés de seconde génération, de structure chimique proche, utilisées dans le traitement des mycoses systémiques notamment l'aspergillose invasive

Observations: Le premier patient, âgé de 56 ans, présentait dans ses antécédents une maladie de Crohn non traitée. Il consultait pour une éruption érythémateuse, papulo-nodulaire du visage associée à un chalazion. L'éruption était survenue 13 jours après l'introduction du posaconazole (NOXAFIL®), prescrit pour une aspergillose pulmonaire. L'histologie cutanée était en faveur d'une rosacée granulomateuse. Le posaconazole était arrêté et un traitement par TOLEXINE® et ROSAGEL® était débuté. Une amélioration de 70 % des lésions à 1 mois de l'arrêt du posaconazole était notée et une rémission complète à 4 mois.

La deuxième patiente âgée de 62 ans, BPCO et insuffisante respiratoire chronique, présentait une éruption papulo-pustuleuse et nodulaire du visage. Les signes cutanés étaient survenus un mois après l'instauration d'un traitement par voriconazole (VFEND®) pour une aspergillose pulmonaire et 8 mois après l'instauration d'un traitement par tianeptine (STABLON®) pour un syndrome dépressif. Le voriconazole et le tianeptine étaient arrêtés et un traitement par TOLEXINE® et ROZEX® permettait une régression des lésions à 3 mois.

Discussion: : La survenue de rosacées sévères, quelques semaines après l'introduction d'un traitement par triazolés chez 2 patients sans antécédent de rosacée, fait discuter leur imputabilité dans cette éruption. Le délai de survenue étant compatible et l'évolution non concluante (traitement symptomatique de rosacée), l'imputabilité intrinsèque des triazolés est considérée comme douteuse selon la classification de Bégau. Il n'a jamais été rapporté, dans la littérature, d'éruption rosacéiforme sous triazolés. Le voriconazole est de manière fréquente à l'origine d'une photosensibilisation (cas rapportés d'érythème du visage et de chéilite photo induite), ce qui n'était pas le cas de nos 2 patients puisque les éruptions sont survenues en période hivernale. D'autre part, un cas d'éruption pustuleuse sévère a été rapportée dans laquelle l'imatinib et le voriconazole étaient co-suspects [1]. Peu de cas de rosacées induites par des médicaments ont été rapportés dans la littérature. Concernant le deuxième patient, la tianeptine ayant été arrêtée en même temps que le voriconazole, on peut envisager également la responsabilité de la tianeptine dans l'éruption ; un cas de rosacée survenue après 5 mois de traitement par amineptine a été rapporté dans la littérature [2].

Conclusion: Nous rapportons les 2 premiers cas d'éruptions rosacéiformes sévères possiblement déclenchées par des triazolés de seconde génération : le voriconazole et le posaconazole.

Référence - Veuillez indiquer au maximum 2 références: (1)Gambillara E and al: Severe pustular eruption associated with imatinib and voriconazole in a patient with chronic myeloid leukemia. *Dermatology*. 2005;211(4):363-5.

(2)Jeanmougin M, Civatte J, Cavelier-Balloy B: Toxidermie rosacéiforme à l'amineptine (SURVECTOR®). *Ann Dermatol Veneréol* 1988 ; 115 : 1185-6.

0510 Angiomatose cutanée réactionnelle associée à une cryoglobuline

Abasq C*(1), Lapeyre H(1), Courville P(2), Noël D(3), Joly P(1)

(1)Clinique Dermatologique, (2)Service d'Anatomie Pathologique, CHU Charles Nicolle, (3)Service de Médecine Interne, CH Elbeuf, Rouen, France

Introduction: L'angiomatose cutanée réactionnelle (ACR), prolifération vasculaire bénigne, a été décrite en association à différentes pathologies incluant notamment des valvulopathies, l'artériosclérose, les embolies de cholestérol, les shunts artério-veineux. Seuls 3 cas ont été décrits en association à une cryoglobulinémie.

Observations: Une patiente de 85 ans était adressée pour une éruption papuleuse discrètement infiltrée, mal limitée des pommettes et du décolleté. La patiente présentait un antécédent de cryoglobulinémie de type IIa, sévère, diagnostiquée 2 ans auparavant devant un purpura infiltré des chevilles secondairement associé à des nécroses digitales ayant nécessité une amputation de deux doigts. L'analyse histologique d'une lésion de purpura avait alors montré des micro-thrombi, sans altération des parois vasculaires, ni infiltrat inflammatoire, l'immunofluorescence directe était négative. Le reste du bilan n'avait pas objectivé d'atteinte neurologique ou rénale associée, ni de pathologie dysimmunitaire, hématologique ou néoplasique sous-jacente. Au moment de cette nouvelle éruption, un traitement par rituximab avait été débuté depuis 5 mois avec une stabilisation des lésions nécrotiques. L'histologie d'une lésion du visage montrait une prolifération vasculaire caractérisée par des bouquets de vaisseaux aux parois épaissies par des cellules endothéliales turgescents. On notait dans la plupart des vaisseaux des micro-thrombi éosinophiles, PAS positif. Les immunomarquages confirmaient l'hyperplasie aux dépens des cellules endothéliales (CD31 positives), sans prolifération myoépithéliale, ni histiocytaire confirmée par les immunomarquages de l'actine et du CD68. L'immunofluorescence directe montrait des dépôts intra-capillaires d'IgG, de fibrinogène, de C3, de C4, de C1q, de chaînes légères kappa et lambda au sein du derme à type de micro-thrombi caractérisant la cryoglobuline. Le diagnostic retenu était celui d'angiomatose cutanée, réactionnelle à une cryoglobulinémie chronique.

Discussion: Différents types d'ACR ont été rapportés dans la littérature et une classification a été récemment proposée (1). Les ACR liées à une cryoglobulinémie sont décrites comme des plaques nécrotiques, ulcérées et des papules érythémateuses. A l'histologie, une prolifération péricytaire, parfois associée à des histiocytes est retrouvée dans les 3 cas rapportés dans la littérature. Nous n'avons pas mis en évidence cet aspect d'angiopéricytomatose. Selon Rongioletti, la prolifération endothéliale retrouvée dans notre observation correspond à l'angioendothéliomatose cutanée réactionnelle (AER), parfois associée à des thromboses intravasculaires (1). Ce type d'ACR se présente sous la forme de papules et plaques violacées, rarement de plaques ulcérées et nécrotiques; elle a été décrite au cours d'infections systémiques (endocardites bactériennes subaiguës et hépatites), de la maladie des embolies de cholestérol, de shunts artério-veineux, du syndrome des anti-phospholipides, des leucémies lymphoïdes chroniques, des gammopathies monoclonales, des néphropathies et de la polyarthrite rhumatoïde. Cet aspect d'AER n'avait pas, jusqu'à cette observation, été rapporté avec une cryoglobulinémie.

L'association de l'ACR à des maladies systémiques, accompagnées d'une inflammation ou d'une occlusion vasculaire, suggère que l'ischémie est à l'origine de la prolifération angiomateuse réactionnelle cutanée. L'arrêt de la prolifération vasculaire suite à la neutralisation de l'agent hypoxique confirme cette hypothèse (2).

Conclusion: Nous rapportons une observation d'angiomatose cutanée réactionnelle associée à une cryoglobuline, originale par sa présentation anatomo-clinique.

Référence - Veuillez indiquer au maximum 2 références: 1. Rongioletti F, Rebora A. J Am Acad Dermatol, 2003; 49:887-96.

2. Yancopoulos GD, Klagsbrun M, Folkman J. Cell, 1998; 93:661-4.

0652 Une dermatose faciale granulomateuse

Léger S*(1), Duvert S(1), Goldman J(1), Rémond B(1)

(1)Dermatologie, Centre Hospitalier Intercommunal, Evreux, France

Introduction: Le lupus tuberculeux est une pathologie rare dans les pays occidentaux mais il reste la forme la plus fréquente de tuberculose cutanée. Son diagnostic est parfois difficile. Nous rapportons un cas de lupus tuberculeux avec atteinte multifocale.

Observations: Une femme de 91 ans démente sans autre antécédent, résidant en maison de retraite, est adressée pour une dermatose faciale évoluant depuis plus d'un an. Elle présente un placard médiofacial extensif polycyclique papulopustuleux très inflammatoire, infiltré, lupoïde avec importante atteinte croûteuse endonarinaire. L'état général est conservé et le reste de l'examen clinique est normal. Une première histologie cutanée conclut à une rosacée granulomateuse. Une antibiothérapie par macrolide puis cycline associée à du métronidazole topique ne permet aucune amélioration. L'apparition plus récente de plaques à distance localisées au niveau du genou gauche et de la cuisse droite, conduit à la réalisation de nouvelles biopsies. Elles montrent un infiltrat inflammatoire avec de nombreux granulomes épithélioïdes giganto-cellulaires sans nécrose caséuse. Les colorations de Ziehl-Nielsen, PAS et Giemsa sont négatives. La culture de peau isole un mycobactérium tuberculosis à un mois. La radiographie thoracique est normale et la recherche de bacille de Koch (BK) par tubage gastrique est négative. L'intradermoréaction à la tuberculine est positive avec une induration à 25 mm. Une quadrithérapie antituberculeuse est instaurée avec à ce jour un recul insuffisant pour juger de son efficacité. Un contage tuberculeux au sein de la maison de retraite est retrouvé à l'interrogatoire : 2 cas de tuberculose répertoriés l'année précédente, l'une pulmonaire bacillifère chez un résident, l'autre ganglionnaire chez un soignant.

Discussion: La tuberculose cutanée reste la plus rare des localisations extrapulmonaires. Elle est caractérisée par un grand polymorphisme clinique. Le lupus tuberculeux encore appelé lupus vulgaire reste la forme clinique prédominante, en résurgence depuis quelques années. Il est du à la réactivation souvent tardive d'un foyer latent par voie lymphatique, et plus rarement il s'agit d'une tuberculose d'inoculation par voie exogène. Principalement localisées à la tête et au cou, les lésions évoluent très lentement, avec un aspect d'affaissement central cicatriciel. Dans le cas rapporté ici, l'aspect clinique est trompeur : les lésions sont très inflammatoires et infiltrées, sans affaissement central, de topographie médiofaciale extensive faisant évoquer d'autres diagnostics comme une rosacée granulomateuse, une sarcoïdose et un lymphome granulomateux. De plus, l'extension des lésions faciales et l'apparition de plaques multiples au niveau des membres en quelques mois n'est pas typique dans le lupus vulgaire qui évolue habituellement très lentement. Classiquement, l'histologie montre des granulomes tuberculoïdes sans nécrose caséuse, les BK ne sont pas mis en évidence à la coloration de Ziehl et la culture de peau et la PCR sont négatives. Un traitement d'épreuve par quadrithérapie antituberculeuse permet alors de confirmer le diagnostic. Chez notre patiente, la présence de mycobacterium tuberculosis à la culture de peau a été d'une aide précieuse pour le diagnostic.

Conclusion: Cette observation souligne la difficulté du diagnostic de certaines formes de lupus tuberculeux, liée au polymorphisme clinique, l'absence de nécrose caséuse en histologie, la PCR et la culture de peau fréquemment négatives.

Référence - Veuillez indiquer au maximum 2 références: Zahaf A, Turki H, Masmoudi A. Lupus tuberculeux. Ann Dermatol Venereol 2004 ; 131 : 503-7.

0127 Eczéma de contact bulleux dû au lierre (*hedera helix* L.) : mise en évidence de l'allergie de contact et du rôle du falcarinol par étude des hypersensibilités croisées.

Le Coz C J*(1), Meyer-Muller A(2)

(1)*Cabinet de Dermatologie, Strasbourg, (2)Cabinet de Dermatologie, Haguenau, France*

Mot-clé : Eczéma de contact (lierre).

Introduction : Parmi les phytodermatoses, l'eczéma survenant au contact du lierre a la réputation d'être le plus souvent d'origine irritative. Le lierre contient toutefois des allergènes de contact dont le falcarinol, non disponible dans les batteries de tests. Celui-ci et des composés voisins, se rencontrent au sein de familles végétales très différentes comme les Araliacées et les Apiacées.

Observations : Un homme de 45 ans a été adressé pour le second épisode de dermatite aiguë survenue dans un intervalle de 3 ans. L'eczéma, bulleux et hémorragique aux membres supérieurs, touchant aussi le visage et le tronc, était apparu en octobre, dans les 24 heures après arrachage de lierre et taille de thuyas (*Thuja occidentalis* L.). Les tests épicutanés ont été effectués avec les batteries standards EECDRG et ICDRG, les ajouts personnels, et les fragments de plantes. La lecture a été faite selon les critères de l'ICDRG.

Résultats : Les lectures faites à 48 et 96 heures négatives pour le thuya, étaient fortement positives (++) pour feuilles, pétiole, et branche de lierre (négatifs chez les témoins). Des tests complémentaires avec une lamelle de carotte fraîche (*Daucus carota* L. ssp *sativus* Hayek), une feuille et un pétiole de schefflera (*Schefflera arboricola* Hayata) donnaient également une réaction vésiculeuse (++).

Discussion : Le lierre, irritant par les glochides de la face inférieure de ses feuilles et les insectes qu'il peut abriter, contient néanmoins deux allergènes ; le falcarinol et le didéhydrofalcarinol. Les Apiacées-Ombellifères (carotte, céleri, persil...) contiennent du falcarinol et son produit d'oxydation la falcarinone. Le falcarinol est aussi l'allergène de contact des Araliacées comme le schefflera, le ginseng (*Panax ginseng* C. Meyer) ou le kakuremino (*Dendropanax trifidus* Makino). Cet allergène est très vraisemblablement en cause chez notre patient, compte tenu des résultats des tests positifs avec les trois plantes en contenant. Le thuya, connu comme irritant depuis le XIX^{ème} siècle, est ainsi utilisé dans le traitement local des verrues ; il a pu majorer les lésions d'eczéma par un tel effet.

Conclusion : Cette observation souligne l'utilité des explorations allergologiques dans la mise au point étiologique et la compréhension du mécanisme des phytodermatoses. Celles-ci ont un mécanisme souvent complexe : irritation mécanique ou chimique, phototoxicité et/ou (photo-)allergie de contact. La preuve de responsabilité du/des végétaux en cause est difficile : multiplicité des contacts chez un même patient et relativement faible nombre des allergènes standardisés disponibles. La démonstration de responsabilité d'un allergène de contact -avec les précautions d'usage pour éviter les réactions d'irritation inductrices d'erreur d'interprétation des tests- permet de supprimer les contacts ultérieurs et les récurrences. En attendant la disponibilité d'un allergène standardisé, une preuve indirecte de sa responsabilité peut être obtenue en testant simultanément des végétaux de familles différentes contenant cet allergène.

0766 Eczéma photoallergique systémique à la méquitazine avec photosensibilité persistante

Le Coz C J*(1), Will F(2)

(1)*Cabinet de Dermatologie, Cabinet de Dermatologie, Strasbourg, (2)Cabinet de Dermatologie, Haguenau, France*

Introduction: Les phénothiazines sont réputées pour leur pouvoir photoallergisant. Nous rapportons un cas de photoallergie induite par l'administration orale de méquitazine, avec persistance prolongée des symptômes malgré l'arrêt du traitement.

Observations: Une femme de 66 ans, souffrant d'obstruction nasale chronique avec anosmie depuis 2004, était traitée par 10 mg par jour de méquitazine (Primalan®) à partir de 2006. Elle développait en 2007, à chaque fois après une exposition solaire, trois épisodes de dermatite eczématiqu des zones photoexposées (dos des mains et avant-bras, visage, cou et décolleté, cou du pied). La méquitazine était interrompue à chaque épisode (puis réintroduite en association avec un écran solaire après les deux premiers). Divers traitements topiques étaient proposés dont des corticostéroïdes. On observait jusqu'au printemps 2008 un eczéma du visage, d'évolution fluctuante. L'exploration de la dermatite était faite par tests épicutanés (batteries standards EECDRG et ICDRG, ajouts, produits appliqués) et photoépidermotests (batterie de photoallergènes posés en double, dont méquitazine à 1% de principe actif en vaseline ; une série témoin non irradiée ; une série irradiée en UVA par 5J/cm² à 48 heures).

Résultats (facultatif pour poster): Les lectures faites à 48 et 96 heures, cotées selon les critères de l'ICDRG, montraient des réactions pour : formaldéhyde + (sans réaction pour les autres libérateurs de formaldéhyde, dont le Quaternium 15), sulfate de nickel ++ (pertinence ancienne avec eczéma au contact de certains accessoires métalliques), méquitazine (+ sans irradiation, ++ après irradiation UVA), et prométhazine (+ seulement après irradiation). On ne notait pas d'abaissement de la dose érythémateuse minimale (DEM) en UVA, celle-ci étant supérieure à 10J/cm².

Discussion: Le diagnostic porté est celui d'une photo-allergie systémique à la méquitazine, avec photosensibilité persistante. La méquitazine est une phénothiazine utilisée pour ses propriétés antihistaminiques. La source de sensibilisation peut avoir été cutanée, puisque la patiente signalait l'utilisation préalable de prométhazine topique (Phénergan®), la (photo-)réactivité croisée étant commune entre les phénothiazines. Chez notre patiente, les manifestations ont persisté plusieurs mois, nécessitant une corticothérapie locale prolongée puis du tacrolimus topique et des produits de protection solaire.

Conclusion: Les photosensibilités rémanentes ont été décrites avec les phénothiazines. Elles s'associent souvent à une diminution de la DEM en UVA et/ou en UVB. Elles peuvent persister plusieurs années après l'arrêt du traitement causal. Il importe de se rappeler qu'en dehors des indications neuropsychiatriques, certaines phénothiazines masquées, dont le risque photosensibilisant est souvent ignoré du praticien et du patient, sont utilisées couramment par voie locale ou générale (isothipendyl, méquitazine e.g.).

Référence - Veuillez indiquer au maximum 2 références: [1_ Kim TH, Kang JS, Lee HS, Youn JI. Two cases of mequitazine-induced photosensitivity reactions. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 1995 ; 11 : 170-173.]

0447 Efficacité de la photothérapie dynamique dans un cas de mycosis fongoïde facial

Debu A*(1), Dereure O(1), Guillot B(1), Girard C(1)

(1)service de Dermatologie, CHU de Montpellier, Montpellier, France

Introduction: Le traitement du mycosis fongoïde (MF) au stade précoce repose sur les dermocorticoïdes, la chimiothérapie locale, la photothérapie ou les rétinoïdes. Nous rapportons l'observation d'un patient suivi pour un MF au stade IB, dont une atteinte faciale sévère et résistante aux traitements conventionnels, qui a été traitée avec succès par photothérapie dynamique (PTD).

Observations: Un homme de 87 ans a été suivi pendant 10 ans pour un MF stade IB, traité initialement par dermocorticoïdes, PUVAthérapie, Re-PUVAthérapie, soriatane puis méthotrexate. En raison d'une extension des lésions cutanées, notamment au niveau du visage, un traitement par bexarotène a été débuté à posologie progressivement croissante jusqu'à 600 mg/j. Ce traitement a permis une stabilisation clinique sauf au niveau du visage, où les lésions sont devenues progressivement érosives, douloureuses en "lunettes", compliquées d'un ectropion bilatéral. Une tentative de traitement par PTD topique a été effectuée sur l'hémiface gauche sur une zone non érosive, l'agent photosensibilisant utilisé étant le méthyl amino-lévulinate (Metvixia®) appliqué sous pansement occlusif pendant 3 heures, suivi d'une illumination en lumière rouge pendant 10 minutes (lampe Aktelite émission à 653nm, puissance 37J/cm²). Deux cycles ont été réalisés à un mois d'intervalle avec une bonne tolérance immédiate. Un mois après le deuxième cycle de PDT, une amélioration clinique franche a été constatée au niveau de la zone traitée avec une régression de l'érythème et de l'infiltration cutanée ainsi que de l'ectropion gauche avec un recul de trois mois actuellement.

Discussion: L'atteinte faciale au cours du MF est rare et entraîne fréquemment des difficultés thérapeutiques. De petites séries de patients suivis pour MF traités par PDT ont été rapportées dans la littérature. Dans la majorité des cas, il s'agissait de lésions uniques, en plaques. Le photosensibilisant utilisé était l'acide aminolévulinique (ALA-PDT), en dehors de 6 patients pour lesquels le photosensibilisant était le méthyl amino-lévulinate. Le nombre de cycles de PDT variait entre 2 et 11, permettant une rémission clinique partielle ou complète des lésions dans la quasi totalité des cas. La période de rémission observée s'étendait de 4 mois à 4 ans (1, 2). Contrairement aux patients traités par PDT rapportés dans la littérature notre patient était suivi pour un MF avec localisations multiples nécessitant par ailleurs un traitement systémique, mais l'atteinte faciale résistante au traitement conventionnel justifiait un traitement alternatif. L'utilisation de la MAL-PDT a permis une rémission partielle des lésions du visage après 2 séances avec un bon résultat cosmétique et fonctionnel. Ce traitement pourrait donc être proposé en 2ème intention dans les lésions faciales résistantes et souvent inconfortables de MF notamment en "lunettes".

Conclusion: La PTD paraît une alternative thérapeutique intéressante dans les cas de MF résistants, les indications et protocoles thérapeutiques précis dans cette pathologie restent à standardiser.

Référence - Veuillez indiquer au maximum 2 références: Diez Recio et al. Int J Dermatol 2008; 47: 410-413. Zane C et al. Photodermatol Photoimmunol Photomed 2006; 22: 254-258.

0508 Présentation lupique d'un eczéma de contact aux fragrances

El Sayed F*(1), Giordano-Labadie F(1), Lamant L(2), Viraben R(1), Paul C(1)

(1)Dermatologie, (2)Anatomie Pathologique, Université Paul Sabatier et CHU Purpan, Toulouse, France

Introduction: L'allergie de contact peut se présenter comme une dermatose inflammatoire trompeuse évoluant parfois à son propre rythme. Nous rapportons un cas d'allergie de contact aux fragrances de présentation lupique.

Observations: Une femme de 34 ans, de phototype V, présentait depuis 2 ans des lésions pigmentées et atrophiques des lobes des oreilles. L'anamnèse révélait l'apparition d'un eczéma après un piercing des 2 oreilles. Malgré l'éviction du contact avec les boucles d'oreilles, les lésions persistaient évoluant vers une atrophie et une pigmentation séquellaires. Un nouvel interrogatoire permettait de révéler un contact avec du parfum qu'elle appliquait tous les jours à ce niveau. Par ailleurs, elle ne présentait pas de terrain atopique personnel ni familial et avait une histoire lointaine d'allergie de contact aux métaux et une bilharziose traitée. L'examen clinique montrait une patiente en bon état général avec une dermatite pigmentaire et atrophique des lobes des 2 oreilles et des régions pré et rétro-auriculaires. L'examen histologique montrait un infiltrat lymphocytaire périvasculaire et périannexiel avec une intense dermite lichénoïde et un épaississement de la basale. L'immunofluorescence directe montrait des dépôts granuleux d'IgG, IgA, IgM et complément le long de la membrane basale. La biologie de routine et les sérodiagnostics pour les virus HIV, hépatite B et C étaient normaux ou négatifs. Le bilan immunologique montrait des ACAN positifs à 1/160 et anti-ENA négatifs. Les tests épicutanés comprenant une batterie standard européenne élargie montraient à 48h une positivité forte (++) pour le baume du Pérou et les fragrances mix et à 72h une nouvelle positivité (+) pour le Nickel. À J+38, le patch test aux fragrances mix était toujours positif et l'histologie montrait un infiltrat lymphocytaire avec vacuolisation et dépôt de mucine sur la basale. Un traitement local des lésions auriculaires par dermocorticoïde permettait une régression marquée des lésions.

Discussion: Il s'agit d'une présentation lupique d'un eczéma de contact aux fragrances avec comme originalité la persistance de la positivité du patch test et un histotest de lupus. L'eczéma de contact peut se manifester par des aspects cliniques différents : érythème polymorphe like, dermite pigmentaire de contact, dermatose actinique chronique, parapsoriasis, dermite lichénoïde de contact, acné, pustulose, granulome, hyperkératose palmoplantaire. La présentation lupique est rare mais a été décrite avec le prednicarbate, la benzophénone et les cinnamates des dentifrices. Dans ces 2 derniers cas, l'histotest était celui d'un lupus comme chez notre patiente.

Conclusion: L'allergie de contact peut simuler dans sa présentation d'autres dermatoses inflammatoires voire les activer, notamment le lupus qui, dans certaines topographies, pourrait justifier la pratique de tests épicutanés.

Référence - Veuillez indiquer au maximum 2 références: Sanchez-Perez J et al. Allergic contact dermatitis to prednicarbate presenting as lupus erythematosus. Contact Dermatitis 2006;55:247-9.