

Compte rendu du congrès de Dijon

Les dermatoses vertes

Florence Corgibet

Dijon

fcorgibet001@cegetel.rss.fr

Le vert est une couleur qui n'est pas souvent rencontrée dans les lésions dermatologiques mais nous avons pu en répertorier un certain nombre prenant plus ou moins cette couleur !

LES ONGLES

Quand un ongle est vert, on parle d'une chloronychie. La coloration est d'intensité variable, allant d'un vert fluorescent à un vert-brun presque noir pouvant orienter à tort



Figure 1. Pigmentation quasi-noire de la partie latérale de l'ongle liée à un fibrokératome.

vers une pigmentation noire (figure 1). Alors la dermoscopie permet de bien mieux voir la couleur verte (figure 2). Un moyen d'affirmer la présence du pyocyanique est de laisser tremper des fragments de kératine unguéale découpée dans de l'eau ; celle-ci vire au vert en quelques heures. L'atteinte peut être totale, partielle ou linéaire dans les sillons latéraux. La couleur verte d'un ongle témoigne d'une colonisation à pyocyanique mais toujours sur une pathologie sous-jacente avec habituellement onycholyse de toute origine : manucurie excessive ou effet secondaire des ongles acryliques (figure 3), mycose, psoriasis, tumeur en particulier carcinome épidermoïde. L'application quotidienne de Dakin ou



Figure 2. Aspect franchement vert de ce même ongle en dermoscopie.



Figure 3. Chloronychie après ongles acryliques.

d'hypochlorure de soude (eau de Javel) permet de traiter la colonisation à pyocyanique mais ne résout pas le problème de l'onycholyse sous-jacente qui doit être découpée, et la tablette persistante doit être brossée à l'acide acétique à 2 % ou à l'hypochlorure de soude et bien séchée (sèche-cheveux).

Bien sûr, les moyens de lutte contre l'humidité (limitation des lavages de mains, port d'une double paire de gants) sont indispensables.

Deux cas de fibrokératome périunguéal (*figures 1, 4, 5*) déclenchant une atteinte importante de la tablette colonisée par le pyocyanique sont exposés avec pour l'un la biopsie

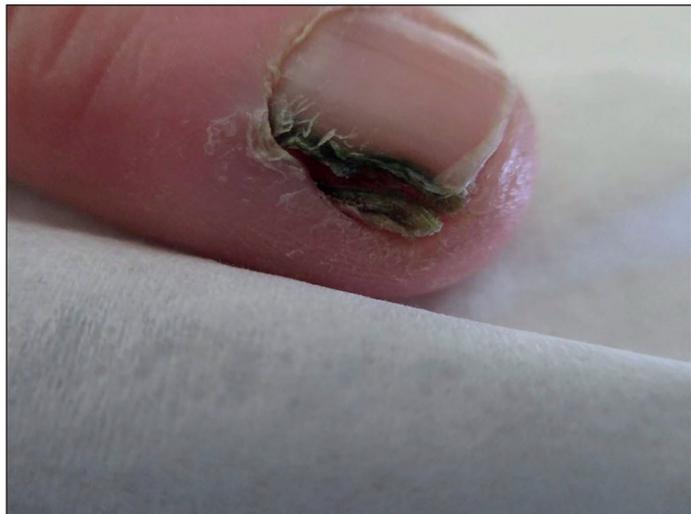


Figure 4. Même aspect clinique de fibrokératome d'un autre patient.

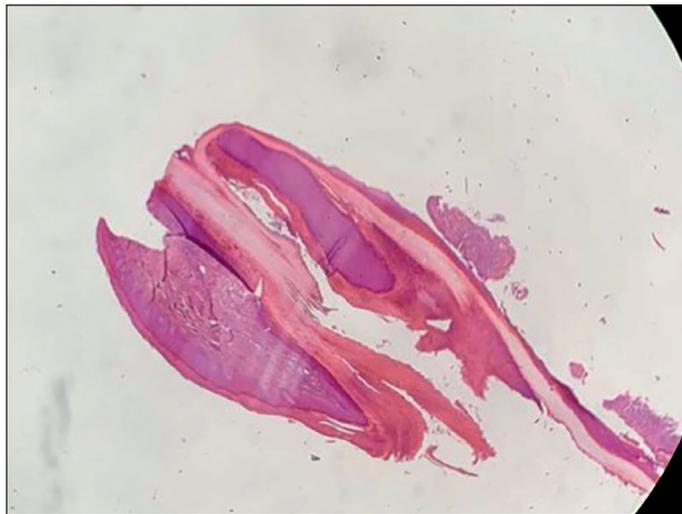


Figure 7. Fibrokératome en anatomopathologie (coll. F. Drouot).



Figure 5. Aspect en dermoscopie.



Figure 8. Aspect un mois après la biopsie (l'ongle sera définitivement plus étroit).



Figure 6. Biopsie latérolongitudinale.

latérolongitudinale réalisée (*figure 6*), l'image anatomopathologique du fibrokératome (*figure 7*) et le résultat obtenu à un mois (*figure 8*).

Un syndrome des ongles jaunes est inclus dans cet exposé car, en effet, les ongles sont jaune-vert (*figures 9 et 10*). Surtout, ils sont hypercourbés, très durs (scléronychie) et poussent uniquement en épaisseur. La patiente ne les coupe plus. Le pigment là n'est pas lié à du pyocyanique mais à des dépôts de lipofuscine, dérivés de précurseurs lipidiques incolores. Le tableau se complète de manifestations sinusiennes et pulmonaires ainsi que d'un lymphoedème des membres inférieurs. La patiente est opérée des sinus, traitée par du fluconazole, pour son action sur l'augmentation de la pousse des ongles,



Figure 9. Syndrome des ongles jaunes (verts...).



Figure 12. Même évolution sur les orteils.

avec des résultats fluctuants et ce n'est qu'après de nombreuses cures d'antibiothérapies dès la moindre surinfection sinusienne que les ongles vont recouvrer un aspect strictement normal au bout de quelques années (*figures 11 et 12*).

LES ULCÈRES

Les ulcères peuvent également être colonisés au pyocyanique (*figure 13*), habituellement en raison de la macération. Le traitement repose sur les changements plus fréquents des pansements avec nettoyage à l'eau et au savon, utilisation de pansements absorbants (type alginate ou hydrofibre), éventuellement des pansements à l'argent temporairement et surtout une lutte contre l'œdème avec compression veineuse si possible. L'utilisation d'acide acétique sur les ulcères semble ne plus être d'actualité, mais plutôt éventuellement l'acide borique 3 % dilué dans du sérum physiologique mais pas sur des grandes surfaces (toxicité neurologique).



Figure 10. Aspect des ongles des orteils + lymphoedème.



Figure 11. Évolution favorable en quelques années.



Figure 13. Colonisation à pyocyanique d'un ulcère.

DES VERRUES SÉBORRHÉIQUES VERTES !

Ici pas de pyocyanique ! Le meilleur moyen d'en obtenir est de se faire, comme chez ce patient (*figure 14*), des cataplasmes à base d'argile verte pour soulager (?) des douleurs lombaires ! On peut aussi s'en faire un emplâtre sur un gros orteil pour traiter une (bien improbable) onychomycose (*figure 15*).



Figure 14. Des verrues séborrhéiques vertes !



Figure 15. Un ongle traité à l'argile verte...

UNE TEIGNE DU CUIR CHEVELU FLUORESCENTE OU NON ?

Ce jeune garçon de 11 ans présente une teigne du cuir chevelu avec une plaque pariétale (*figure 16*), une autre à la lisière frontale et des petits éléments sur le nez et dans le cou. Sera-t-elle d'une fluorescence verte en lumière de Wood ? Dans le cas présent non, et il s'agit effectivement

d'une teigne à T mentographytes. Ce sont les teignes microsporiques qui sont fluorescentes. L'algorithme disponible sur le site du centre de preuves de la Société française de dermatologie (SFD) indique la possibilité de prescrire, pour un enfant entre 21 et 40 kg, la terbinafine à la dose de 1/2 cp/j broyé dans de la compote ou un yaourt mais pas dans de l'eau. Le même traitement sera administré à son petit frère, lui aussi contaminé par les lapins nains ainsi qu'à la maman. La délivrance par le pharmacien a été refusée dans un premier temps chez les deux enfants puis acceptée secondairement en montrant le document édité par l'ANSM le 9 juillet 2021 et téléchargeable depuis leur site. À noter qu'en cas de teigne microsporique ne réagissant pas au bout d'un mois à la terbinafine, il aurait fallu passer à la prescription d'itraconazole. Pour l'instant, cette molécule pourtant délivrable en pharmacie de ville est de prescription hospitalière stricte. Un dossier a été déposé par le CNP-DV et le centre de preuves de la SFD auprès de la SFD pour obtenir la possibilité, dans le cadre de la prescription compassionnelle, d'une prescription de l'itraconazole en ville dans l'indication spécifique des teignes microsporiques de l'enfant. Ce dossier est en cours d'expertise et devrait aboutir prochainement.



Figure 16. Teigne trichophytique du cuir chevelu.

DES MAINS BIEN ABÎMÉES

Une femme de 52 ans, professeur d'allemand, non bricoleuse, consulte pour une hyperkératose des mains prédominant sur la face ulnaire du pouce et la face radiale de l'index droits et gauches (*figure 17*) depuis quelques semaines. L'interrogatoire note un syndrome de Raynaud récent et des arthralgies. La biopsie retrouve une réaction lichénoïde focale avec mucinose dermique compatible avec une dermatomyosite. Les ACAN sont au 1/1 600. Le bilan va colliger un syndrome sec oculaire et buccal, un œdème à la capillaroscopie, une pneumopathie interstitielle diffuse extensive

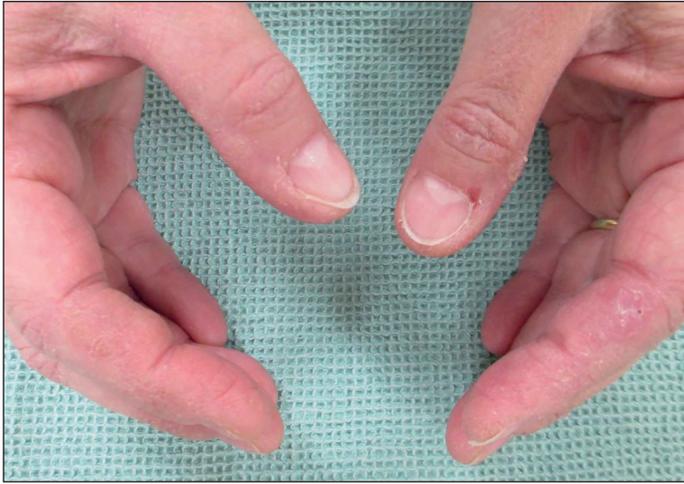


Figure 17. De vraies mains de jardinier.

au scanner thoracique, des anticorps PM-Scl permettant de poser le diagnostic de scléromyosite. Il n'y a pas de néoplasie associée ni d'atteinte musculaire. La patiente est traitée en urgence du fait de l'atteinte pulmonaire non suspectée cliniquement par corticothérapie générale et cyclophosphamide. Le diagnostic dermatologique est celui de mains

de mécanicien le plus souvent associées au syndrome des antisynthétases. Mais elles peuvent se rencontrer aussi dans certaines dermatomyosites (DM), des lupus érythémateux et aussi dans l'atteinte sclérodermie/polymyosite avec antiPM-Scl, comme chez notre patiente. Dans les DM, le pronostic serait meilleur avec moins d'atteinte musculaire, moins de risque de cancer mais un risque élevé d'atteinte pulmonaire [1]

Mais que vient faire ce cas dans un exposé sur les dermatoses vertes ? La patiente, une fois ses mains guéries, me les a montrées en me disant : « J'avais de vraies mains de jardinier ! ».



Liens d'intérêt : L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Référence

1- Gusdorf L, Morruzzi C, Goetz J, Lipsker D, Sibilia J, Cribier B. Mekanik hands in patients with antisynthetase syndrome: 25 cases. *Ann Dermatol Vénérol* 2019 ; 146 : 19-25.