



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

2^E ÉDITION
AUTOMNE 2019

Québec 

Production

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

Auteur principal

Carolina Fernandes, MD MA FRCPC
Service de dermatologie du CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Collaborateurs

Sara-Élizabeth Jean, MD FRCPC
Gabrielle Patenaude, MD
Andréanne Waddell, MD FRCPC
Maude Lépine, B.Sc. inf.
Service de dermatologie du CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Graphistes

Suzanne Brochu, APPR M.Sc.
Michel Durand, APPR
Chargés 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, 2019

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.

Nous désirons vous offrir cette deuxième édition que nous avons retravaillée suite à vos commentaires et suggestions. Dans cette nouvelle édition, vous y trouverez de nouvelles photographies et quelques nouveaux algorithmes, toujours dans le but de mieux vous soutenir.

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!

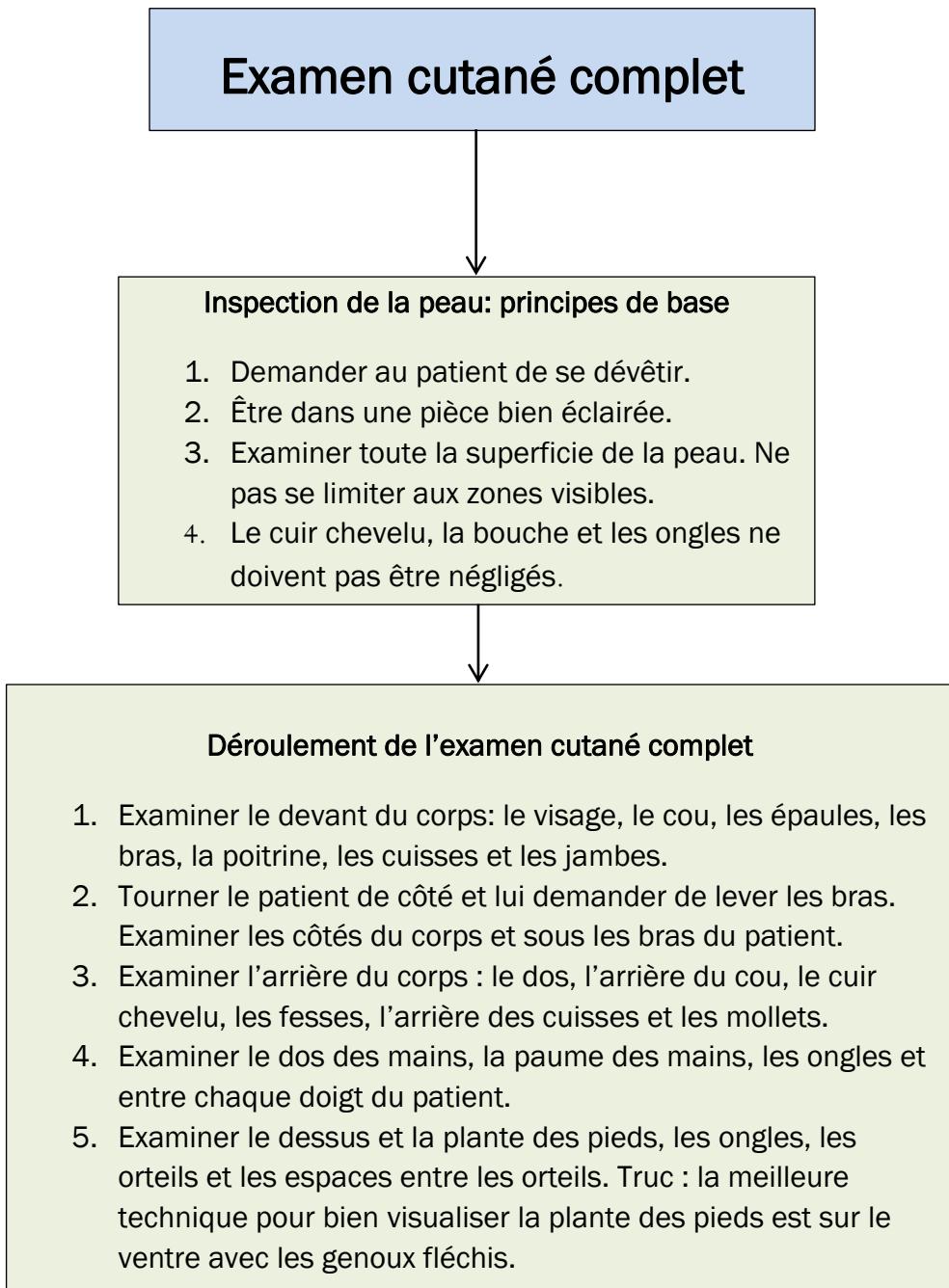


Carolina Fernandes, MD MA FRCPC
Service de dermatologie du CIUSSS de l'Estrie-CHUS
Automne 2019

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 - GUIDE À DISTRIBUER À VOS PATIENTS	25
CANCÉROLOGIE DE PREMIÈRE LIGNE CUTANÉE	26
MÉLANOME	27
CARCINOME BASOCELLULAIRE	28
CARCINOME SPINOCELLULAIRE	29
KÉRATOSE ACTINIQUE	30
DERMATOSSES INFLAMMATOIRES	31
PSORIASIS	32
DERMATITE ATOPIQUE	37
PLAN D'ACTION CONTRE L'ECZÉMA	42
DERMATITE SÉBORRHÉIQUE	44
DERMITE CHRONIQUE DES MAINS	48
ROSACÉE	50
ACNÉ VULGAIRE	51
ISOTRÉTINOÏNE POUR L'ACNÉ	52
URTICAIRE CHRONIQUE	53
PRURIT GÉNÉRALISÉ	54
HIDRADÉNITE SUPPURÉE	56
HYPERHIIDROSE	57
DERMATOSSES INFECTIEUSES	58
TINEA VERSICOLOR	59
ONYCHOMYCOSE	60
GALE	64
VERRUES VULGAIRES PALMOPLANTAIRES CHEZ LES 10 ANS ET PLUS	65
CONDYLOMES ACCUMINÉS	66
PHOTOGRAPHIES MÉDICALES	67
BIBLIOGRAPHIE	68

Techniques de base en dermatologie



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

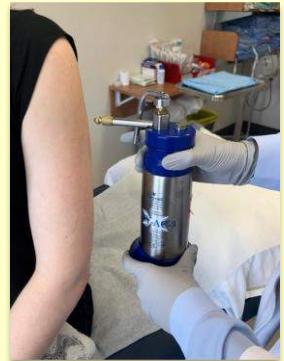
1. Utiliser une tige montée et ajouter à son extrémité un coton ouate
2. Tremper le bout de la tige montée avec une ouate dans l'azote liquide
3. Appliquer le bout de la tige montée sur les lésions à traiter
4. Répéter les étapes précédentes plusieurs fois jusqu'à l'obtention d'un temps de gel de la 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 bombe 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
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



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.



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 :

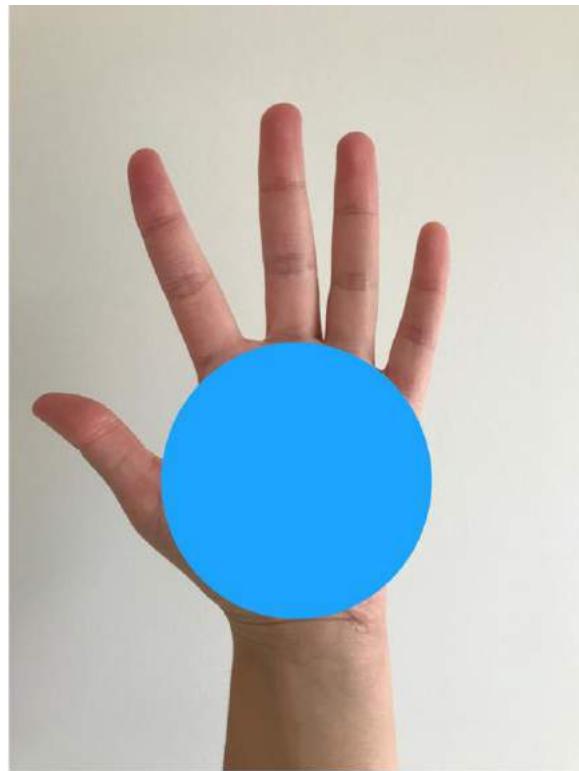
- Pot de culture d'urine stérile ou pot de pétri
- Curette #4
- Pince
- Gants
- Tampon d'alcool

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



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:
 - Valerate de betamethasone 0,1% = puissance modérée
 - Valerate de betamethasone 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% . Hydrocortisone 2,5% . Valerate d'hydrocortisone 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	<ul style="list-style-type: none">. Éruptions suintantes, vésiculeuses. Grosse surface
Onguent	<ul style="list-style-type: none">. Peau sèche (occlusif). Peau lichenifiée*Collant ++
Lotion	<ul style="list-style-type: none">. Cuir chevelu. Barbe

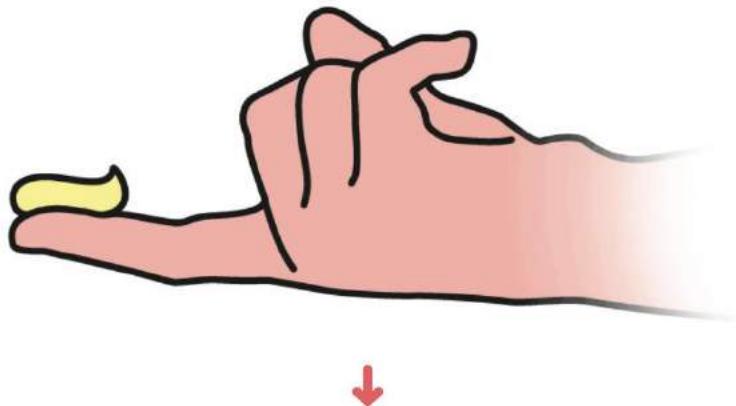
Règle générale :

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

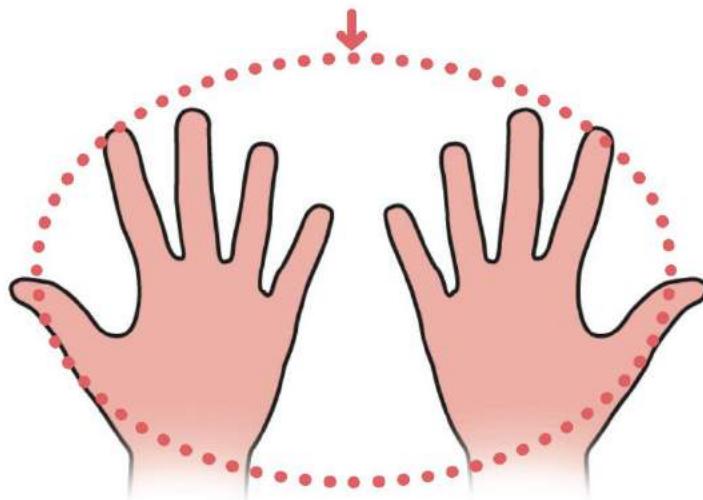


Un filet de crème de la largeur d'un pois, s'étendant du bout de l'index jusqu'au premier pli...

Truc 4 : Quelle quantité appliquer?



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



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 Hydrocortisone 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)
 - Cicatrices 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 périorificielle
- 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 récidive 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 récidive d'une crise dans le contexte d'une condition chronique.

Tableau de puissance des corticostéroïdes topiques

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-Smoothe/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

Collaborateurs : 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

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.

Les dangers du soleil hivernal

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

- du brouillard
- de la brume
- d'une légère couverture nuageuse
- des vitres des voitures

La neige reflète 80% des rayons UV

ABCDE et auto-examen du patient - Guide à distribuer à vos patients

LE MÉLANOME

COMMENT S'EXAMINER À LA MAISON

par Carolina Fernandes MD MA FRCPC

L'autoexamen de la peau

- Placez-vous devant un miroir, dans un endroit bien éclairé.
- Si vous possédez des photos de votre corps, ayez-les en votre possession.
- Ayez aussi en main un petit miroir de poche pour examiner l'arrière de votre corps.
- Faites votre autoexamen debout, mais asseyez-vous au moment d'examiner vos pieds.



1 Visage, cou, aisselles, torse, cuisses, jambes. N'oubliez pas le cuir chevelu (en faisant des divisions dans les cheveux pour bien voir le fond du cuir chevelu).



2 Bras, avant-bras, mains, tous les doigts et entre les doigts.



3 Arrière du cou, dos, fesses, arrières des jambes.



4 Pieds et plante des pieds, tous les orteils et entre les orteils.

Le mélanome est une sorte de cancer de la peau. Il peut être dangereux, car il peut se répandre dans le reste du corps. Savoir le reconnaître est donc très important car cela peut prévenir bien des complications.

L'ABCDE du mélanome

Asymétrie
L'asymétrie se définit par l'irrégularité d'une lésion d'un bord et l'autre d'un axe. Les grains de beauté sont, en général, symétriques. La présence d'asymétrie peut être un facteur inquiétant.



Bordure
Les grains de beauté ont généralement une bordure bien délimitée. Un grain de beauté présentant un contour mal délimité ou flou peut être un facteur inquiétant.

Couleur
Les grains de beauté sont en général d'une seule et même couleur. La présence de plusieurs couleurs au sein d'une même lésion (exemple : brun pâle, brun foncé, rose, gris ou blanc) peut être un facteur inquiétant.

Diamètre
La croissance d'un grain de beauté est souvent plus parlante que sa dimension comme telle. Ainsi, un grain de beauté ayant passé de 2 mm à 6 mm sera plus inquiétant qu'un grain de beauté qui demeure à 6 mm depuis plus de 10 ans.

Evolution
Le critère de changement dans le temps est un des plus significatifs. Ainsi, un grain de beauté qui présente un changement de taille, de couleur, de symétrie, de bordures, ou encore des symptômes (saignement, sensibilité, démangeaison) peut être un facteur inquiétant.

Protégez-vous du soleil!

- Portez un écran solaire à large spectre (UVA + UVB) tous les jours sur votre visage (même lorsqu'il pleut ou qu'il neige)
- FPS d'au moins 50
- Portez un chapeau à larges rebords
- Limitez la durée d'exposition solaire entre 11 h et 15 h

Dans le doute, consultez votre médecin de famille ou votre dermatologue.

- Après votre examen de la peau chez votre médecin, prenez des photos de votre corps.
- Elles vous serviront de comparaison lors de vos prochains autoexamens.
- Faites votre autoexamen de la peau 3 à 4 fois par année.

Référence:
Le mélanome, une forme de cancer de la peau; savoir le reconnaître peut sauver une vie, Association canadienne de dermatologie, www.dermatologue.ca.

Service de dermatologie
© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 2019
santeestrie.qc.ca
Novembre 2019

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

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



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

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

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 croûte 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



↓
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?
<p>Forme infiltrante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Papule/nodule • Bien ou mal délimité • Ferme • Érythémateux à chair • Souvent hyperkératosique ou ulcétré • Peut présenter des sx neuros (mauvais px) • Attention particulière au vermillon et palmoplantaire • Lésion qui ne guérit pas depuis plusieurs mois (>3mois)
<p>Forme superficielle (Bowen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plaque érythématosquameuse bien délimitée asymptomatique • Zone photoexposée
<p>Vérifier facteurs de risque</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exposition chronique aux rayons UV • Radiothérapie • Plaies chroniques • Arsenic • Immunosuppression sévère (patients greffés) • Tabac, ROH (ORL)



Étape 2 : comment en faire le suivi?
<p>Suivi lors du congé de la dermatologie : Prise en charge du suivi par le médecin de famille</p>

↓	Compléter une demande de consultation en dermatologie ou ORL (si atteinte tête et cou) <i>cf Comment rédiger une référence en dermatologie?</i>
---	--

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

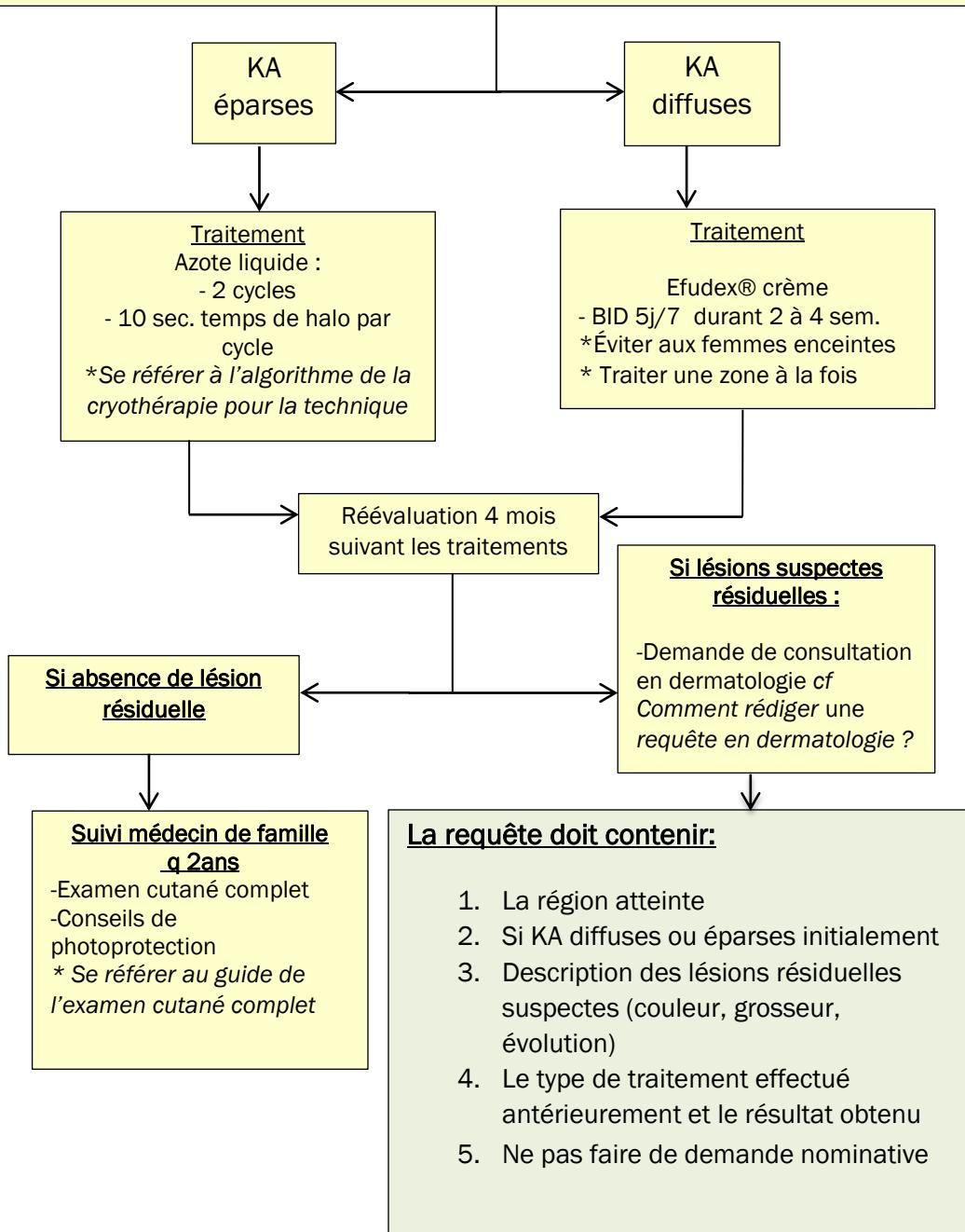
La requête doit contenir:
- Site de la lésion
- Description indiquant l'aspect de la lésion
- Taille de la lésion
- Début de l'apparition et l'évolution de la lésion
- Symptômes associés
- Ne pas faire de demande nominative

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



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



Dermatoses inflammatoires

Psoriasis

Comment le reconnaître?

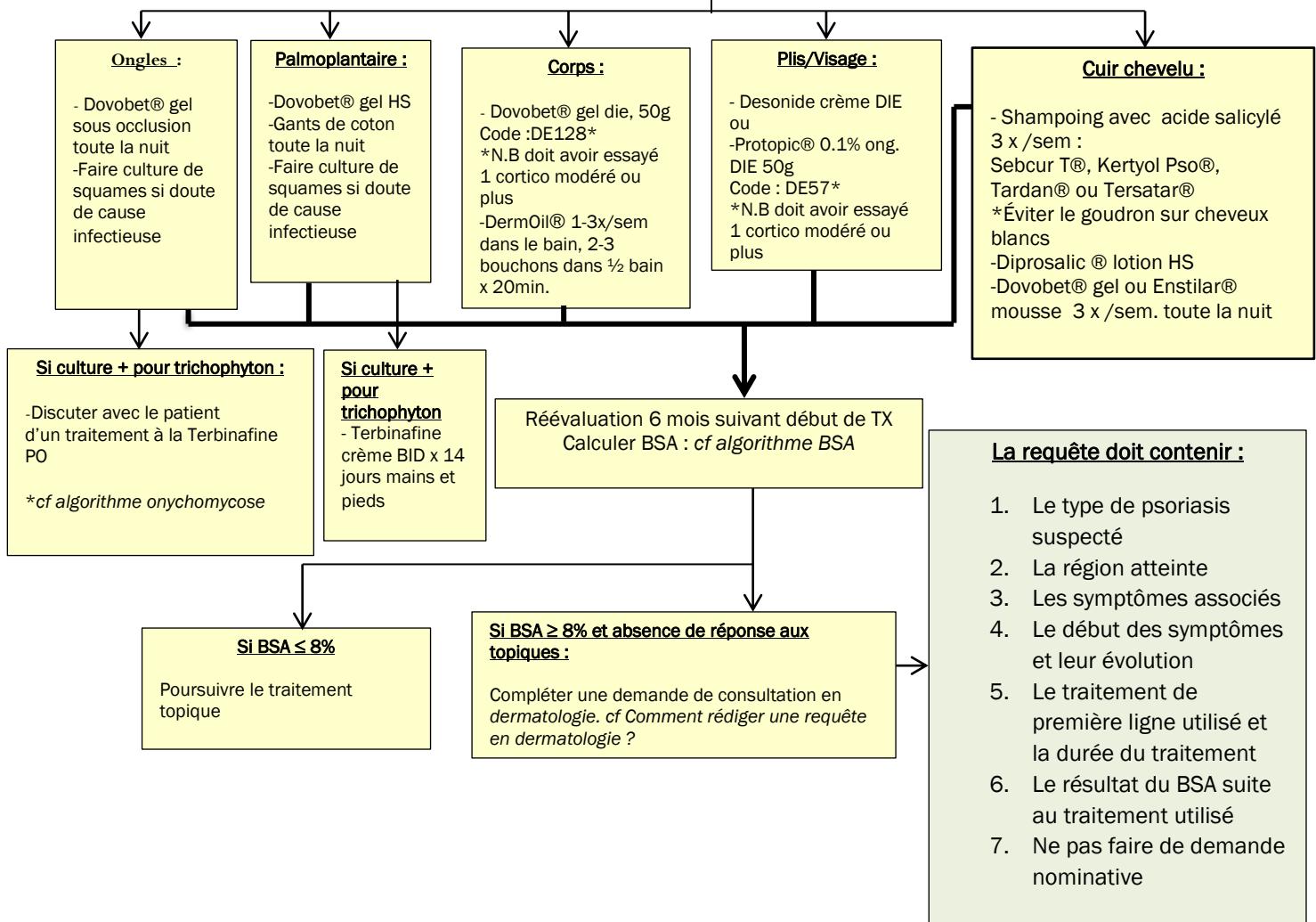
Signes cliniques

- 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 vulgaire en plaques

Psoriasis en gouttes

Psoriasis des ongles

Phénomène de Koebner
(psoriasis induit sur des zones de trauma ou de cicatrices)



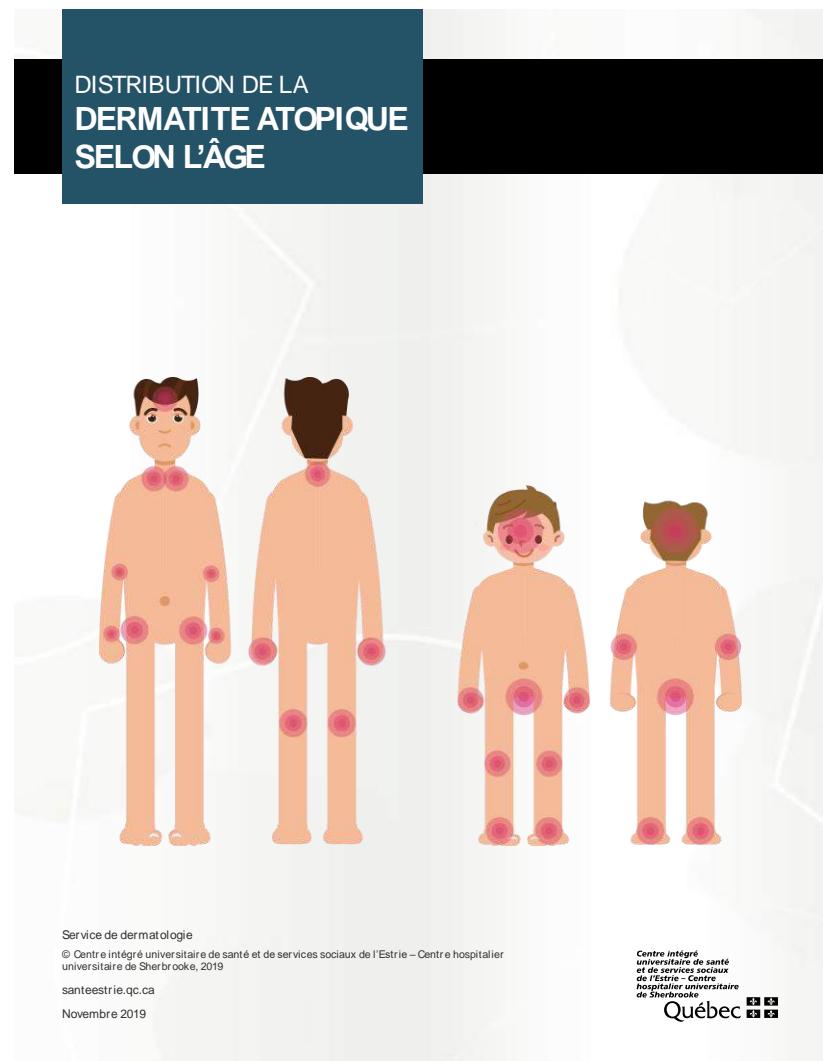
Psoriasis palmoplantaire



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 +++.



Présentations classiques de la dermatite atopique



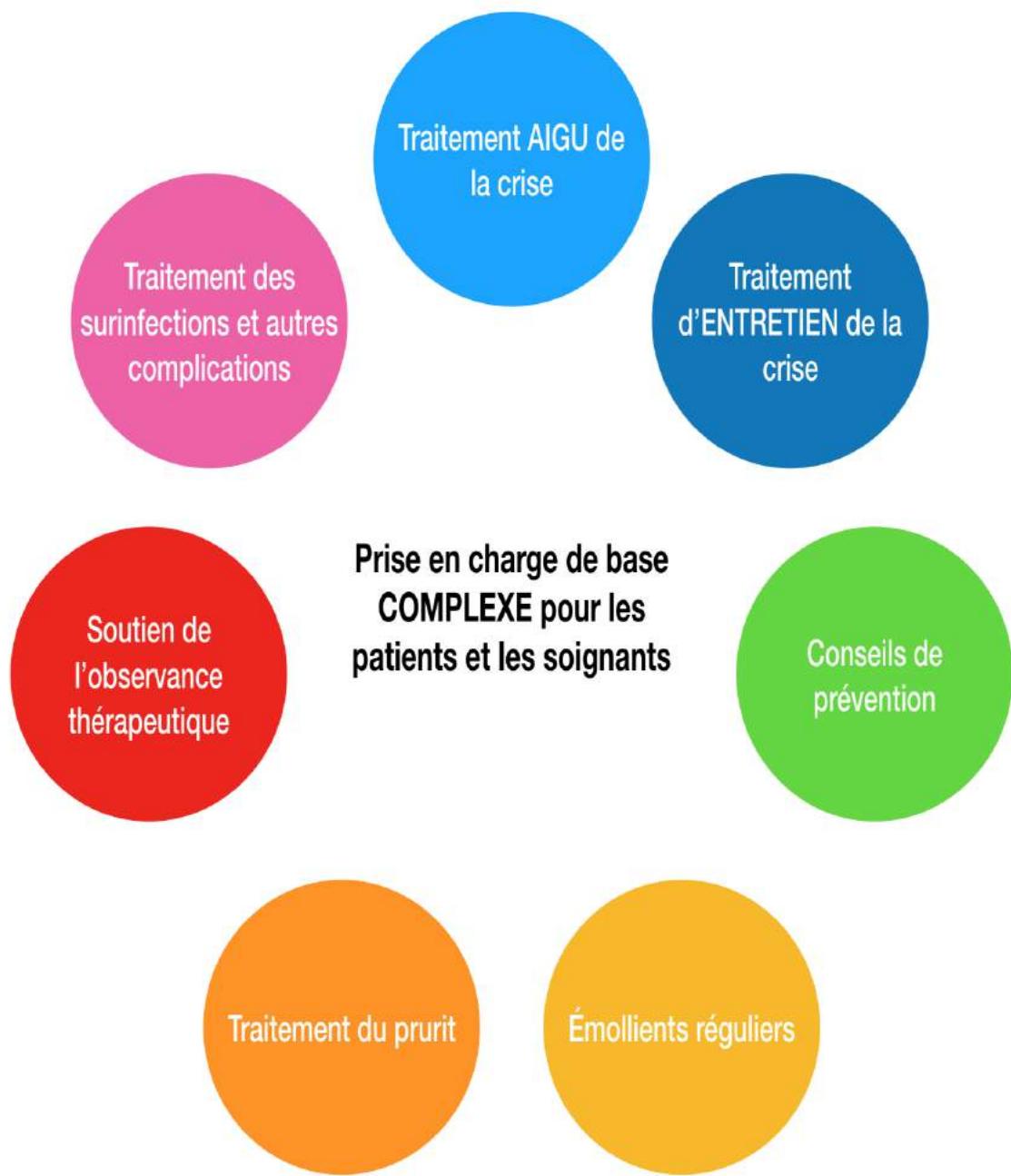


Tableau par CFernandes, avril 2018

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 (somnolence, éviter conduit automobile)
 - Loratadine ou Cetirizine 10 mg PO DIE (non sédatif)
- Cas sévères à récidives fréquentes et rapides: relais avec Tacrolimus* 0,1% ong ou Pimecrolimus *[†]1% cr. (DE57) ou Crisaborole*[†] 2% ong 3x/sem à die en entretien
 - * Éviter chez femmes enceintes ou qui allaitent.
 - [†] Crisaborole n'est pas couvert par la RAMQ.
- 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 récidives 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) - DE56
 - Pimecrolimus* 1% cr 3x/sem à die en entretien (chez les 3 mois et plus) - DE56
 - Crisaborole *[†]2% ong 3x/sem à die en entretien (chez les 2 ans et plus)
- * Éviter chez femmes enceintes ou qui allaitent.
- [†] Crisaborole n'est pas couvert par la RAMQ.
- 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 staph aureus 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.

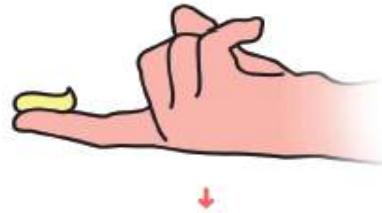
Certaines zones du corps de votre enfant sont plus fragiles (visage, cuir chevelu, zone recouverte par la couche des bébés, sous les bras, pli du genou). C'est pour cette raison que votre médecin vous a donné une crème moins puissante pour ces endroits du corps. Il est important de respecter cette consigne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

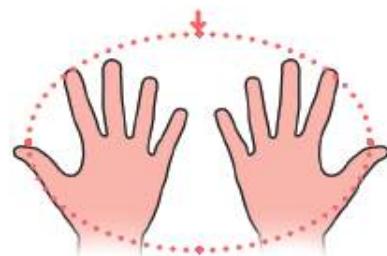
COMMENT BIEN APPLIQUER LES CRÈMES ?

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 poils, 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



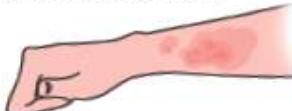
ECZÉMA LÉGER À MODÉRÉ

Peau

Sèche, rouge, traces de grattage

Sensation

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



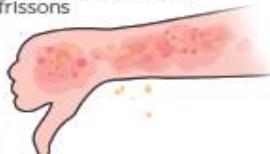
ECZÉMA INFECTÉ

Peau

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

Sensation

Ça pique, douleur, fièvre ou frissons



PLAN

Soins quotidiens de la peau

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

QUOI FAIRE LORSQUE ÇA PIQUE?

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

Nom du sirop

Dose

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>

PLAN

- Poursuivre les soins quotidiens de la peau
- Traiter la crise d'eczéma

Pour ce faire, en plus des soins quotidiens, il faut ajouter la crème médicamenteuse sur les plaques rouges :

Visage et plis

Corps

PLAN

- Traiter la crise d'eczéma.
- Appliquer un onguent antibiotique (.....)
- 2 fois par jour, sur les plaques rouges, par-dessus la crème de cortisone.
- 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.
- 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

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
Dermatite séborrhéique	<ul style="list-style-type: none"> • Squames séborrhéiques (grasses) surmontant des plaques érythémateuses • Distribution souvent symétrique et bilatérale • Atteinte des plis 	

Rosacée	<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 	
Psoriasis	<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 	
Dermatite atopique	<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 	

Dermatite périorale	<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 	
Lupus aigu (éruption malaire)	<ul style="list-style-type: none"> • Atteinte érythématosquameuse des joues • Épargne le pli nasolabial (éruption photosensible) 	

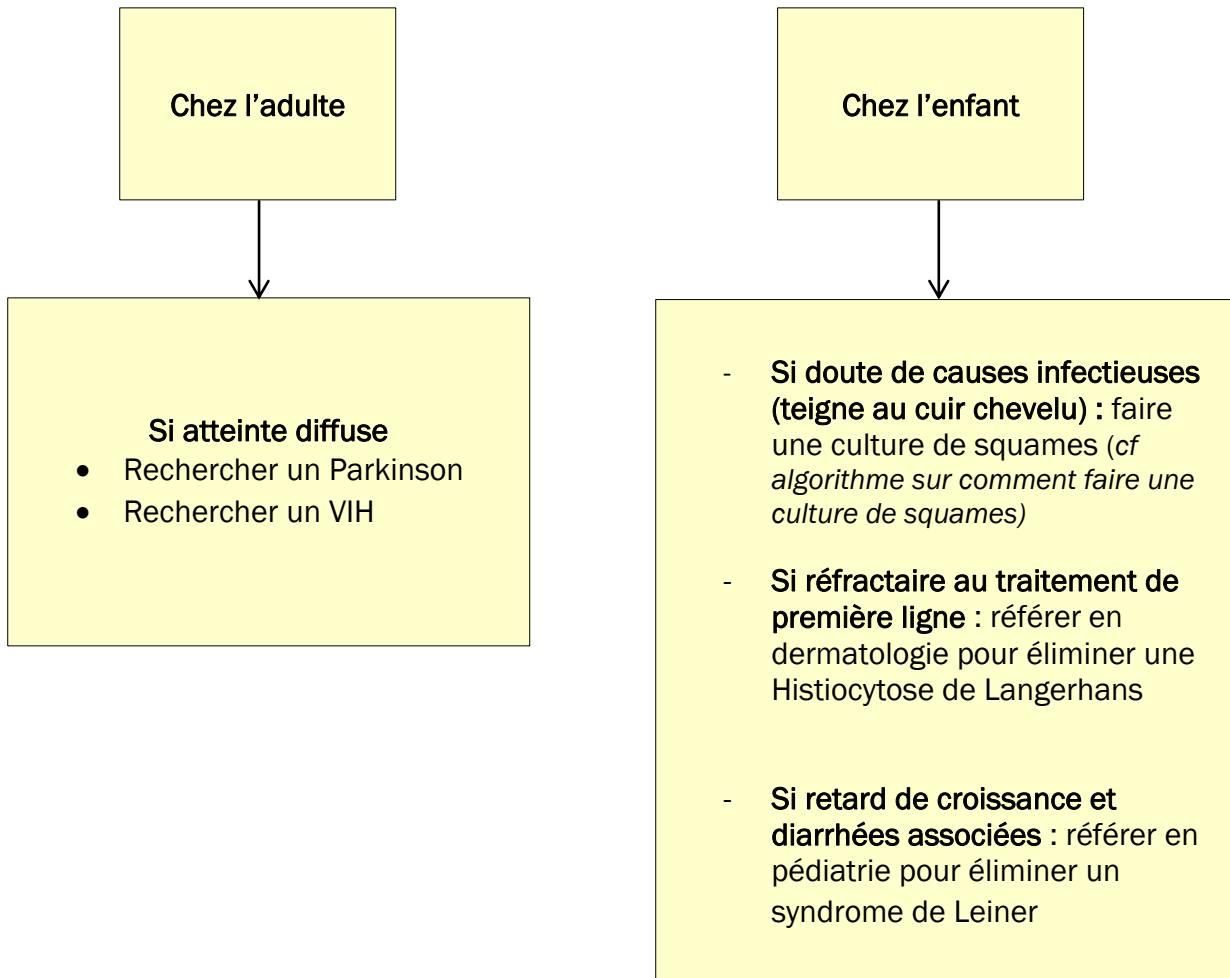
Traitements :

Shampooings 3 fois/semaine :

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

Le shampooing doit être utilisé avec un agent topique:

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



Dermite chronique 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
- Émollients 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

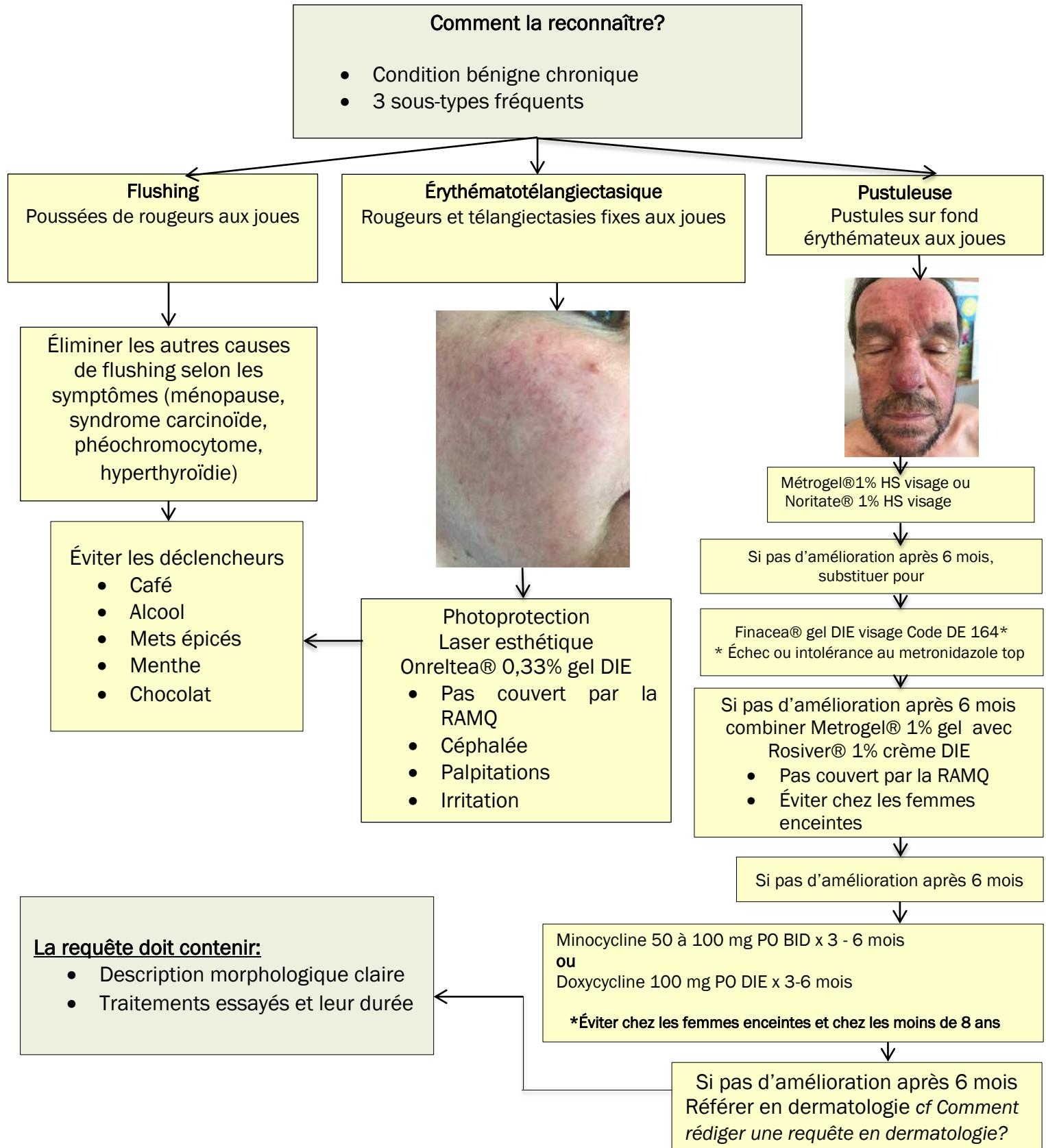
Si la dermite persiste

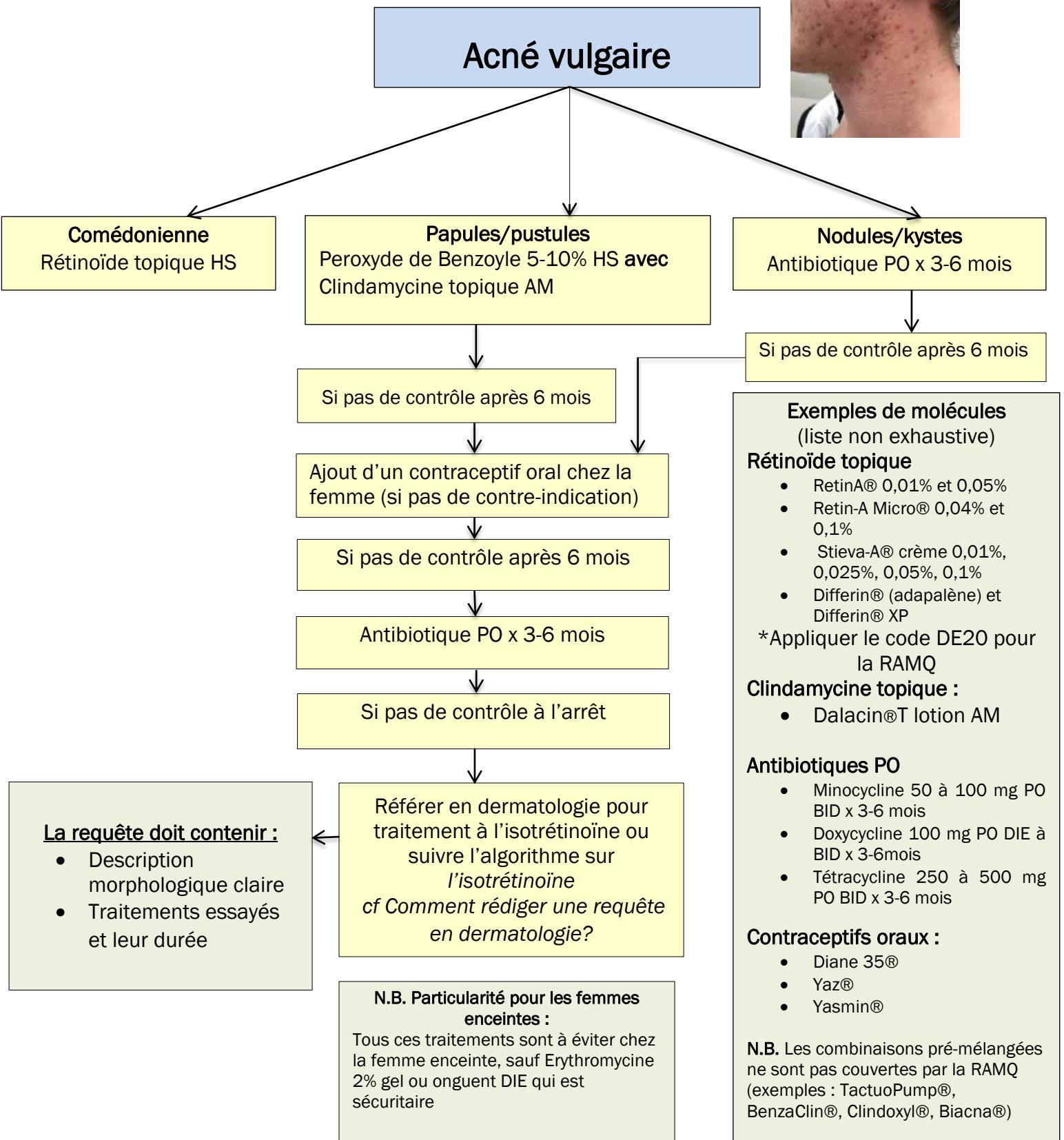
Quand référer en dermatologie?

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



Rosacée





Isotrétinoïne pour l'acné

Indications : Acné modérée à sévère ou nodulo-kystique, récidivante ou réfractaire aux traitements

Contre-indications : <12 ans, grossesse, allaitement, insuffisance rénale, insuffisance hépatique, dyslipidémie non-contrôlée, prise concomitante d'une tétracycline, hypervitaminose A, hypersensibilité connue à l'isotrétinoïne, allergie aux arachides (Accutane®), dépression non stabilisée, maladie inflammatoire intestinale

Efficacité de façon définitive chez 85% des patient

Accutane® et Claruss®

Couverts par la RAMQ

Comprimés de 10 et 40 mg

À prendre en mangeant pour augmenter l'absorption (si possible, avec le repas le plus gras de la journée)

Epuris®

Non couvert par la RAMQ

Comprimés de 10, 20, 30 et 40 mg

Dose à libération prolongée, donc possiblement plus efficace et pas nécessaire de le prendre en mangeant
Cependant, cause plus d'effets secondaires

Comment en prescrire ?

- Cesser les traitements topiques pour l'acné ainsi que les antibiotiques PO
- **Débuter entre 0,25-0,5 mg/kg/jour** pour 2-4 semaines pour limiter le risque initial d'exacerbation de l'acné
- Augmenter à **1 mg/kg/jour** si bien toléré cliniquement et bilans normaux.
 - Ajuster la dose quotidienne en fonction de la tolérance du patient
 - L'important est d'atteindre la cumulative finale
 - Le traitement sera plus ou moins long en fonction de la dose quotidienne tolérée
- Continuer jusqu'à une dose cumulative de **120-150 mg/kg** (habituellement en 8-12 mois)
- Suivi en clinique q1-2 mois : vérifier les bilans, l'efficacité et les effets secondaires et rassurer pour la poussée d'acné normale
- Prévoir : écran solaire FPS 60 DIE, baume à lèvre DIE vs HC 1% ong. PRN, hydratant nasal (ex. : Secaris®) PRN, gouttes ophtalmiques lubrifiantes PRN
- **Bilans** :
 - Semaines 0 et 4, puis q 3 mois : FSC, creat, bilan lipidique, bilan hépatique, glycémie, b-HCG
 - Dosage des CK PRN si myalgies
- Si échec à un premier traitement, attendre au moins 2 mois avant le 2^e cycle
- **ÉVITER** toute consommation d'alcool durant le traitement
- Éviter les traitements complémentaires (laser, dermabrasion) per-traitement et ad 12 mois après ce dernier

Et chez les femmes en âge de procréer ?

- Expliquer le haut risque de tératogénicité (catégorie X, ad 25%)
- S'assurer que la patiente n'est pas enceinte avant de débuter le traitement et pendant le traitement
- S'assurer que la patiente sera observante au suivi et à la contraception jusqu'à 1 mois après l'arrêt de l'isotrétinoïne. Utiliser la double contraception.
- Si elle devient enceinte, la référer rapidement en gynécologie-obstétrique et cesser l'isotrétinoïne

Effets secondaires et risques

- Fréquents : Xérose mucocutanée importante, photosensibilité, céphalées, myalgies, arthralgies
- Peu fréquents : acné fulminans (surtout si départ à dose élevée), pseudotumeur cérébri, débalancement de maladies inflammatoires intestinales, pancréatite, dépression et suicide (les études récentes ne démontrent cependant plus de lien clair entre la prise d'isotrétinoïne et la dépression), granulome pyogénique, mauvaise guérison cutanée

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*

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.



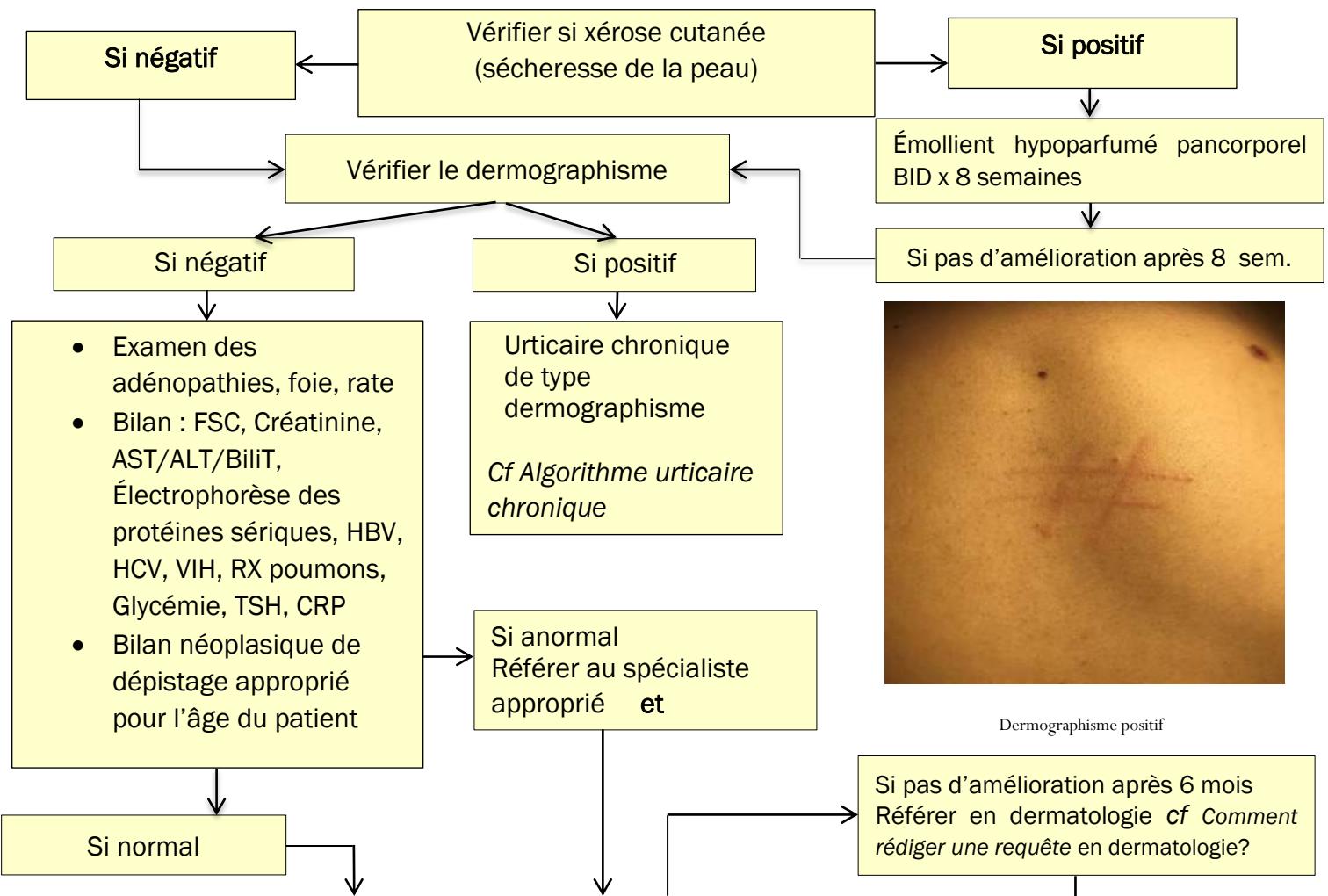
La requête doit contenir :

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

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

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



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

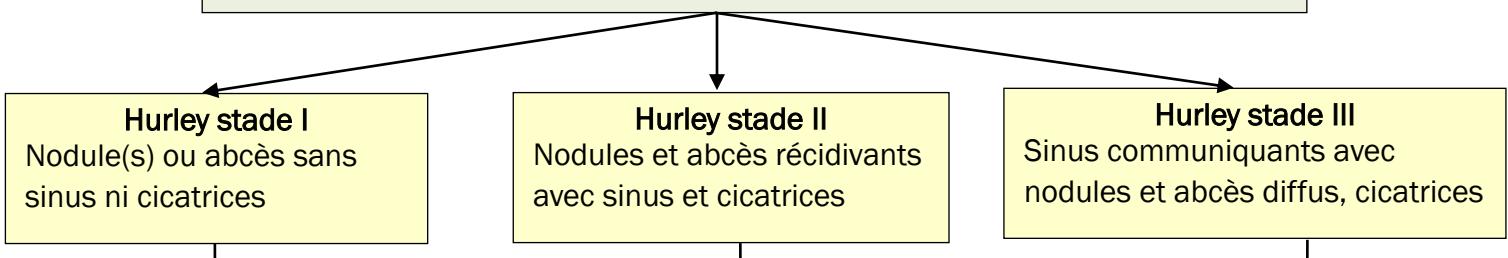


Lésions prurigo-like, induites par le grattage chronique

Hidradénite suppurée

Comment la reconnaître ?

- Nodules inflammatoires, comédons, abcès, sinus, puis éventuellement cicatrices
- Atteinte prédominante des aisselles, aines, périnée, plis inframammaires
- Caractère récidivant et chronique



Prise en charge initiale pour tous :

- Perte de poids si obésité
- Cessation tabagique
- Dépistage des comorbidités fréquentes (MII, spondylarthropathies auto-immunes, SOPK, syndrome métabolique, carcinome spinocellulaire)
- Dépistage de l'atteinte de la qualité de vie (sx anxieux et dépressifs)
- Gestion de la douleur (AINS, Acétaminophène, limiter opiacés)
- Savon désinfectants DIE (Dexedin®, Trisan®, Dermazinc®)

1. Clindamycine 1% lotion BID x 3 mois puis PRN aux lésions inflammatoires
 2. Contraceptifs hormonaux combinés chez la femme (exemples : Diane-35®, Yaz®, Yasmin®, Alesse®)
 3. Tétracyclines PO*
 - Doxycycline 100 mg PO DIE-BID 2-6 mois
 - Minocycline 100 mg PO DIE-BID 2-6 mois
- *C-I chez enfants et femmes enceintes

Si échec à la première ligne :

1. Retenter 2^e cycle de tétracycline si préalablement efficace
2. Référence en dermatologie pour 2^e ligne de traitement (combinaisons antibiotiques, rétinoïdes PO, immunosupresseur)
3. Référence en chirurgie générale ou plastie pour excision ± greffe des lésions récurrentes aux mêmes sites

La requête en dermatologie doit contenir :

- Type de lésions retrouvées
- Niveau de sévérité
- Étendue des lésions
- Traitements essayés

Hurley stade I



En traitement d'appoint des lésions aigues, inflammatoires et douloureuses

Triamcinolone acétonide intralésionnelle, 5-10 mg/mL, 0.2-2mL IL

Possibilité de répéter q6 semaines

Référer en dermatologie si échec après quelques tentatives

* Éviter incisions et drainages simples, vu haut taux de récidives

Selon aisance du MD

Définition : Sudation excessive entravant la qualité de vie du patient (lorsque la sueur sécrétée dépasse les besoins de thermorégulation)

Primaire (idiopathique)

La cause la plus fréquente (93% des cas)
Plus souvent les paumes, plantes, aisselles et visage

Critères diagnostiques :

- Hyperhidrose focale
- Durée > 6 mois
- Pas de cause secondaire identifiée
- >2 des critères suivants : atteinte bilatérale et symétrique, impacts négatifs sur la qualité de vie, >1 épisode par semaine, âge de début <25 ans, ATCD fam+, pas de sueurs nocturnes

R/O

Hyperhidrose secondaire

Plus souvent généralisée et/ou asymétrique

Début souvent > 25 ans

Multiples causes possibles :

- Rx*
- Drogues / tabagisme / ROH et sevrages
 - Infections chroniques
 - Néoplasies
- Maladies métaboliques et endocrinologiques
- Maladies cardiovasculaires
- Maladies neurologiques
- En cas de doute, bilan orienté selon le diagnostic différentiel et/ou référer dans la spécialité appropriée

Prise en charge pour tous :

- Éviter les facteurs déclencheurs (boissons chaudes, mets épicés, chocolat, ROH)
 - Perte de poids (si obésité)
- Choisir des vêtements de coton foncés et souliers qui respirent bien, bien les nettoyer et les changer régulièrement

Anti-sudorifiques

1. AlCl₃ 15% dans gel salicylé (Hydrosal gel® 15%, vente libre)
2. AlCl₃ 20% dans éthanol (Drysol®, vente libre)
3. Préparation magistrale de AlCl₃ 30% dans gel salicylé 4%, seulement en palmoplantaire (\$\$)

Appliquer HS sur peau propre et sèche, puis rincer au am.

Débuter q 2 jours et augmenter à DIE si bien toléré.

En augmentant la concentration d'AlCl₃, le risque d'irritation augmente. Appliquer HC 1% crème PRN 5 min avant l'application d'AlCl₃.

4. Si pas de contrôle après 4 mois, référer en dermatologie

La requête requête doit contenir :

- Type d'hyperhidrose
- Niveau de sévérité
- Bilans faits et résultats PRN
- Traitements tentés

*Liste non-exhaustive de quelques Rx pouvant causer une hyperhidrose secondaire

Anti-dépresseurs, anti-psychotiques, antibiotiques, anti-viraux, anti-pyrétiques, anti-inflammatoires, hypoglycémiants oraux, insuline, anti-hypertensuents (certains), anti-émétiques, triptans, opiacés, inh. De l'acétylcholinestérase, inh. phosphodiésterase, etc.

Dermatoses infectieuses

Tinea versicolor

Comment le reconnaître?

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



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

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

Traitements d'entretien :
Reprendre 1 fois par mois au long terme pour éviter les récidives

Si réfractaire après 6 mois

Référer en dermatologie
cf Comment rédiger une requête 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.

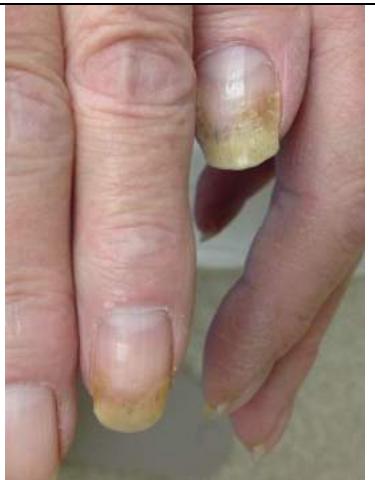
Onychomycose

Comment la reconnaître?

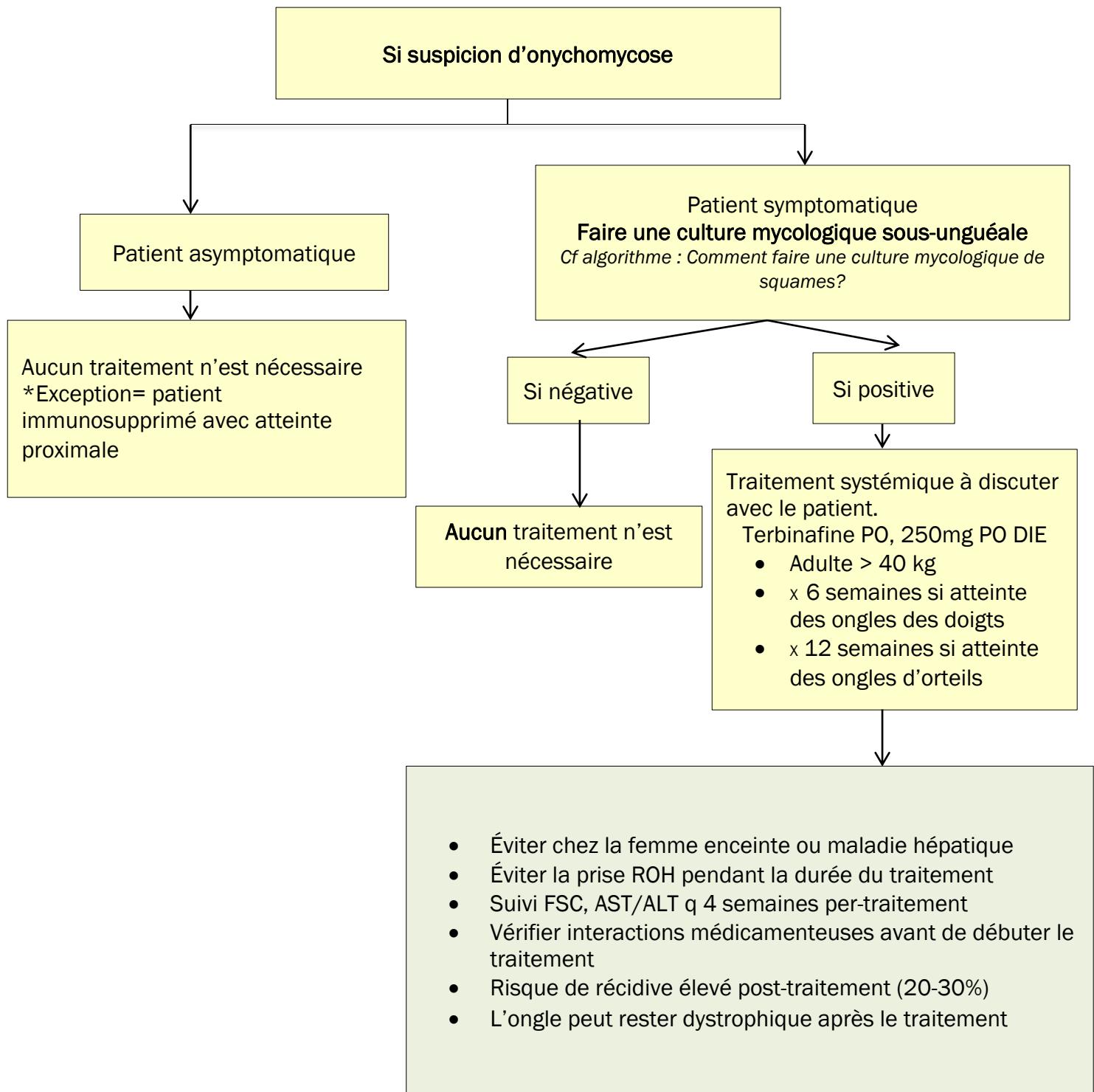
- Infection fongique fréquente
- Asymptomatique
- Ongles d'orteils plus souvent affectés que les doigts
- Épaississement de l'ongle
- Décoloration grise, orangée, blanchâtre ou brune du plateau de l'ongle
- Distal > proximal
- Habituellement, un seul ongle est atteint. Rechercher d'autres causes si plusieurs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

Psoriasis	<ul style="list-style-type: none"> • Onycholyse • Tache d'huile • Pitting • Épaississement • Plusieurs ongles atteints • Atteinte corporelle + suggestive de psoriasis 	Négative		
Eczéma	<ul style="list-style-type: none"> • Pitting • Fissures, xérose périunguérales • Onycholyse • Plusieurs ongles atteints • Atteinte corporelle + suggestive d'eczéma 	Négative		
Traumatique chronique (onychogriffose)	<ul style="list-style-type: none"> • Épaississement diffus • Symétrique, plusieurs ongles atteints • Coloration uniforme jaunâtre • Ongles déviés en hallux • Aspect de corne 	Négative		





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.



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 + pierreponce
N.B. Éviter le Soluver® chez les femmes enceintes



Si pas d'amélioration après 6 mois
Acide salicylique 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

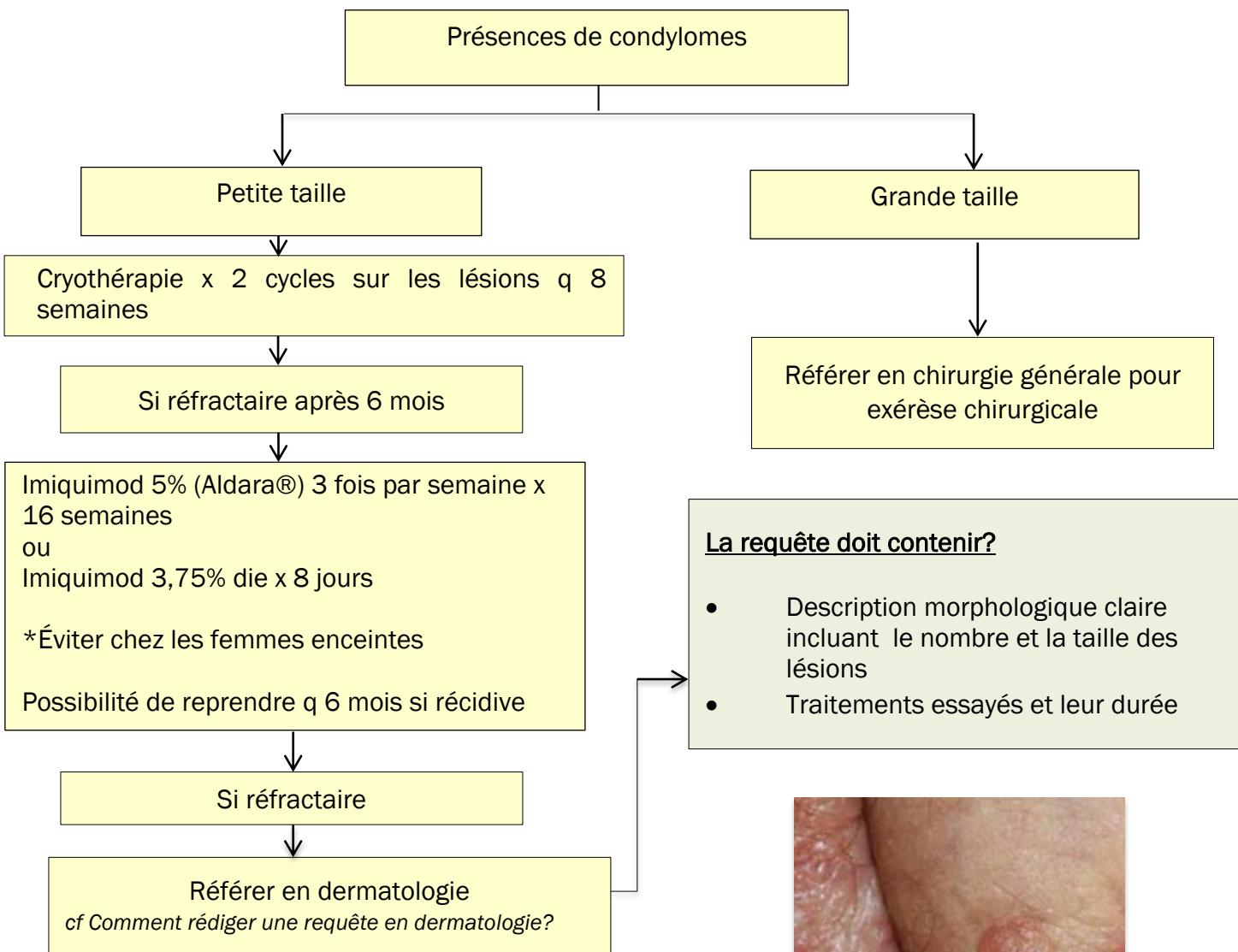
Conseils pour éviter la propagation/contagion

- 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



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 anuscopie



PHOTOGRAPHIES MÉDICALES

Les photographies médicales ont été prises avec le consentement des patients, en accord avec les exigences du code déontologique.

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 Dermatology*, 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
hôpitalier universitaire
de Sherbrooke**

Québec 