جامعة سيدي محمد بن عبد الله - فاس
UNIVERSITÉ SIDI MOHAMED BEN ABDELLAH DE FES

كلية الطب والصيدلة وطب الأسنان
FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET DE MÉDECINE DENTAIRE

Analyse des caractéristiques dermoscopiques pour le diagnostic différentiel du psoriasis et de l'eczéma chronique palmoplantaires : Une série de 80 patients

MEMOIRE PRESENTE PAR :

DOCTEUR CHOUKRI SOUAD

Née le 21/02/1993 à El Jadida (MAROC)

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE SPECIALITE EN MEDECINE

OPTION : DERMATOLOGIE

SOUS LA DIRECTION DE : PROFESSEUR ELLOUDI SARA

PROFESSEUR MERNISSI FATIMA ZAHRA

Session Septembre 2024

PLAN

PLAN..... 2
LISTE DES FIGURES 6
LISTE DES TABLEAUX 8
LISTE DES GRAPHIQUES 8
INTRODUCTION 10
MATERIELS ET METHODES 13
I. Type d'étude 14
II. Lieu et date de l'étude 14
III. Critères d'inclusion..... 14
IV. Critères d'exclusion..... 14
V. Recueil des données 15
VI. Saisie des données..... 15
VII. Analyse statistique 16
VIII. Considérations éthiques 16
RESULTATS DESCRIPTIFS..... 18
I. Caractéristiques des patients suivis pour psoriasis palmoplantaire 20
1. Caractéristiques dermographiques..... 20
A. Répartition des patients selon l'âge..... 20
B. Répartition des patients selon le sexe..... 20
2. Caractéristiques cliniques 21
3. Caractéristiques dermoscopiques 24
A. Couleur du fond 24

B. Vascularisation.....25
> Type.....25
> Distribution.....26
C. Squames.....27
> Couleur.....27
> Distribution.....29
D. Structures associées..... 32
II. Caractéristiques des patients suivis pour eczéma palmoplantaire
1. Caractéristiques dermographiques.....32
A. Répartition des patients selon l'âge..... 32
B. Répartition des patients selon le sexe..... 32
2. Caractéristiques cliniques.....33
3. Caractéristiques dermoscopiques 36
A. Couleur du fond..... 36
B. Vascularisation.....36
> Type.....37
> Distribution.....40
C. Squames.....41
> Couleur.....41
> Distribution.....43
D. Structures associées..... 45

RESULTATS ANALYTIQUES 46

I. Les signes dermoscopiques spécifiques du psoriasis palmoplantaire 47

II. Les signes dermoscopiques spécifiques de l'eczéma palmoplantaire 47

DISCUSSION 50

CONCLUSION 62

RESUME 65

RÉFÉRENCES 70

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Kératodermie palmoplantaire chez des patients suivis pour psoriasis…..23

Figure 2 . Couleurs de fond retrouvées chez nos patients psoriasiques : 2.a) Fond rouge ; 2.b) Fond rouge terne ; 2.c) Fond jaune 25

Figure 3. Distribution des vaisseaux dans le groupe psoriasis : 3.a) Homogène le long des sillons cutanés; 3.b) Distribution en patchy.....27

Figure 4. Couleurs des squames chez des patients du groupe psoriasis : 4.a) Squames blanches, 4.b) Squames jaunes.....29

Figure 5. Modèles de distribution des squames chez des patients du groupe psoriasis : 5.a) Distribution diffuse. 5.b) Distribution inégale…..31

Figure 6. Kératodermie palmoplantaire chez des patients suivis pour eczéma.....35

Figure 7. Couleurs de fond retrouvées dans le groupe eczéma : 7.a) Fond rouge terne (cercle rouge)+jaune (cercle noir) ; 7.b) Fond rouge terne ; 2.c) Fond rouge 37

Figure 8. Morphologie des vaisseaux dans le groupe eczéma : 8.a) Vaisseaux en points (Flèches) ; 8.b) Epingles à cheveux (Flèches) ; 8.c) Vaisseaux globulaires (Cercle) 39

Figure 9. Distribution des vaisseaux en patchy chez des patients suivis pour eczéma..... 40

Figure 10. Couleurs des squames chez des patients du groupe eczéma : 10.a) Squames jaunes, 10.b) Squames blanches..... 42

Figure 11. Modèles de distribution des squames chez des patients du groupe eczéma : 11.a) Distribution inégale. 11.b) Distribution diffuse….....44

Figure 12. Globules bruns orangés chez des patients suivis pour eczéma (Flèches bleues) 45

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Comparaison des caractéristiques dermoscopiques chez les patients atteints de psoriasis et d'eczéma palmoplantaires 48

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1. Répartition des patients en fonction de la pathologie 19
Graphique 2. Répartition des patients suivis pour psoriasis selon le sexe 21
Graphique 3. Répartition des différents aspects clinique chez les patients suivis pour psoriasis 22
Graphique 4. Répartition des couleurs de fond retrouvées chez les patients psoriasiques 24
Graphique 5. Distribution des vaisseaux dans le groupe psoriasis 26
Graphique 6. Répartition de la couleur des squames dans le groupe psoriasis…..... 28
Graphique 7. Modèles de distribution des squames dans le groupe psoriasis…..... 30

Graphique 8. Répartition des patients suivis pour eczéma selon le sexe…….33

Graphique 9. Répartition des aspects cliniques chez les patients suivis pour eczéma.....34

Graphique 10. Répartition des couleurs de fond retrouvées dans le groupe eczéma..... 36

Graphique 11. Morphologie des vaisseaux dans le groupe eczéma ……..38

Graphique 12. Répartition de la couleur des squames dans le groupe eczéma 41

Graphique 13. Modèles de distribution des squames dans le groupe eczéma 43

Introduction :

Le psoriasis et l'eczéma sont deux pathologies inflammatoires chroniques, se présentant cliniquement sous forme de plaques érythémato-squameuses, avec des caractéristiques distinctives permettant généralement de poser un diagnostic précis en présence de lésions affectant le corps ou le cuir chevelu (1).

Néanmoins, l'atteinte palmoplantaire (PP) de ces deux entités est similaire cliniquement, se présentant toutes les deux sous forme d'une kératodermie palmoplantaire posant un véritable problème de diagnostic différentiel entre les deux pathologies, notamment lorsque cette atteinte est isolée (2).

La biopsie cutanée de la région palmoplantaire peut affecter temporairement la qualité de vie des patients. De plus, et en raison des particularités anatomiques de cette localisation, le psoriasis et l'eczéma partagent des aspects histologiques communs, telles que l'acanthose, la parakératose et la spongiose(3).

La dermoscopie, une technique rapide, non invasive et peu coûteuse, est devenue une procédure standard dans le diagnostic différentiel des pathologies inflammatoires (2).

En effet, l'inflammoscopie ou dermoscopie des pathologies inflammatoires a été largement étudiée ces dernières années, fournissant ainsi au clinicien des indices précieux facilitant le diagnostic non invasif de plusieurs entités cliniques avec une réduction du nombre de cas nécessitant une biopsie (3).

Les caractéristiques dermoscopiques observées dans différents sous-types de psoriasis ont été bien étudiées et ne diffèrent pas de manière significative notamment dans le psoriasis en plaque, en gouttes, le psoriasis génital et inversé. Cependant la dermoscopie du psoriasis à localisation palmoplantaire a été moins fréquemment étudiée auparavant, par conséquent des études récentes s'intéressent de plus en plus à cette localisation particulière.

De même, la dermoscopie de l'eczéma était centrée antérieurement sur les différents sous types de la maladie, notamment l'eczéma aigu, subaigu et chronique, tandis que la littérature actuelle se

penche plus sur les particularités topographiques notamment la localisation palmoplantaire(1-2-3).

Cette étude vise à évaluer et à comparer les signes dermoscopiques chez les patients atteints psoriasis et d'eczéma chronique à localisation palmoplantaire, ainsi qu'à préciser les signes spécifiques à chaque pathologie. Cela pourrait permettre d'améliorer le diagnostic et la prise en charge de ces maladies et de limiter ainsi le recours à la biopsie cutanée.

OBJECTIFS

Objectif principal :

Décrire les différents aspects dermoscopiques en rapport avec le psoriasis et l'eczéma chronique à localisation palmoplantaire.

Objectif secondaire :

Déterminer les signes dermoscopiques spécifiques de chaque pathologie.

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude :

Notre travail est une étude transversale descriptive et analytique des images dermoscopiques appartenant à 80 patients (50 patients atteints de psoriasis et 30 d'eczéma chronique palmoplantaires).

II. Lieu et date de l'étude :

Ce travail s'est étendu sur une période de 10 mois, allant du juin 2023 à avril 2024.

Le recrutement des patients a été réalisé à partir du service de dermatologie du CHU HASSAN II de Fès.

III. Critères d'inclusion :

La présence d'une atteinte palmoplantaire dans le cadre d'un psoriasis ou un eczéma chronique confirmée cliniquement et/ou histologiquement.

IV. Critères d'exclusion :

Les patients en cours de traitement (Aspect dermoscopique modifié par le traitement).

Les patients qui ont appliqué des topiques modifiant la couleur normale de la peau (Henné - Eosine…).

V. Recueil des données :

Les caractéristiques de base des patients (âge, sexe et diagnostic) ont été enregistrées.

Tous les patients ont été examinés par le dermoscope digital Dermlite DL4 avec une pression minimale, et des photographies ont été prises à plusieurs endroits au niveau palmoplantaire.

L'évaluation dermoscopique a porté sur plusieurs aspects, à savoir :

- La couleur du fond.
- Le type et la distribution des vaisseaux.
- La couleur et la distribution des squames.
- Les structures associées.

VI. Saisie des données :

La saisie des données recueillies sur des fiches d'exploitation, préalablement imprimées, était réalisée à l'aide du logiciel Excel.

VII. Analyse statistique :

L'analyse statistique a été effectuée au service d'épidémiologie, recherche clinique et santé communautaire, à l'aide du logiciel SPSS version 20.

Dans une première étape, nous avons réalisé des statistiques descriptives. Les variables qualitatives étaient décrites en termes de proportions et les variables quantitatives étaient décrites en termes de moyennes et écart-types.

Dans une seconde étape, nous avons comparé les caractéristiques dermoscopiques des deux pathologies à savoir le psoriasis et l'eczéma chronique. Et nous avons cherché l'existence ou non d'une association statistiquement significative entre chaque signe dermoscopique et le type de maladie, en utilisant le test de Khi 2. Une valeur $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.

VIII. Considérations éthiques :

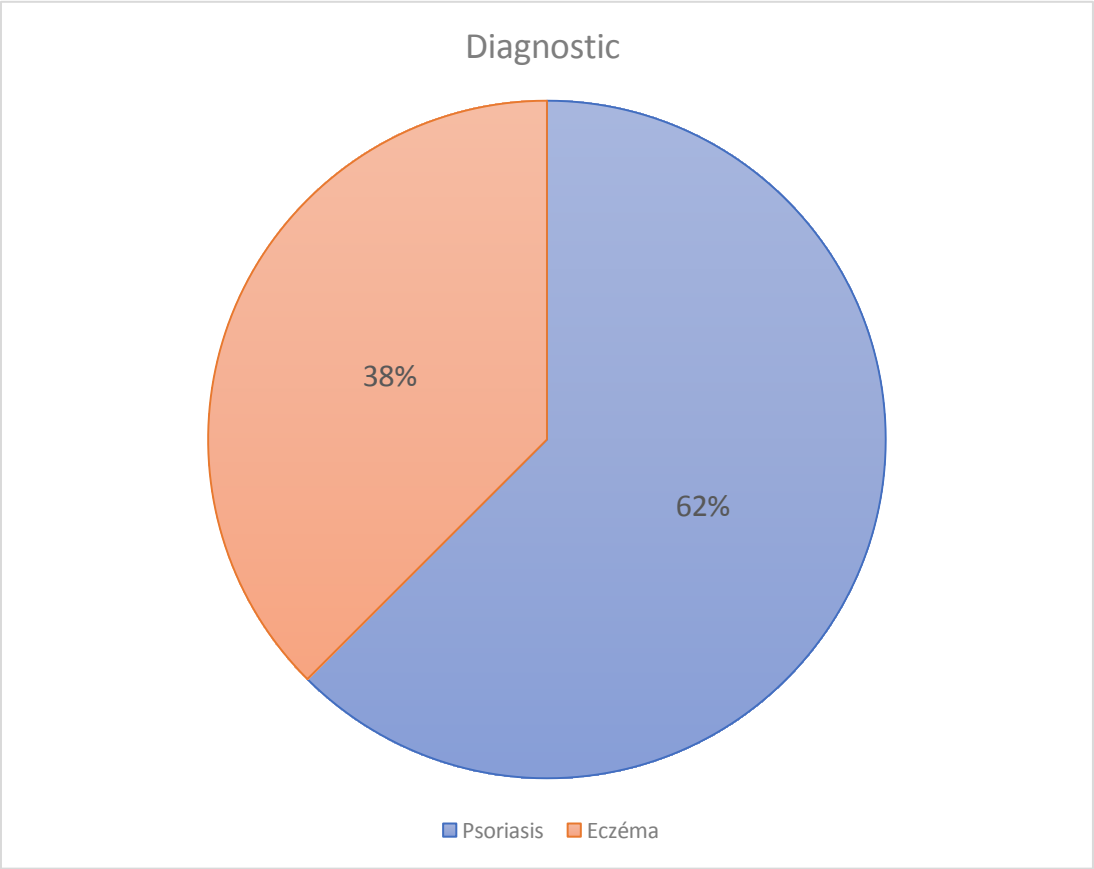
Tous les patients étaient informés au début de l'étude de l'objectif et du déroulement de l'étude, et aussi de leur droit de refuser la participation ou de se retirer après s'ils le souhaitent. Le

recueil des données était anonyme et confidentiel. La saisie et la gestion des données étaient également anonymes et confidentielles, seuls les investigateurs de l'étude avaient accès aux questionnaires et aux données informatisées.

RESULTATS DESCRIPTIFS

I. Caractéristiques des patients :

Nous avons colligé 80 patients dont 50 suivis pour psoriasis et 30 pour eczéma chronique.



Graphique 1. Répartition des patients en fonction de la pathologie.

I. Caractéristiques des patients suivis pour psoriasis :

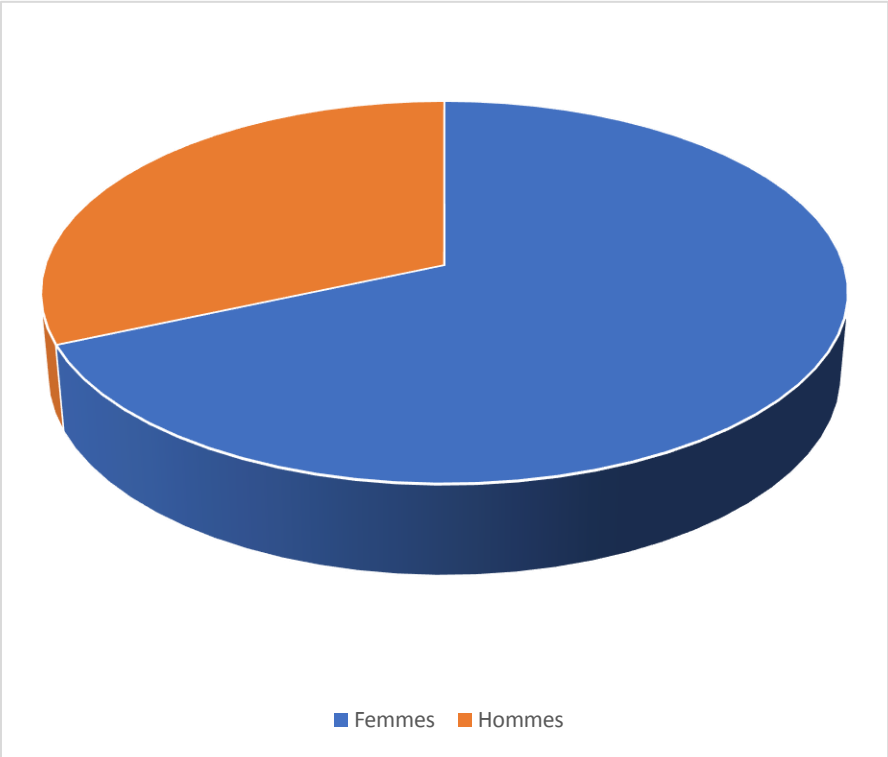
1. Caractéristiques dermographiques :

A. Répartition des patients selon l'âge :

L'âge moyen était 16 ans avec des extrêmes qui se situaient entre 12 et 42 ans et un écart-type de 15,313.

B. Répartition des patients selon le sexe :

Le sexe ratio H/F dans notre échantillon était de 1/2, avec une prédominance féminine, soit 65 % de cas.

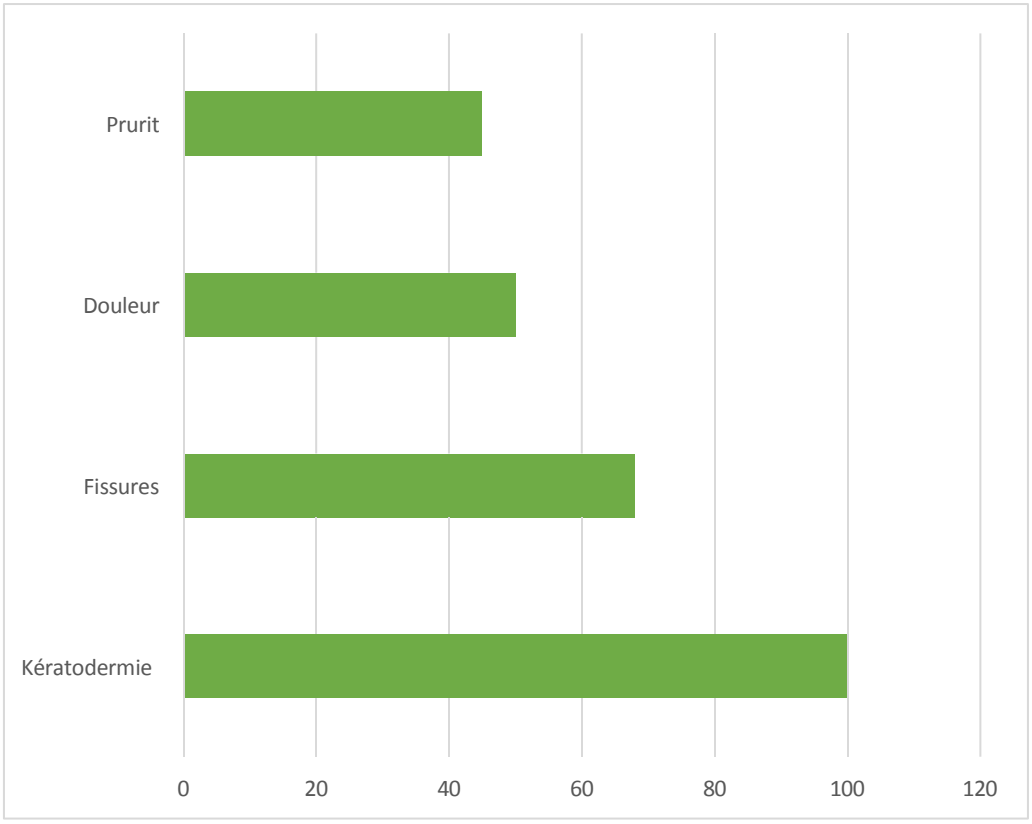


Graphique 2. Répartition des patients suivis pour psoriasis selon le sexe.

2. Caractéristiques cliniques :

A. Aspects cliniques :

Une kératodermie palmoplantaire a été notée chez tous les patients (100 %), associée une douleur chez la moitié des patients (50%) et au prurit chez 45%, des fissures ont été retrouvées chez 68 % des cas .



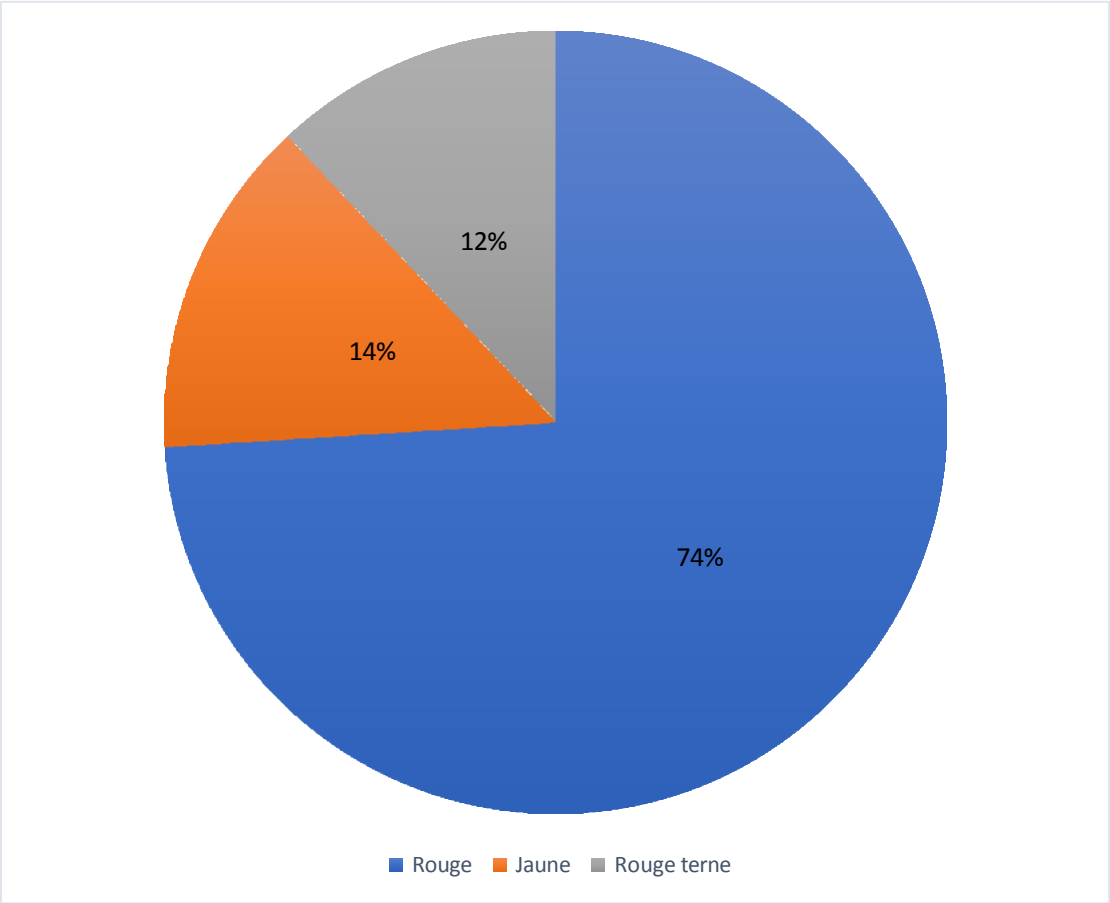
Graphique 3. Répartition des aspects cliniques chez les patients suivis pour psoriasis.

Figure 1. Kératodermie palmoplantaire chez des patients suivis pour psoriasis.

3. Caractéristiques dermoscopiques:

A. Couleur du fond :

Les couleurs de fond retrouvées chez nos patients psoriasiques étaient dominées par le rouge (74%), suivi du jaune (14%) et moins fréquemment le rouge terne (12%).



Graphique 4. Répartition des couleurs de fond retrouvées chez nos patients psoriasiques

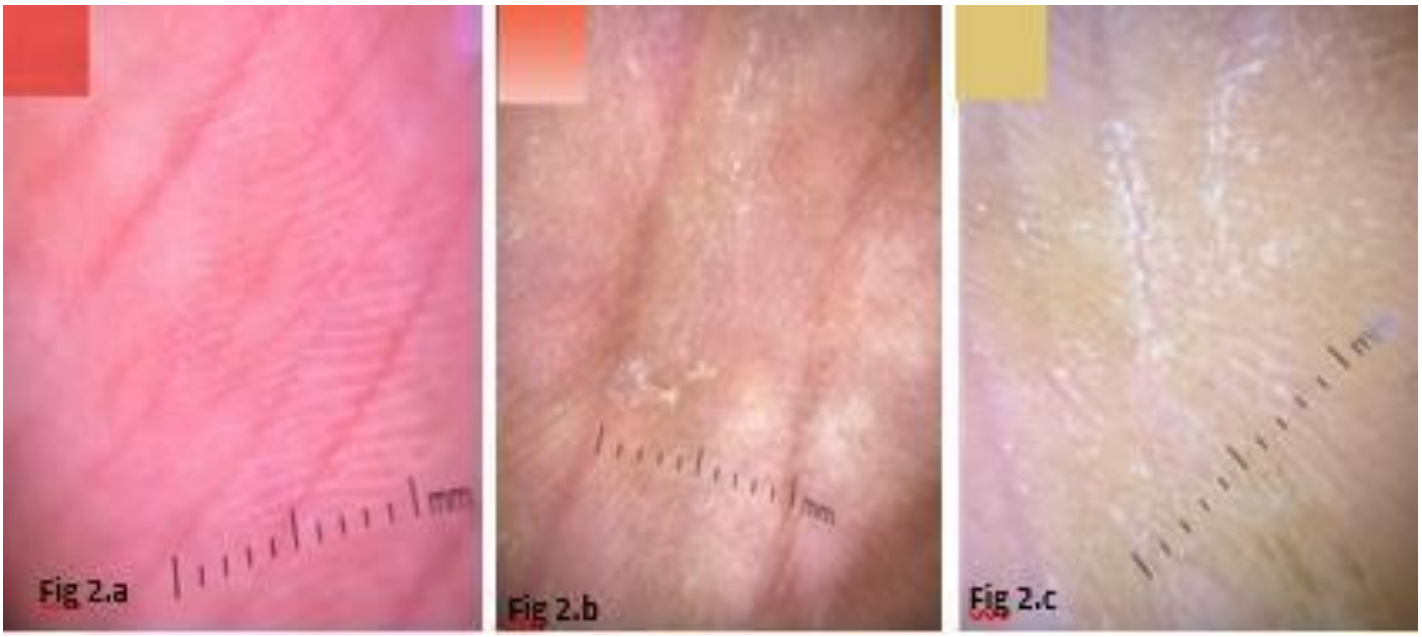


Figure 2. Couleurs de fond retrouvées chez nos patients psoriasiques : 2.a) Fond rouge ; 2.b) Fond rouge terne ; 2.c) Fond jaune.

B. Vascularisation :

Une vascularisation a été notée chez 72% des patients dans le groupe psoriasis.

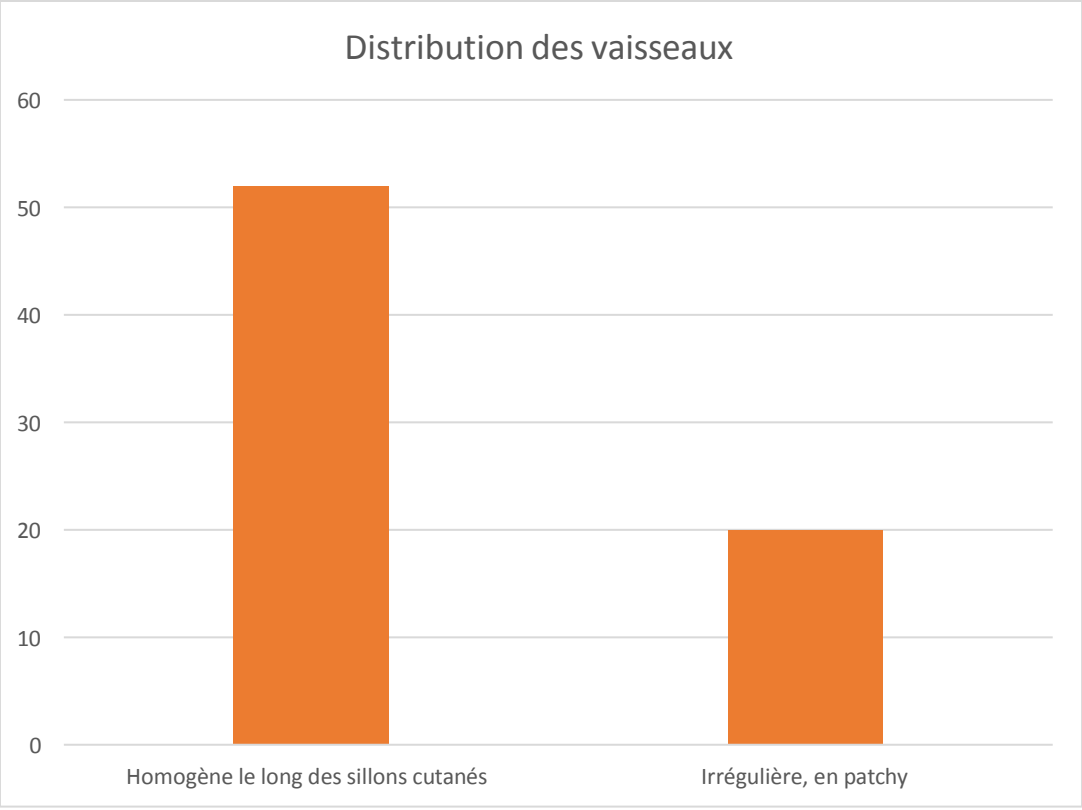
- Type des vaisseaux :

Les vaisseaux en points étaient le seul type vasculaire noté dans notre échantillon. Les autres types notamment les vaisseaux en épingles à

cheveux, linéaires ou globulaires n'ont pas été objectivés chez les patients psoriasiques.

- Distribution des vaisseaux :

Une distribution régulière des vaisseaux le long des sillons cutanés était la plus fréquente dans le groupe psoriasis, avec une prévalence estimée à 52% tandis qu'une répartition inhomogène était observée 20% des cas.



Graphique 5. Distribution des vaisseaux dans le groupe psoriasis .

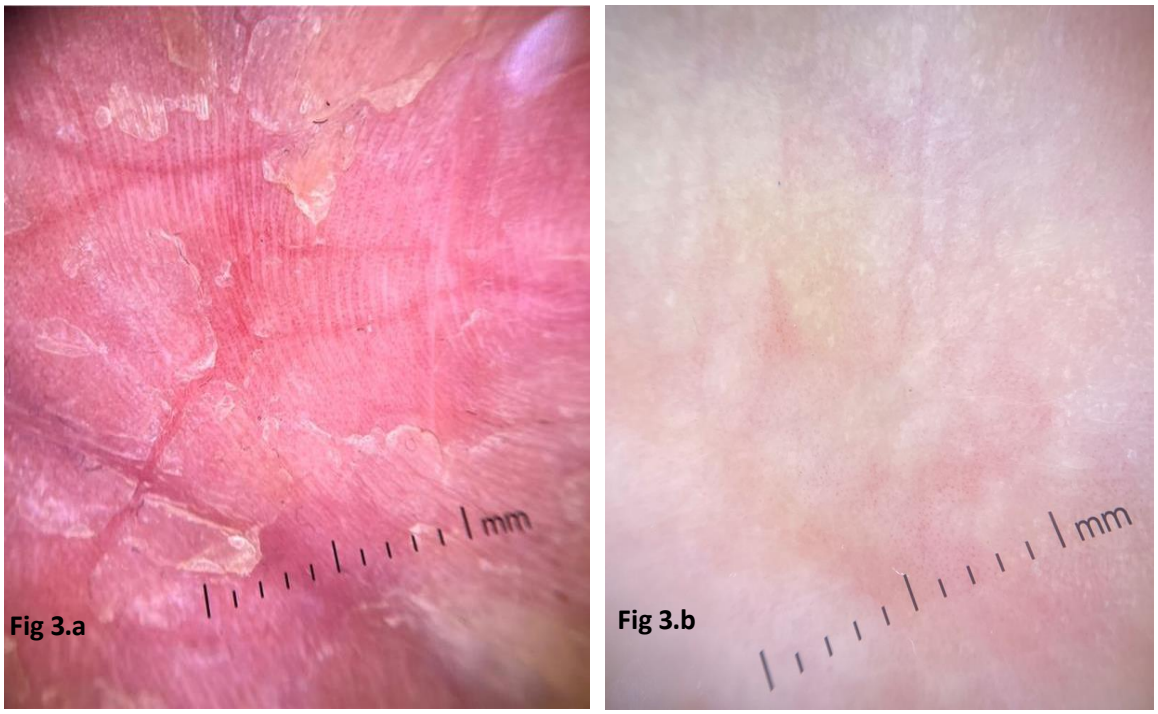
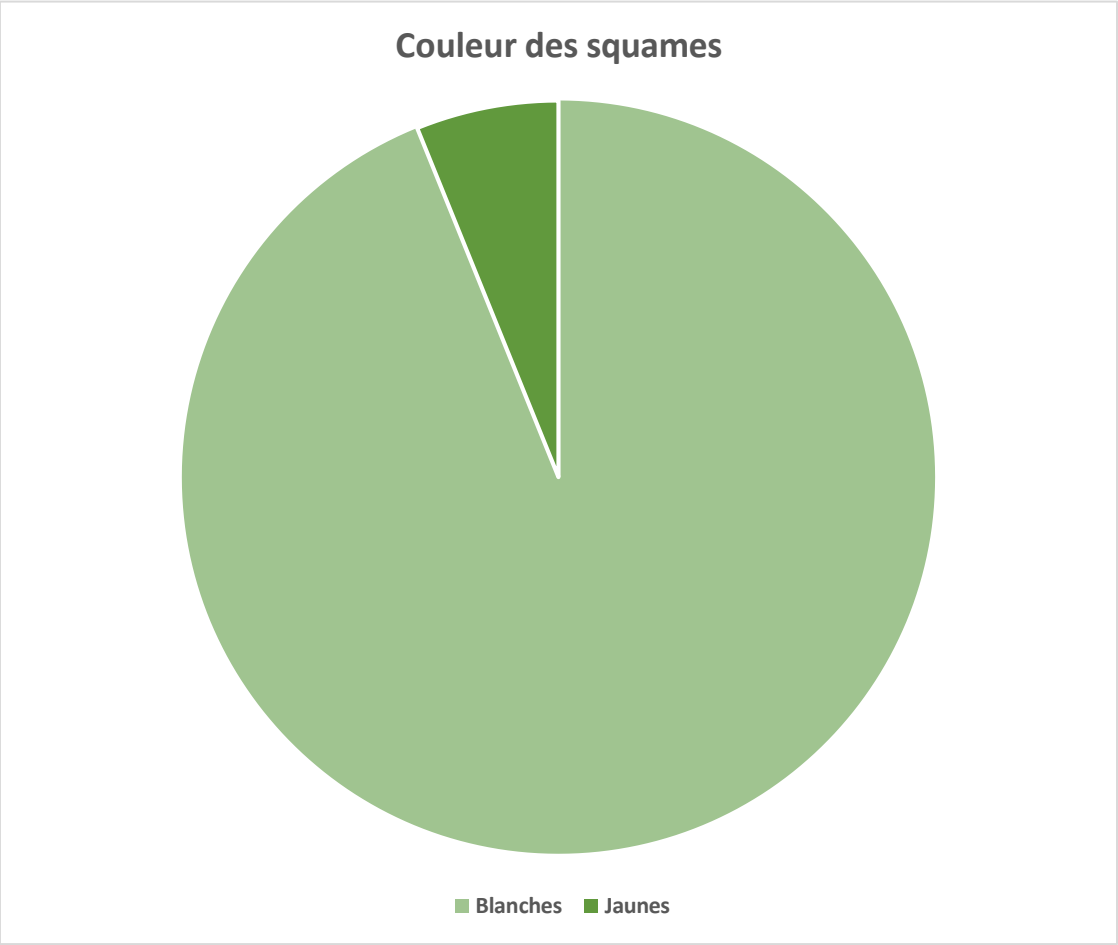


Figure 3. Distribution des vaisseaux dans le groupe psoriasis : 3.a) Homogène le long des sillons cutanés., 3.b) Distribution en patchy.

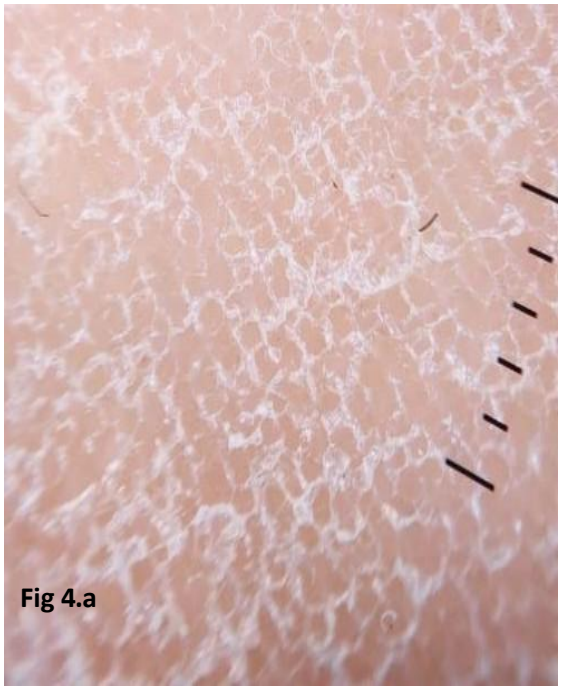
C. Squames :

- Couleur des squames :

Dans le groupe psoriasis, la couleur blanche des squames était prédominante (92%), et des squames jaunes ont également été notées chez 6% des cas.



Graphique 6. Répartition de la couleur des squames dans le groupe psoriasis.



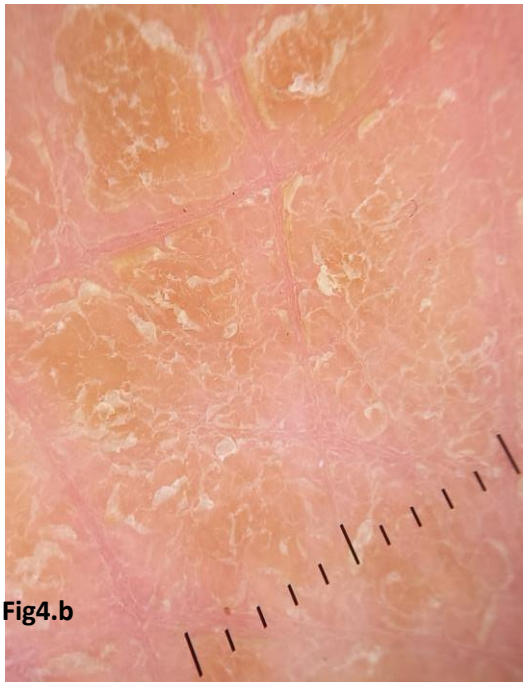
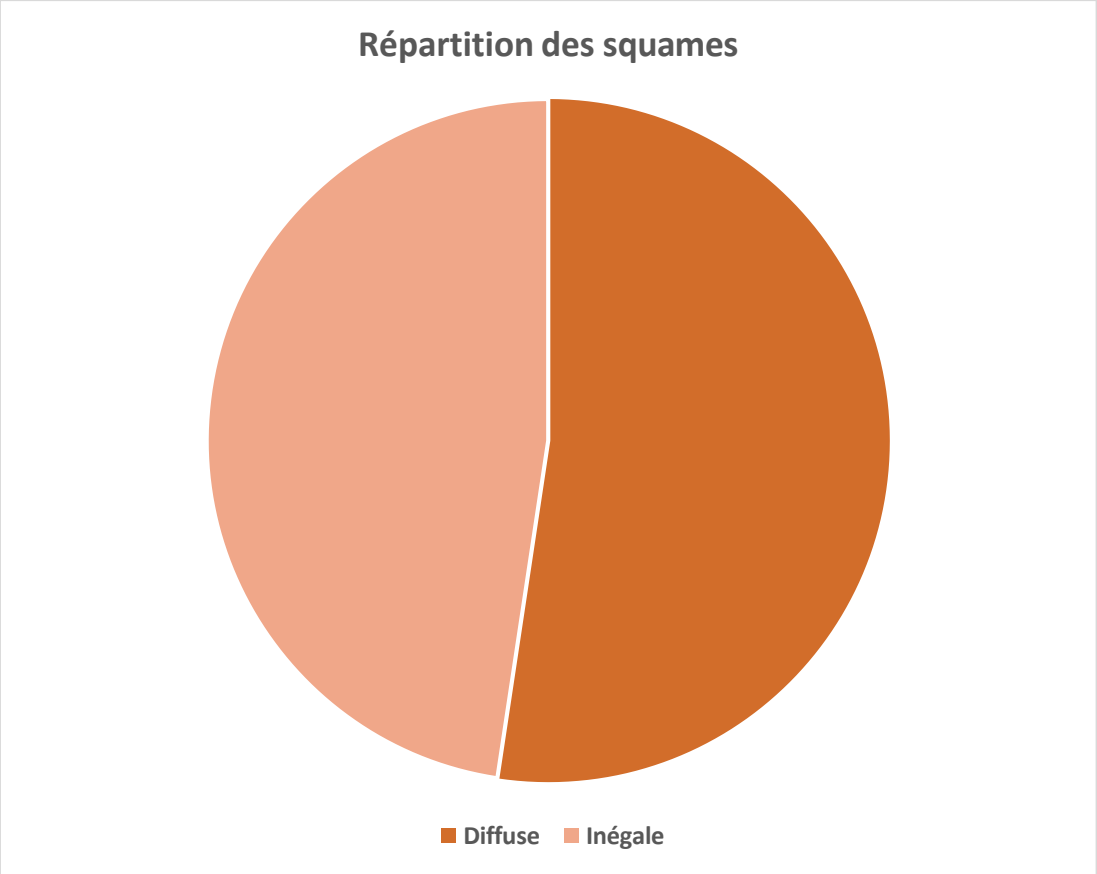


Figure 4. Couleurs des squames chez des patients du groupe psoriasis : 4.a) Squames blanches, 4.b) Squames jaunes.

- Distribution des squames :

Une distribution diffuse des squames était notée chez 44% des patients suivis pour psoriasis, et une répartition inégale était retrouvée chez 40% des cas.



Graphique 7. Modèles de distribution des squames dans le groupe psoriasis.

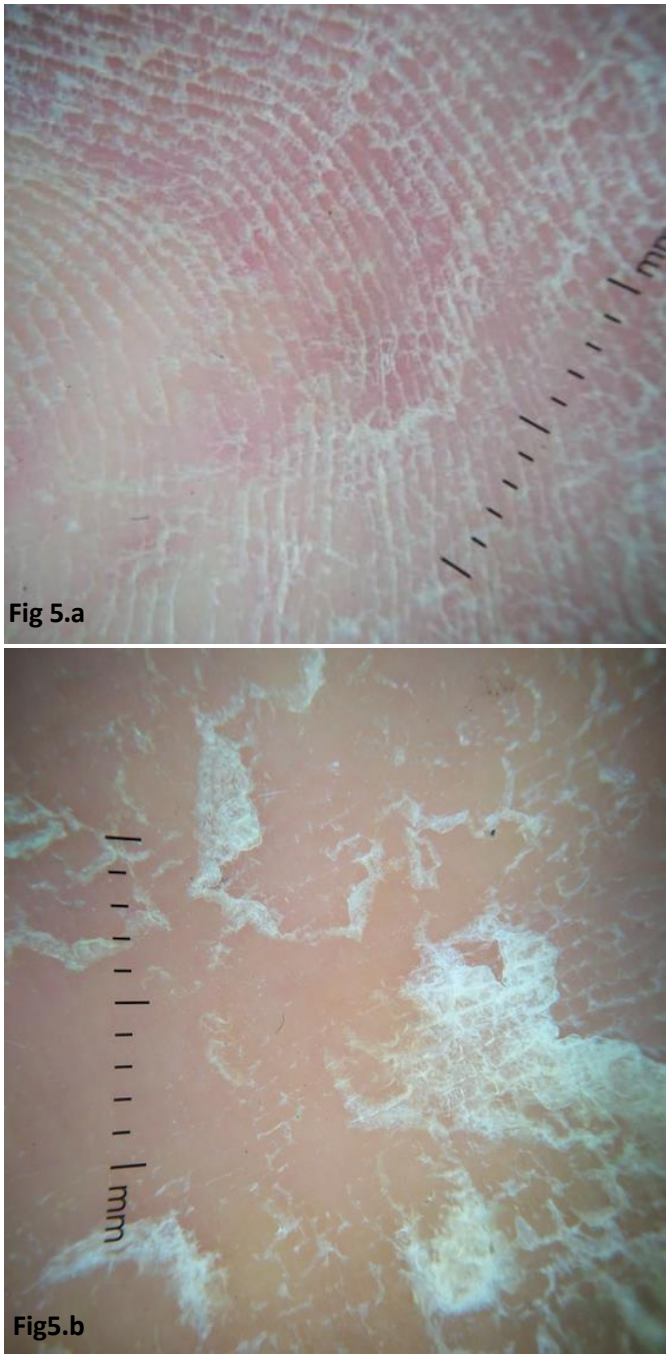


Figure 5. Modèles de distribution des squames chez des patients du groupe psoriasis : 5.a) Distribution diffuse. 5.b) Distribution inégale.

D. Structures associées :

- Globules bruns orangés :

Dans le groupe psoriasis, on n'a objectivé en aucun cas de structures associées à type de globules bruns orangés.

II. Caractéristiques des patients suivis pour eczéma :

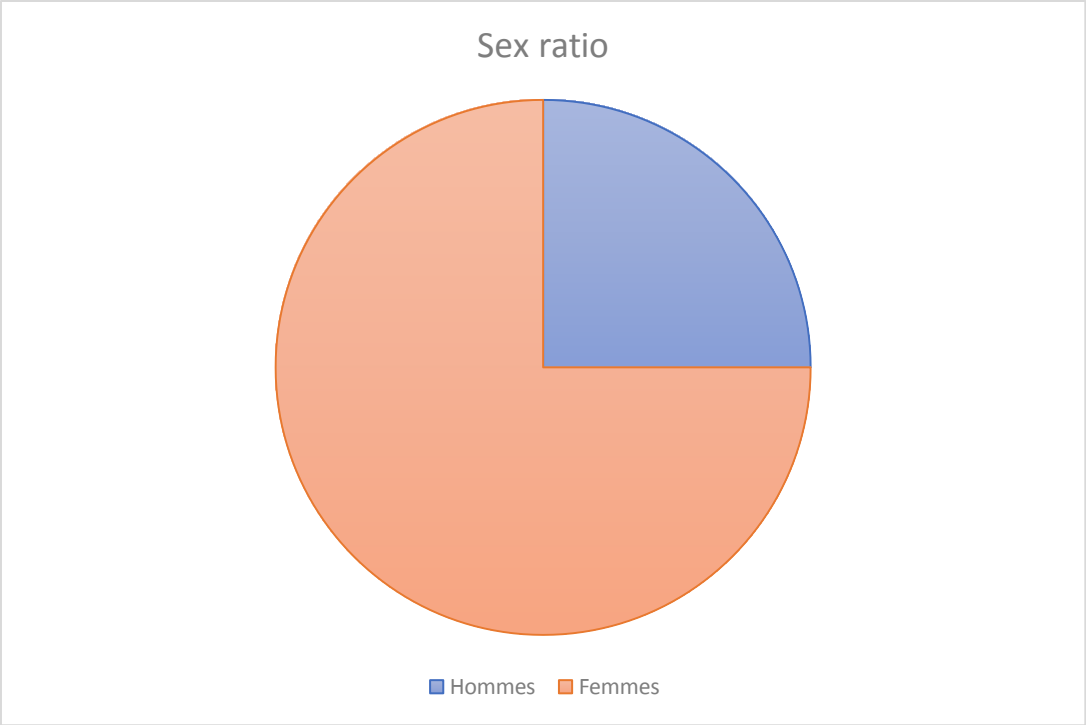
1. Caractéristiques dermographiques :

A. Répartition des patients selon l'âge :

L'âge moyen était 42 ans avec des extrêmes qui se situaient entre 25 et 55 ans et un écart-type de 12,415.

B. Répartition des patients selon le sexe :

Le sexe ratio H/F dans notre échantillon était de 3/4, avec une prédominance féminine, soit 75 % de cas.

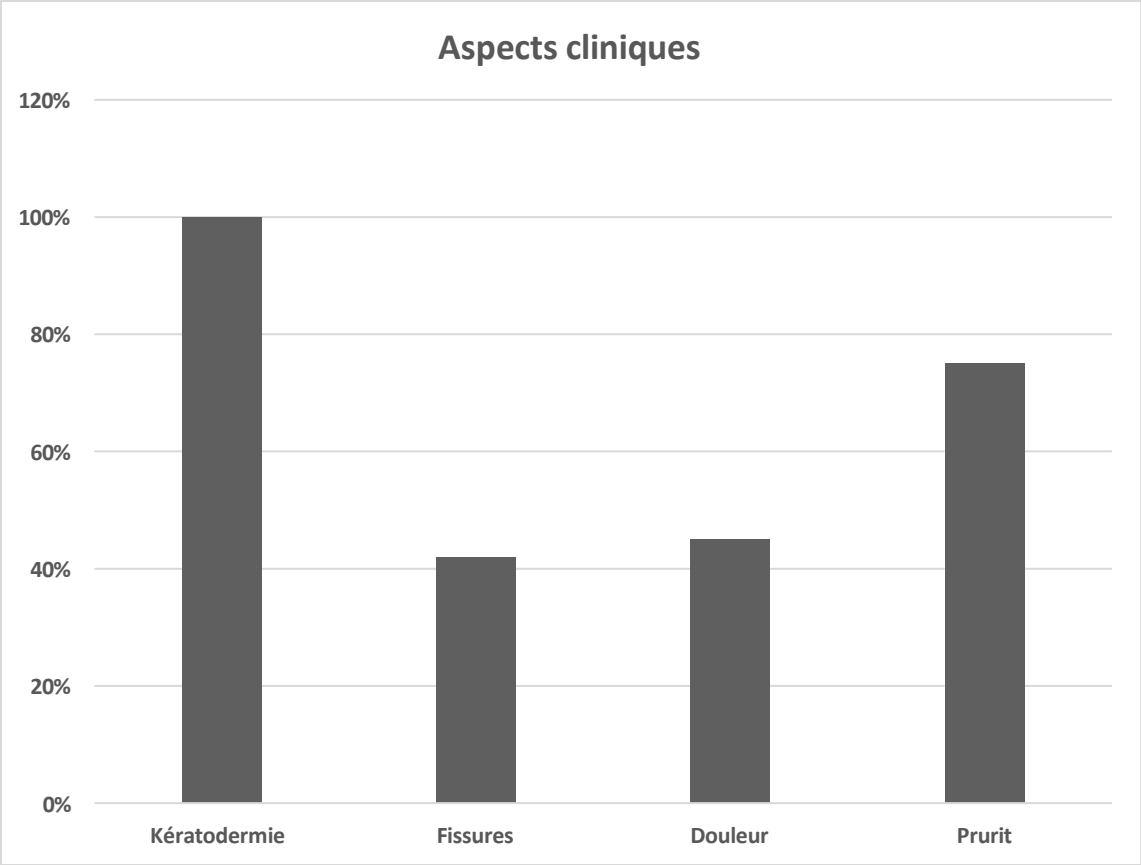


Graphique 8. Répartition des patients suivis pour eczéma selon le sexe.

2. Caractéristiques cliniques :

A. Aspects cliniques :

Une kératodermie palmoplantaire a été notée chez tous les patients (100 %), associée à un prurit chez 75% des cas, à la douleur chez 45%, des fissures ont été retrouvées chez 42% des cas.



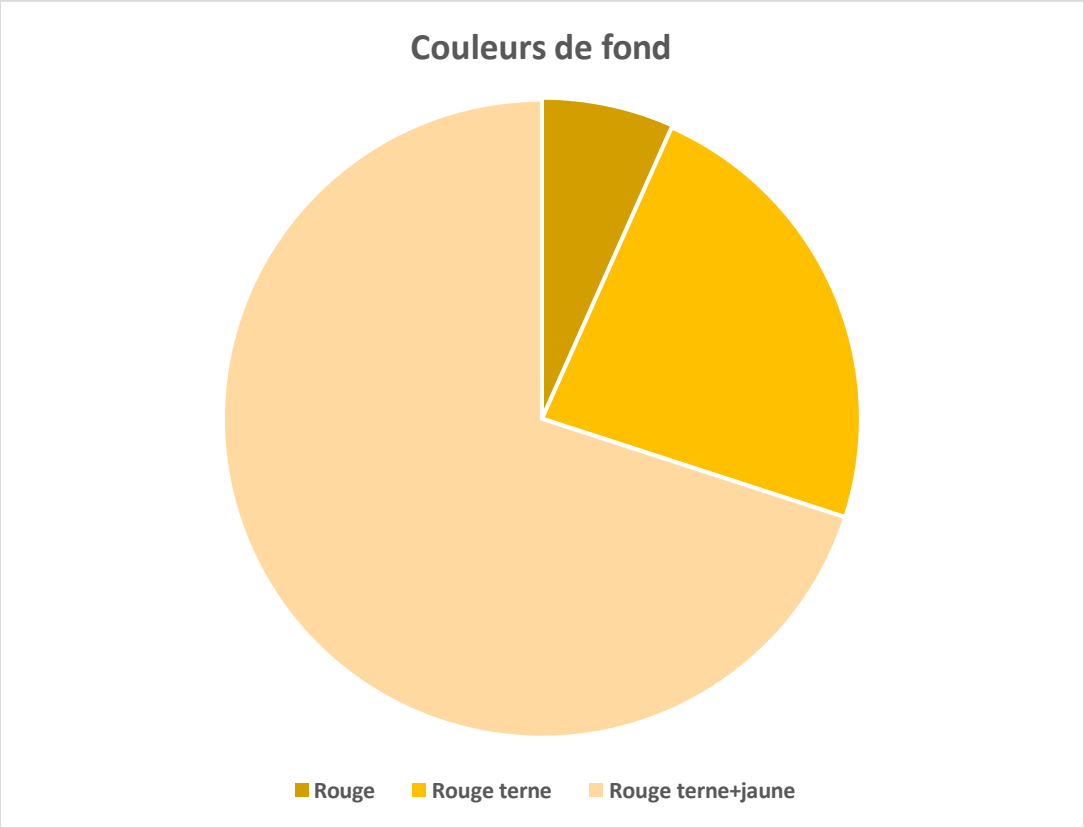
Graphique 9. Répartition des aspects cliniques chez les patients suivis pour eczéma.

Figure 6. Kératodermie palmoplantaire chez des patients suivis pour eczéma.

3. Caractéristiques dermoscopiques:

A. Couleur du fond :

Les couleurs de fond retrouvées chez nos patients du groupe eczéma étaient dominées par l'association du rouge terne et jaune (70%), suivi du rouge terne (24%) et moins fréquemment le rouge (6%).



Graphique 10. Répartition des couleurs de fond retrouvées dans le groupe eczéma.

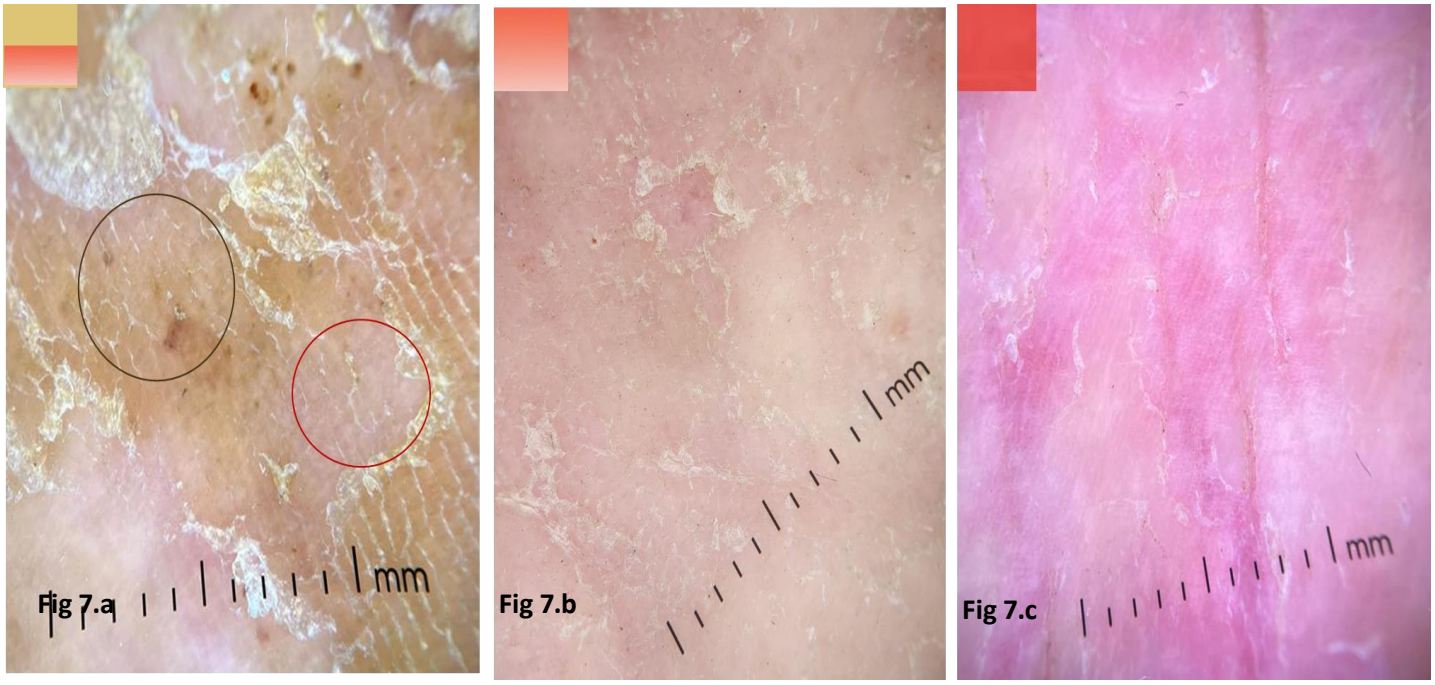


Figure 7. Couleurs de fond retrouvées dans le groupe eczéma : 7.a) Fond rouge terne (cercle rouge)+jaune (cercle noir) ; 7.b) Fond rouge terne ; 2.c) Fond rouge.

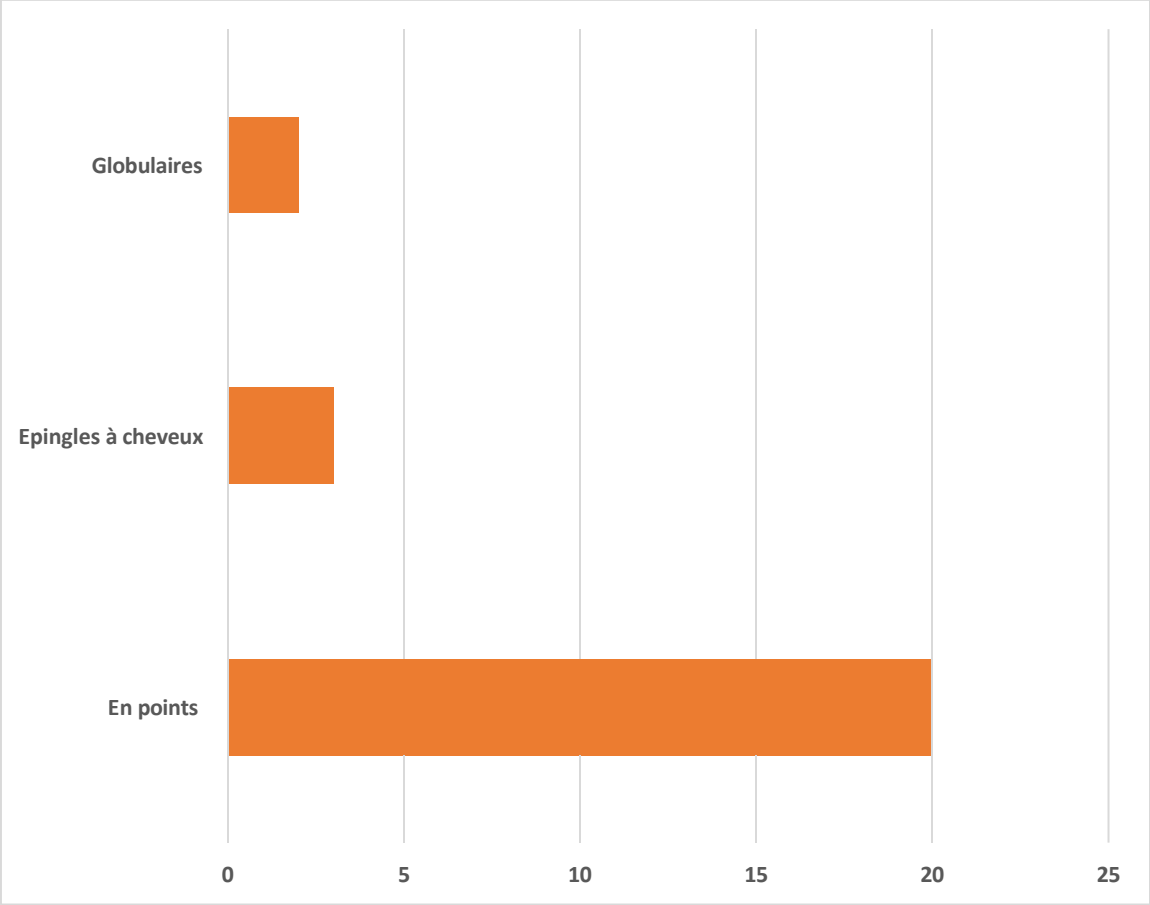
B. Vascularisation :

Une vascularisation a été notée chez 73% des patients dans le groupe eczéma.

- Type des vaisseaux :

Les vaisseaux en points étaient type vasculaire prédominant dans notre échantillon (67%). D'autres types notamment les vaisseaux en

épingles à cheveux et globulaires ont été moins fréquemment retrouvés, notamment chez 6% et 10% des cas respectivement.



Graphique 11. Morphologie des vaisseaux dans le groupe eczéma .

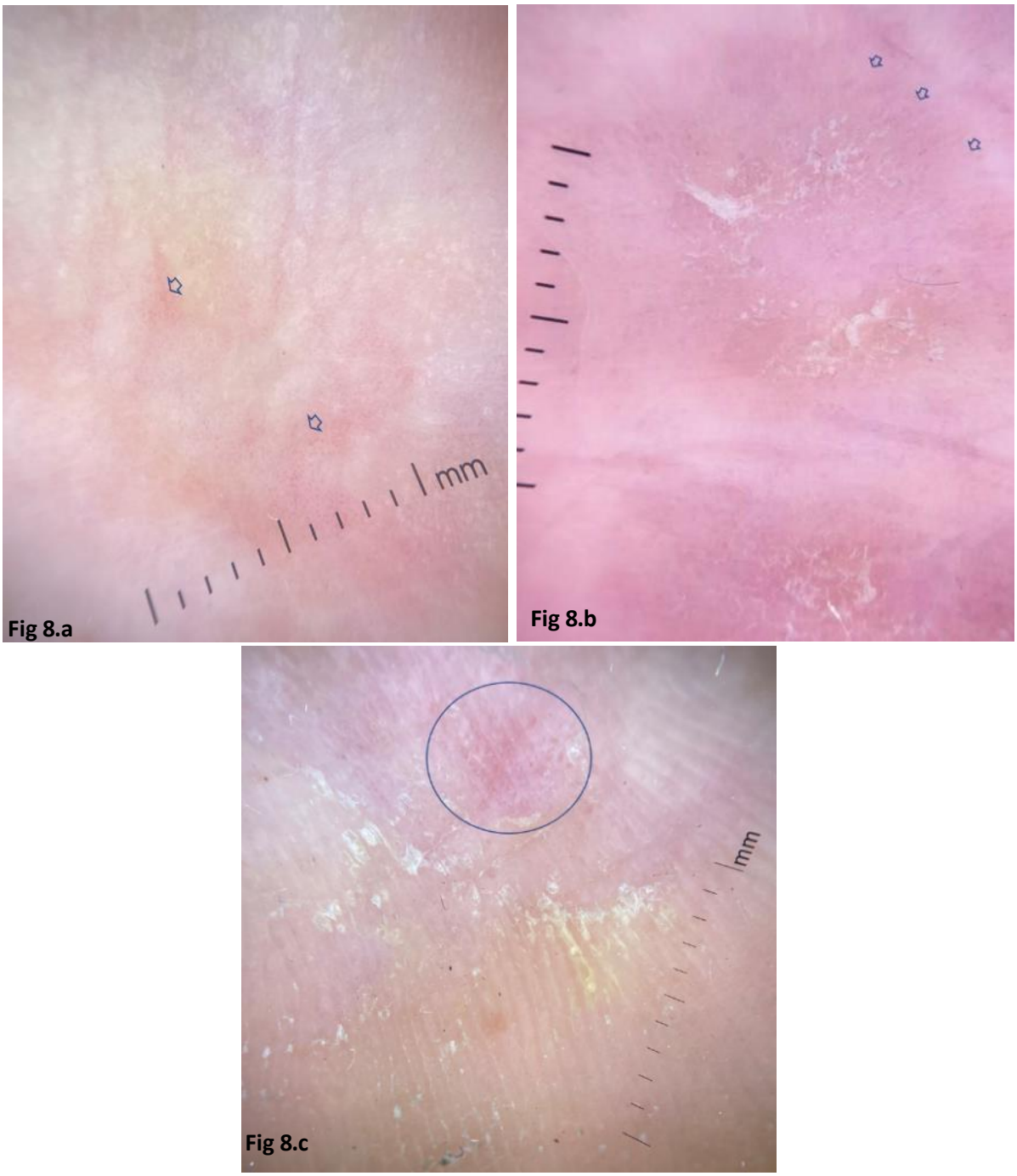


Figure 8. Morphologie des vaisseaux dans le groupe eczéma : 8.a) Vaisseaux en points (Flèches) ; 8.b) Epingles à cheveux (Flèches) ; 8.c) Vaisseaux globulaires (Cercle).

- Distribution des vaisseaux :

Une distribution irrégulière des vaisseaux, en patchy était prédominante dans le groupe eczéma, avec une prévalence estimée à 67%.

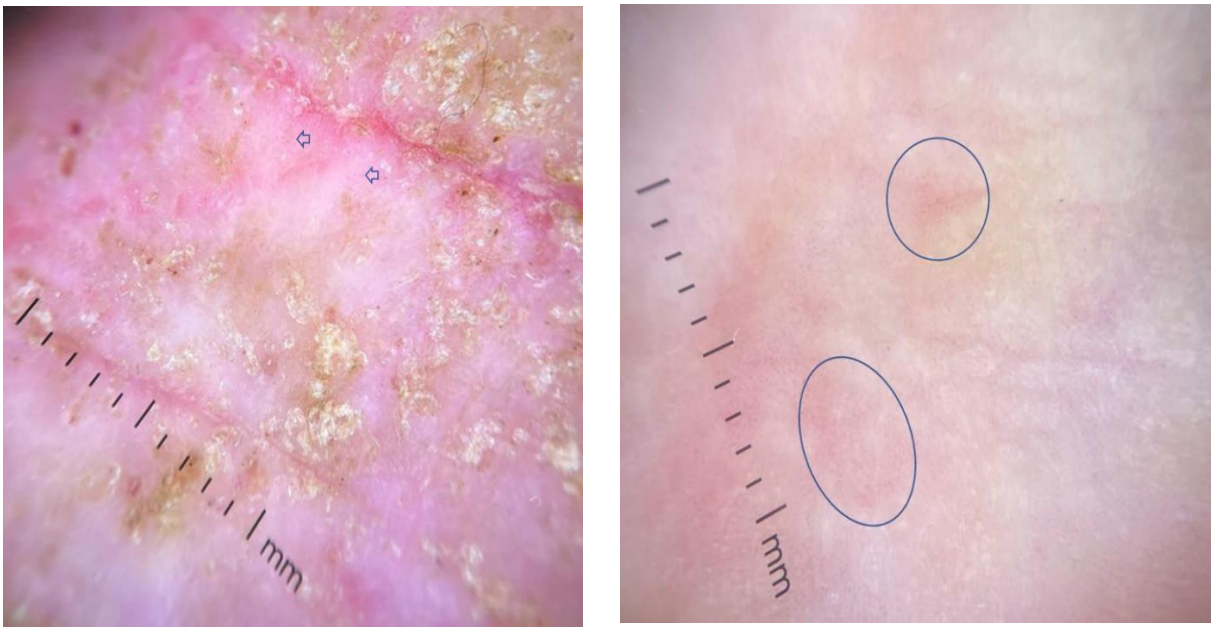
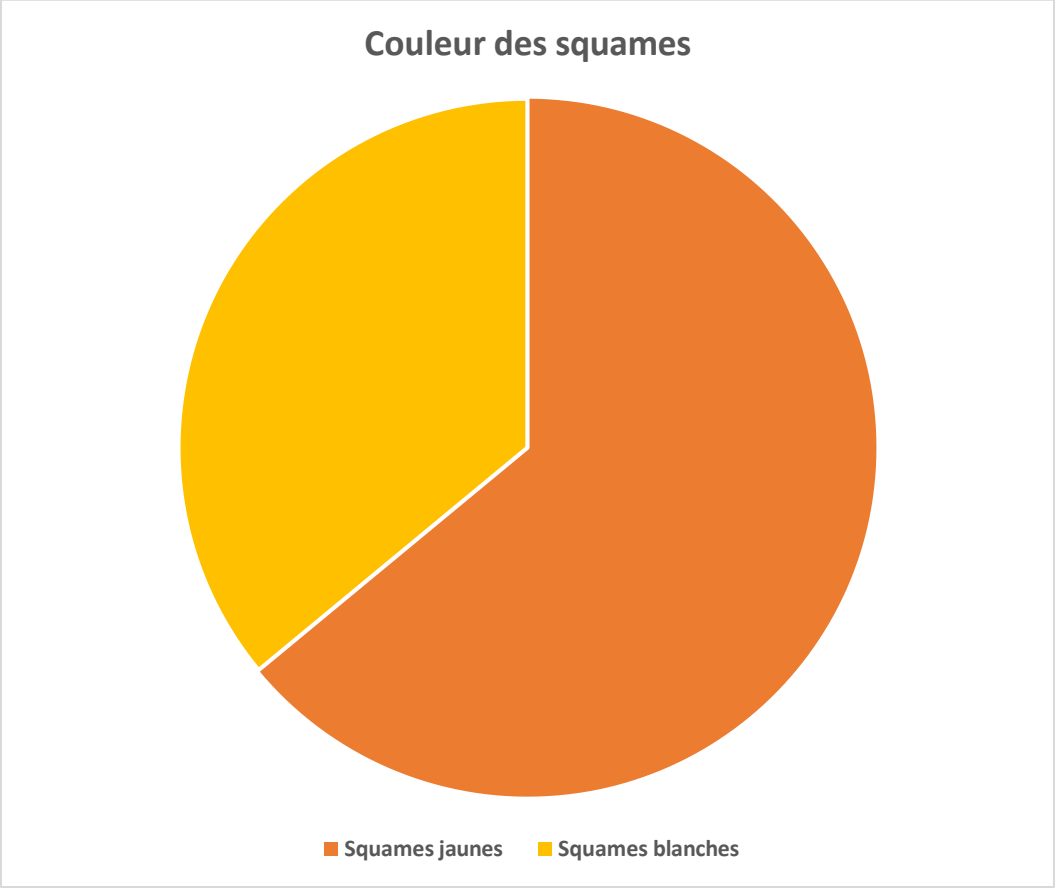


Figure 9. Distribution des vaisseaux en patchy chez des patients suivis pour eczéma.

C. Squames :

- Couleur des squames :

Dans le groupe eczéma, la couleur jaune des squames était prédominante (53%), et des squames blanches ont également été notées chez 30% des cas.



Graphique 12. Répartition de la couleur des squames dans le groupe eczéma

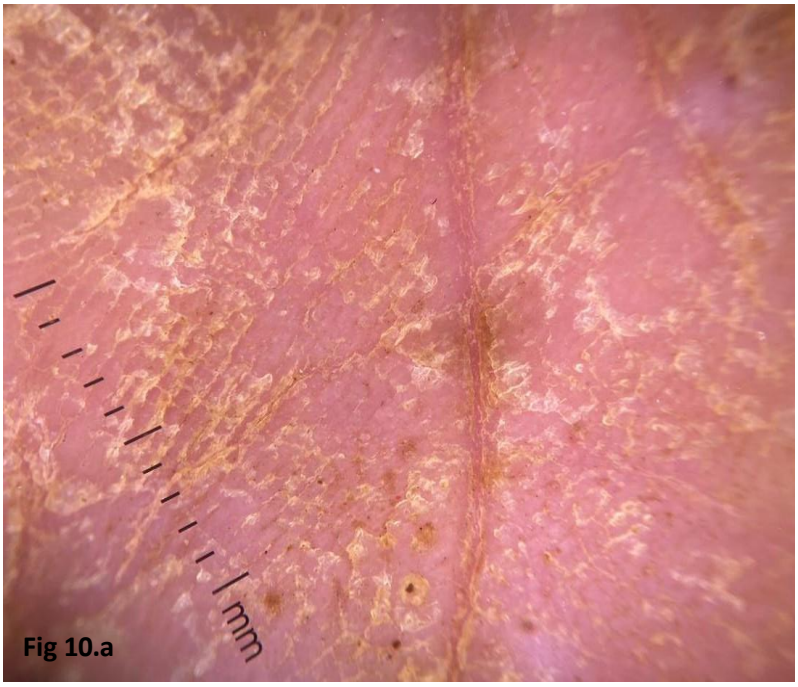


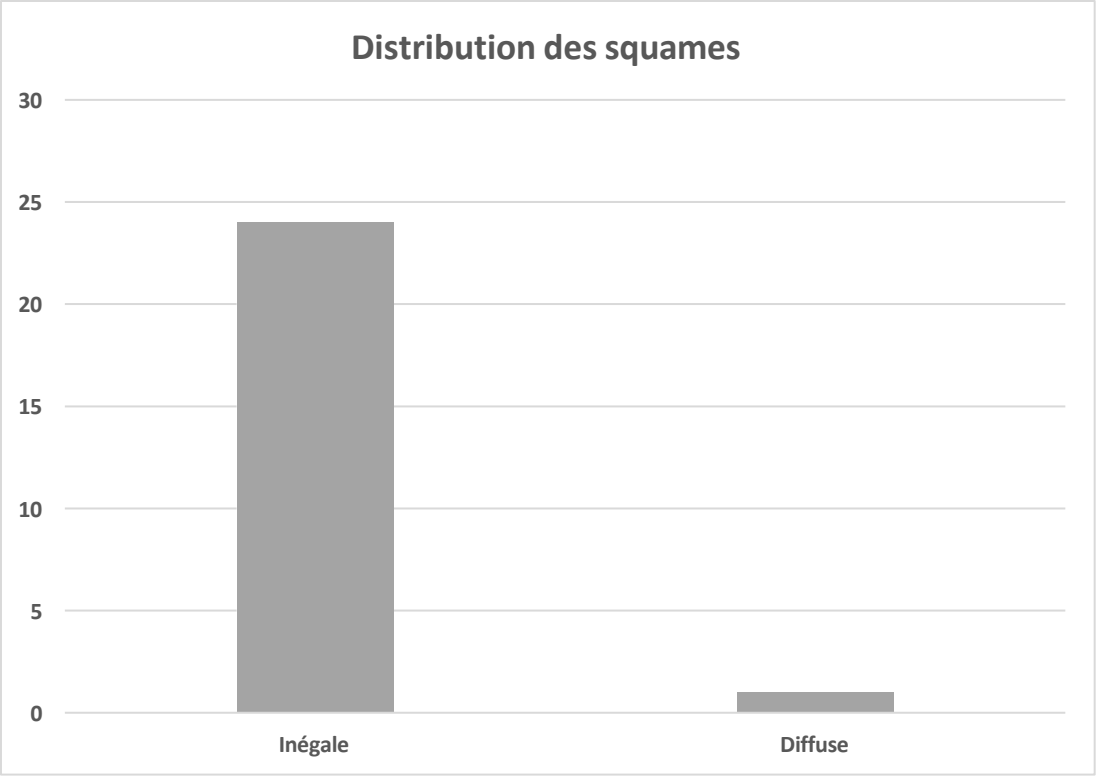
Fig 10.a

Fig 10.b

Figure 10. Couleurs des squames chez des patients du groupe eczéma : 10.a) Squames jaunes, 10.b) Squames blanches.

- Distribution des squames :

Une distribution inégale des squames était notée chez 80% des patients suivis pour eczéma, et une répartition diffuse, était moins fréquemment observée, notamment dans 3% des cas.



Graphique 13. Modèles de distribution des squames dans le groupe eczéma.

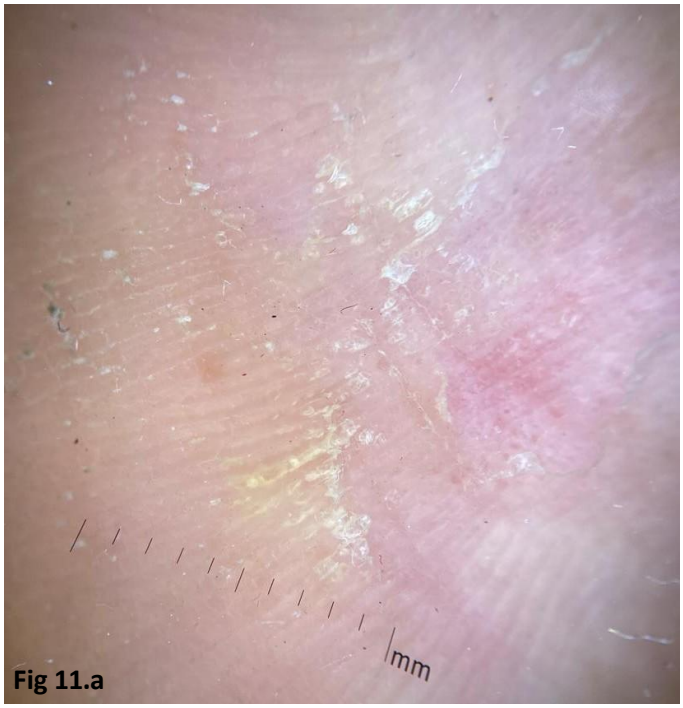


Fig 11.a

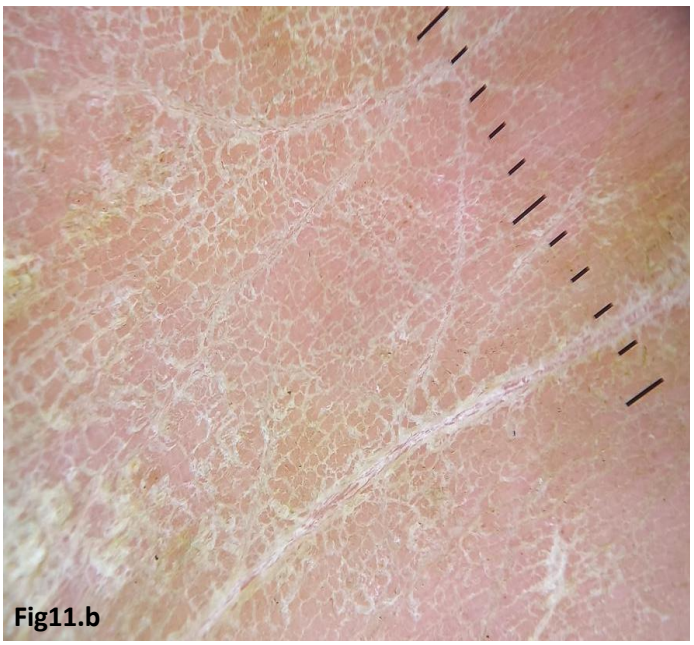


Fig11.b

Figure11. Modèles de distribution des squames chez des patients du groupe eczéma : 11.a) Distribution inégale ; 11.b) Distribution diffuse.

D. Structures associées :

- Globules bruns orangés :

Des globules bruns orangés ont été retrouvés comme structures associées exclusivement dans le groupe eczéma, avec une prévalence estimée à 67%.

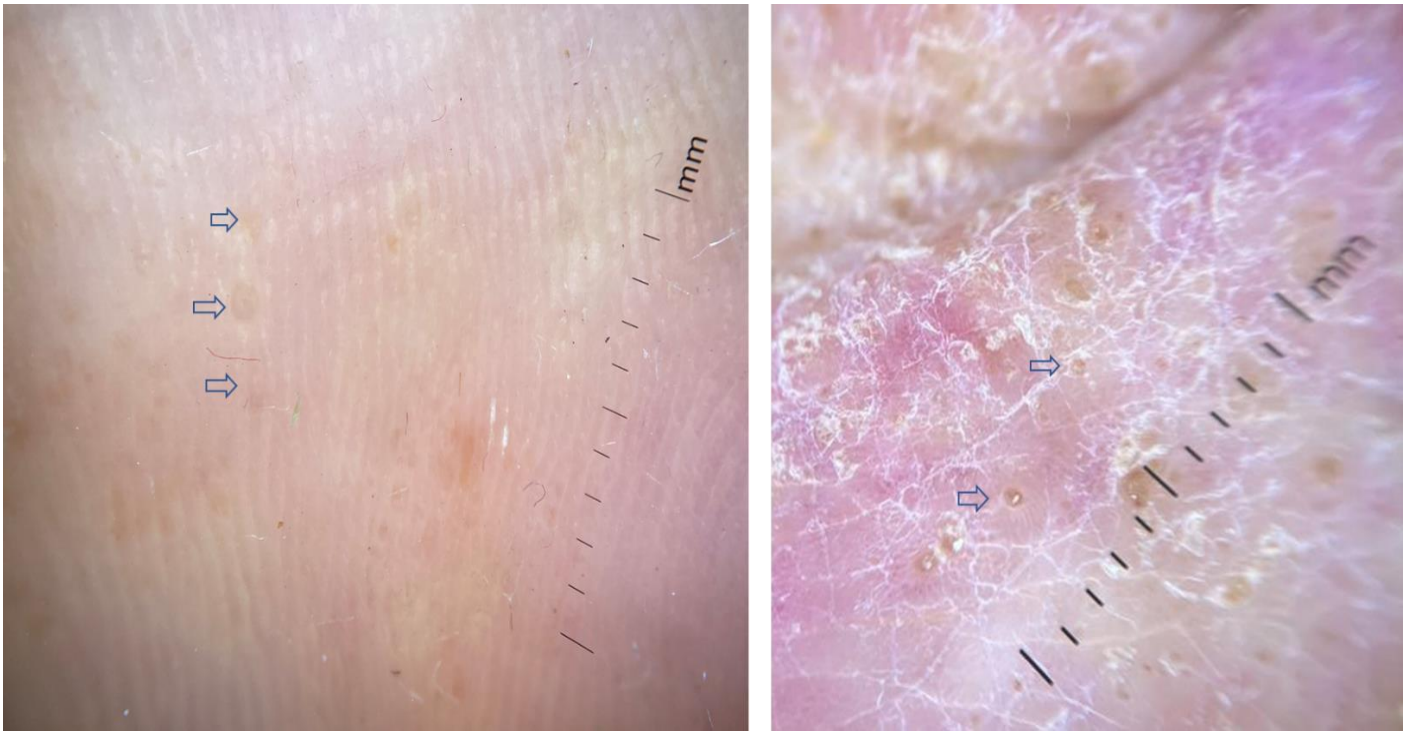


Figure 12. Globules bruns orangés chez des patients suivis pour eczéma (Flèches bleues).

RESULTATS ANALYTIQUES

L'étude analytique a révélé que les signes trichoscopiques associés significativement à chaque pathologie étaient les suivants :

Pour le pasoriasis palmoplantaire :

- Le fond rouge (p=0,0001),
- La distribution régulière des vaisseaux le long des sillons cutanés (p=0,0001)
- La présence de squames blanches (p=0,001).
- La distribution diffuse des squames (p=0,0001),

Pour l'eczéma palmoplantaire:

- L'association du fond rouge terne et jaune (p=0,0001),
- La distribution irrégulière, en patchy des vaisseaux (p=0,001),
- La présence de squames jaunes (p=0,005)
- La distribution irrégulière des squames (p=0,0001)
- La présence de globules bruns orangés (p=0,0001)

Caractéristique dermoscopique	Psoriasis n(%)	Eczéma n(%)	P
Vascularisation	36(72)	22(73)	
En points	36(62.5)	20(67)	0.614
Globulaire	0	3(10)	0.049
Epingles à cheveux	0	2(6)	0.138
Distribution des vaisseaux			
Homogène	26(52)	0	0.0001*
Irrégulière ,en patchy	10(20)	20(67)	0.0001*
Couleur des squames			
Blanche	46(92)	9(30)	0.0001*
Jaune	3(6)	16(53)	0.0001*
Distribution des squames			
Diffuse	22(44)	1(3)	0.0001*
Inégale	24(40)	24(80)	0.005*
Couleur du fond			
Rouge	37(74)	2(6)	0.0001*
Rouge terne	6(12)	7(24)	0.219

Jaune	7(14)	0	0.041
Rouge + Jaune	0	0	
Rouge terne + Jaune	2(4)	21(70)	0.0001*
Globules bruns orangés	0	20(67)	0.0001*

Tableau 1. Comparaison des caractéristiques dermoscopiques chez les patients atteints de psoriasis et d'eczéma palmoplantaires.

DISCUSSION

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique de la peau qui touche 2 à 5 % de la population générale et se caractérise généralement par des plaques érythémateuses, hyperkératosiques avec des squames blanches (4). Les patients atteints de psoriasis ont une expression variable de la maladie, avec un degré et une sévérité variable de l'atteinte cutanée (5).

Dans la plupart des études, le type de psoriasis le plus courant est le psoriasis en plaques (90%) (4).

Le psoriasis palmoplantaire est une variante du psoriasis qui touche la région palmoplantaire. Il représente 3 à 4 % de tous les cas de psoriasis (5).

Bien que relativement rares, ces affections nécessitent un diagnostic approprié car elles peuvent entraîner une réduction significative de la qualité de vie. Sur le plan clinique, les patients se plaignent de douleur, de prurit et de fissures, ce qui peut entraîner une gêne physique marquée et une incapacité fonctionnelle plus importante que dans d'autres localisations (6).

En outre, cette variante est généralement considérée comme résistante au traitement, bien que de nouvelles thérapies biologiques aient donné des résultats prometteurs dans sa prise en charge (7).

L'eczéma chronique est une affection inflammatoire chronique récurrente caractérisée par une perturbation de la fonction de la barrière épidermique et une sensibilisation accrue aux allergènes. Il s'agit, en effet, d'une maladie complexe résultant d'interactions entre les gènes et l'environnement(2).

Le spectre de présentation de l'eczéma varie considérablement, depuis une atteinte uniquement de la main jusqu'à des formes majeures où le patient présente une érythrodermie(3).

Il existe 3 stades classiques de l'eczéma : chez le jeune enfant, l'adolescent et adulte. L'inflammation aiguë avec exsudation survient généralement dans la forme infantile, tandis que l'inflammation chronique avec lichénification et squames augmente en prévalence avec l'âge et tend à s'aggraver (3). A la différence du psoriasis, il n'existe pas de données précises concernant la

prévalance exacte de la localisation palmo-plantaire dans l'eczéma, par contre il a été prouvé que La localisation la plus fréquente chez le grand enfant et l'adulte est l'atteinte des mains, qui se limite généralement aux paumes, et touche plus souvent les faces palmaires des doigts (2-3)

Comme dans le psoriasis palmo-plantaire, l'eczéma chronique se présente cliniquement sous forme d'une kératodermie localisée ou parfois diffuse, souvent fissurée, engendrant un véritable handicap socio-professionnel, pouvant être responsable d'un retrait social, et nécessitant même un reclassement professionnel en cas de contact avec l'allergène dans le milieu du travail(3). Il s'agit par conséquent d'une pathologie qui entraine une altération majeure de la qualité de vie des patients même s'il s'agit d'une atteinte palmaire isolée(2).

Couleur du fond :

Dans le diagnostic des maladies inflammatoires de la peau, la couleur de fond des lésions peut être une caractéristique utile. Lalla et al. ont étudié la couleur de fond des lésions chez des patients

atteints de maladies inflammatoires de la région palmoplantaire (10). Dans le groupe psoriasis de leur étude, comme dans la nôtre, la couleur de fond la plus fréquente était le rouge. Ceci est également en accord avec les résultats rapportés par T. Cetinarslan (11) et al. Et Yu et al.(9)

En revanche, les couleurs de fond les plus courantes rapportées par les auteurs pour l'eczéma palmoplantaire étaient le rouge terne et le jaune (9-11) ; ceci est cohérent avec nos résultats, dans lesquels cette association s'est avérée statistiquement significative.

En effet, T. Cetinarslan et al. dans leur étude portant sur 90 patients ont objectivé un fond rouge (48,6 %), suivi du rouge terne et jaune(22,9 %) dans le psoriasis. Dans le groupe eczéma, la couleur de fond la plus courante était le rouge terne et jaune (36,4 %), suivi du rouge terne (32,7 %) et du jaune (11).

De même, Adabala et al. ont objectivé qu'un fond rouge était significativement associé au psoriasis dans 65,7 % , et un fond rouge terne et jaune dans la majorité des cas d'eczéma (13).

1) Vascularisation :

En ce qui concerne la vascularisation, certaines études ont montré que la probabilité d'observer des vaisseaux dans la localisation palmoplantaire au dermoscope est plus faible que dans d'autres parties du corps, ce qui est cohérent avec nos résultats (9-12). Ceci peut s'expliquer par l'épaisseur de l'épiderme dans cette localisation qui peut gêner la visualisation des structures vasculaires (12).

Des études antérieures sont convenues que les vaisseaux en points sont les plus fréquents dans les deux pathologies (9). Ceci est en accord avec nos résultats.

Alors que certains auteurs ont avancé que les vaisseaux en épingle à cheveux ont une spécificité diagnostique élevée pour le psoriasis, d'autres ont suggéré que la morphologie des vaisseaux n'indique pas la pathologie et que le type de morphologie des vaisseaux est principalement le résultat de la position du dermoscope ; les vaisseaux de type point/globulaire sont observés lorsque le dermoscope est perpendiculaire aux capillaires dilatés de la papille dermique, tandis que les vaisseaux de type anneau/épingle à

cheveux peuvent être observés lorsqu'ils sont regardés de manière oblique(9).

D'autres types de vaisseaux notamment linéaires, épingles à cheveux, glomérulaires, globulaires, et ramifiés n'ont pas été observés dans le groupe psoriasis de notre étude. Par contre des vaisseaux en épingle à cheveux d'autres globulaires ont été détectés dans 6 % et 10 % du groupe eczéma, respectivement, ce qui est cohérent avec les résultats de Cetinarslan et al.(11) et Adabala et al.(13) .

En effet Adabala et al. Dans leur étude, ont objectivé que les vaisseaux en points étaient les plus fréquents dans les deux groupes (47/60%). Des Vaisseaux de type glomérulaires ont été observés dans 15,7 % des cas de psoriasis palmaire. Et des vaisseaux en épingles à cheveux ont été observés dans 7% des cas d'eczéma palmaire (13).

D'un autre côté, Chaduvula et al (14) ont décrit, en plus des types couramment retrouvés notamment les vaisseaux en points et globulaires (87,5 %), d'autres morphologies vasculaires moins

fréquemment rapportés dans la littérature en terme de psoriasis ou d'eczéma, notamment les vaisseaux ramifiés et linéaires chez 7,5 % et 62,5 % des patients respectivement (14).

Bien que la morphologie vasculaire n'aide donc pas autant à poser un diagnostic précis, leur distribution est estimée d'une grande valeur en termes d'orientation étiologique (9-11).

En effet, les séries précédentes s'accordent sur le fait qu'une distribution régulière le long des sillons cutanés a été significativement associée au psoriasis dans la littérature ainsi que dans notre étude, alors qu'une distribution inégale suggère le diagnostic d'eczéma palmoplantaire (11-14-15).

Cette distribution particulière peut être expliquée histologiquement par la dilatation des vaisseaux autour des papilles régulièrement allongées souvent observées dans le psoriasis et par la présence de vaisseaux dilatés dans des papilles focalement allongées dans l'eczéma (3-16-17).

2) Squames :

Lalla et al. (10), Errichetti et al. (15) et Cetinarslan et al.(11)ont avancé que la couleur des squames peut être un indice précieux dans le diagnostic différentiel du psoriasis et de l'eczéma palmoplantaire. En suggérant que la couleur blanche des squames oriente vers le psoriasis et la couleur jaune vers l'eczéma avec des associations statistiquement significatives, ce qui correspond aux résultats de notre étude (10-11-15-18).

En effet, Cetinarslan et al. ont objectivé que la couleur blanches des squames était prédominante (65,7 %) dans le groupe psoriasis.

Et ont décrit des squames jaunes dans 85,5 %, suivi de squames blanches et jaunes (12,7 %) et blanches (1,8 %) dans le groupe eczéma (11).

Les squames jaunes trouvées sous le dermoscope dans l'eczéma sont dues à ses principales manifestations histologiques (divers degrés d'œdème spongieux et d'exsudation séreuse de la couche cuticulaire)(9-19-20).

D'autres part, Chaduvula et al. (14) dans leur étude ont décrit différentes couleurs de squames dans leur échantillon de 60 patients, notamment le blanc (66 %/21%), l'association entre le blanc et le jaune (54 %/59%), le jaune (41 %/31%) dans le groupe psoriasis et eczéma respectivement (14). Ceci concorde avec les résultats avancés par Adabala et al. qui ont trouvé également un pourcentage plus élevé de l'association entre les squames blanches et jaunes dans le groupe eczéma. Cela diffère considérablement des rapports précédents qui faisaient état d'une prédominance de squames jaunes chez les patients suivis pour eczéma. Par conséquent, d'autres études portant sur des échantillons plus importants sont nécessaires pour vérifier la signification de ces résultats (13-21).

À l'inverse, Yu et al. suggèrent que, contrairement aux différences entre le psoriasis et l'eczéma dans d'autres parties du corps, la couleur des squames ne peut pas être utilisée pour différencier le psoriasis palmoplantaire de l'eczéma, et soutiennent que la couleur des squames dans les deux maladies est souvent similaire en raison

d'une couche cornée plus épaisse dans cette localisation ou de l'utilisation locale de médicaments externes et d'autres facteurs (9-22).

En ce qui concerne la répartition des squames, une distribution diffuse était plus fréquente dans les deux groupes dans les études de Cetinarslan et al, Adabala et al, et Chaduvula et al (11-13-14), ne permettant donc pas de faire la distinction entre les deux pathologies.

Lalla et al. et Errichetti et al. ont suggéré dans leur études que les squames diffuses sont indicatives du psoriasis et que les squames irrégulièrement disposées sont indicatives de l'eczéma, ce qui est cohérent avec nos résultats montrant des associations significatives (12-15).

3) Structures associées :

Les structures associées retrouvées dans notre étude étaient les globules bruns orangés, notés exclusivement dans le groupe eczéma.

La présence de globules bruns orangés, correspondant histologiquement aux vésicules spongiotiques (9), a été considérée comme significativement associée à l'eczéma dans notre étude et dans les séries précédentes (11-13-14-15).

En effet, ces structures ont été observés chez 25,7 % des patients atteints d'eczéma et 5,7 % de ceux atteints de psoriasis dans l'étude de Cetinarslan (11).

Quant à Adabala et al. Ils ont décrit d'autres structures associées à type de zones jaune-orangées en mottes dans 21,4 % des cas d'eczéma, et ont objectivé des globules brun-orangés dans 35,7 % des cas(13).

CONCLUSION

Notre étude descriptive et comparative axée sur la dermoscopie de la région palmoplantaire, menée sur des patients atteints de psoriasis et d'eczéma chronique, a mis en lumière des caractéristiques dermoscopiques distinctes pour chaque pathologie. Ces résultats renforcent le rôle potentiel de la dermoscopie en tant qu'outil diagnostique, notamment en cas d'atteinte palmoplantaire isolée.

Les caractéristiques dermoscopiques spécifiques observées dans chaque maladie, comme la présence d'un fond rouge, la distribution régulière des vaisseaux le long des sillons cutanés, la couleur blanche des squames et la distribution diffuse des squames, en matière de psoriasis palmoplantaire ; ainsi que l'association du fond rouge terne et jaune, la distribution irrégulière, en patchy des vaisseaux, la couleur jaune des squames, la distribution irrégulière des squames, et la présence de globules bruns orangés en terme d'eczéma chronique palmoplantaire, peuvent servir de repères diagnostiques pour aider à différencier ces 02 affections.

Cela peut avoir un impact significatif sur la prise en charge clinique, en permettant des interventions plus ciblées et personnalisées pour améliorer la qualité de vie des patients.

RESUME

Introduction :

Le psoriasis et l'eczéma sont deux pathologies inflammatoires chroniques, se présentant cliniquement sous forme de plaques érythémato-squameuses, avec des caractéristiques distinctives permettant généralement de poser un diagnostic précis devant des lésions du corps ou du cuir chevelu.

Néanmoins l'atteinte palmoplantaire (PP) de ces deux entités est similaire cliniquement, posant un problème de diagnostic différentiel entre les deux pathologies, notamment lorsque cette atteinte est isolée.

D'où l'intérêt de la dermoscopie, qui est d'une grande valeur pour faire la distinction entre l'eczéma et le psoriasis palmoplantaires.

L'objectif de ce travail est de décrire et d'analyser les différentes structures dermoscopiques du psoriasis et de l'eczéma chronique palmoplantaires.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique, colligeant les cas de psoriasis et d'eczéma chronique palmoplantaires consultant dans notre service sur une période de 10 mois.

Les photos cliniques et dermoscopiques (prises par un dermoscope type Dermlite dl4) ont été analysées par deux examinateurs.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPPS. L'association entre les variables catégorielles a été testée à l'aide du test χ2. La valeur P a été considérée comme significative si elle était inférieure ou égale à 0,05.

Résultats :

Nous avons colligé 80 patients, présentant une kératodermie PP, dont 50 atteints de psoriasis (10 patients avaient une atteinte PP isolée) et 30 patients présentant un eczéma chronique de la région PP confirmés cliniquement et/ou histologiquement.

La couleur de fond observée dans le groupe psoriasis était dominée par le rouge à raison de 74%, un fond rouge terne a été observé chez 12% et une couleur jaunâtre chez 14% des patients.

Dans le groupe eczéma, la couleur de fond dominante était une combinaison de rouge terne et du jaune (70%), suivie d'un rouge terne (24%) et, moins fréquemment, un fond rouge(6%).

Une vascularisation a été observée dans les deux groupes avec une prévalence similaire (72%).

Les vaisseaux en points étaient le type prédominant dans les deux pathologies, à raison de 67% des cas dans le groupe eczéma et de 63% chez les patients psoriasiques.

Les vaisseaux globulaires ont été plus rarement observés dans notre étude, notamment dans 10% des cas d'eczéma.

De même, les vaisseaux en épingle à cheveux n'ont été observés que dans 6% des cas d'eczéma et n'ont été observés en aucun cas dans le groupe psoriasis.

Quant à la répartition des vaisseaux, une répartition diffuse le long des sillons cutanés a été notée chez 52% des patients psoriasiques, et n'a été objectivée chez aucun patient du groupe eczéma.

Une répartition irrégulière, en patchy des vaisseaux a été observée dans les deux groupes, avec une prévalence plus élevée dans le groupe eczéma (67%).

Des squames jaunes étaient plus observées dans le groupe eczéma, avec une prévalence de 53% contre 6 % dans le groupe proriasis.

Tandis que des squames blanches ont été trouvées chez 92% des patients psoriasiques et 30% des cas d'eczéma.

Des structures associées à type de globules bruns orangés ont été objectivées chez 46 % des cas dans le groupe eczéma exclusivement.

Discussion et conclusion :

La dermoscopie des pathologies inflammatoires «inflammoscopie » a été largement étudiée, néanmoins, très peu d'études ont entamé les particularités dermoscopiques de l'atteinte palmoplantaire au cours des différents processus inflammatoires.

Malgré que la présence d'une vascularisation notamment en points a été fréquemment rapportée à la fois dans des lésions d'eczéma et

de psoriasis palmoplantaires, sa distribution fournit une aide importante dans le diagnostic différentiel de ces deux entités. Ainsi une distribution homogène le long des sillons cutanés est fortement prédictive du psoriasis, ce qui concorde avec nos résultats.

Les squames au cours de l'eczéma sont majoritairement de couleur jaunâtre, ce qui s'explique histologiquement par l'assèchement d'œdème spongiotique et d'exsudats séreux. Tandis qu'au cours du psoriasis, elles sont généralement de couleur blanchâtre, ce qui est compatible avec nos résultats. La présence de globules brun-orangés, correspondant histologiquement à des vésicules spongiotiques a été considérée comme significativement associés à l'eczéma dans notre étude ainsi que dans des séries antérieures.

A travers notre étude, et en se basant sur nos résultats analytiques, nous avons conclu qu'un fond rouge, une vascularisation homogène le long des sillons cutanés, et des squames blanchâtres, ainsi qu'une distribution diffuse des squames, sont significativement liés au psoriasis, tandis qu'un fond rouge terne et jaunâtre, une vascularisation à distribution irrégulière, des squames jaunes, une diposition inégale des squames, ainsi que des globules bruns orangés sont significativement liés à l'eczéma.

RÉFÉRENCES

1) Boehncke WH, Schön MP. Psoriasis. Lancet. 02015;386(9997):983-994. doi:10.1016/S0140-6736(14)61909-7
2) Yu X, Wei G, Shao C, Zhu M, Sun S, Zhang X. Analysis of dermoscopic characteristic for the differential diagnosis of palmoplantar psoriasis and palmoplantar eczema. Medicine (Baltimore). 2021;100(5):e23828. doi:10.1097/MD.0000000000023828
3) Park JY, Cho EB, Park EJ, Park HR, Kim KH, Kim KJ. The histopathological differentiation between palmar psoriasis and hand eczema: A retrospective review of 96 cases. J Am Acad Dermatol. 2017;77(1):130-135. doi:10.1016/j.jaad.2017.01.005.
4) Verzì AE, Lacarrubba F, Caltabiano R, Broggi G, Musumeci ML, Micali G. Reflectance Confocal Microscopy Features of Plaque Psoriasis Overlap With Horizontal Histopathological Sections: A Case Series. Am J Dermatopathol. 2019;41(5):355-357. doi:10.1097/DAD.0000000000001297
5) Ferreli C, Pinna AL, Pilloni L, Tomasini CF, Rongioletti F. Histopathological aspects of psoriasis and its uncommon variants. G Ital Dermatol Venereol. 2018;153(2):173-184. doi:10.23736/S0392-0488.17.05839-4.
6) Sanchez IM, Sorenson E, Levin E, Liao W. The Efficacy of Biologic Therapy for the Management of Palmoplantar Psoriasis

and Palmoplantar Pustulosis: A Systematic Review. Dermatol Ther (Heidelb). 2017;7(4):425-446. doi:10.1007/s13555-017-0207-0

7) Broggi G, Failla M, Palicelli A, Zanelli M, Caltabiano R. Palmoplantar Psoriasis: A Clinico-Pathologic Study on a Series of 21 Cases with Emphasis on Differential Diagnosis. Diagnostics (Basel). 2022;12(12):3071. Published 2022 Dec 6. doi:10.3390/diagnostics1212307

8) Dopytalska K, Sobolewski P, Błaszczak A, Szymańska E, Walecka I. Psoriasis in special localizations. Reumatologia. 2018;56(6):392-398. doi:10.5114/reum.2018.80718

9) Yu X, Wei G, Shao C, Zhu M, Sun S, Zhang X. Analysis of dermoscopic characteristic for the differential diagnosis of palmoplantar psoriasis and palmoplantar eczema. Medicine (Baltimore). 2021;100(5):e23828. doi:10.1097/MD.0000000000023828.

10) Lallas A, Kyrgidis A, Tzellos TG et al. Accuracy of dermoscopic criteria for the diagnosis of psoriasis, dermatitis, lichen planus and pityriasis rosea. Br J Dermatol 2012; 166: 1198–1205.

11) Çetinarslan T, Türel Ermertcan A, Temiz P. Dermoscopic clues of palmoplantar hyperkeratotic eczema and palmoplantar psoriasis: A prospective, comparative study of 90 patients. J Dermatol. 2020;47(10):1157-1165. doi:10.1111/1346-8138.15487

12) Lallas A, Apalla Z, Argenziano G et al. Dermoscopic pattern of psoriatic lesions on specific body sites. Dermatology 2014; 228: 250–254.

13) Adabala SS, Doshi BR, Manjunathswamy BS. A Cross-Sectional Study to Assess the Role of Dermoscopy in Differentiating Palmar Psoriasis, Chronic Hand Eczema, and Eczema in Psoriatico. Indian Dermatol Online J. 2022;13(1):78-85. Published 2022 Jan 24. doi:10.4103/idoj.IDOJ_782_20

14) Chaduvula J, Chintada D, Vijayashree J, Chalamalasetty SS, Vudayana K, Vaggu A. A Clinico-Epidemiological Study of Hyperkeratotic Palmoplantar Lesions and Its Correlation With Dermoscopy and Histopathology in a Tertiary Care Center. Cureus. 2023;15(3):e36561. Published 2023 Mar 23. doi:10.7759/cureus.36561

15) Errichetti E, Stinco G. Dermoscopy in differential diagnosis of Palmar psoriasis and chronic hand eczema. J Dermatol 2016;43:423–5

16) Sławińska M, Żółkiewicz J, Behera B, et al. Dermoscopy of Inflammatory Dermatoses (Inflammoscopy) in Skin of Color - A Systematic Review by the International Dermoscopy Society "Imaging in Skin of Color" Task Force. Dermatol Pract Concept. 2023;13(4 S1):e2023297S. Published 2023 Oct 1. doi:10.5826/dpc.1304S1a297S

17) Errichetti E, Stinco G. Dermoscopy in general dermatology: a practical overview. Dermatol Ther

(Heidelb) 2016;6(4):471–507.

18) Lallas A, Apalla Z, Argenziano G, et al. Dermoscopic pattern of psoriatic lesions on specific body sites. Dermatology. 2014;228(3):250-254.

19) Errichetti E, Lallas A, Di Stefani A, et al. Accuracy of dermoscopy in distinguishing erythroplasia of Queyrat from common forms of chronic balanitis: results from a multicentric observational study. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2019;33(5):966-972.

20) Errichetti E, Stinco G. Dermoscopy as a supportive instrument in the differentiation of the main types of acquired keratoderma due to dermatological disorders. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2016;30(12):e229-e231.

21) Errichetti E. Dermoscopy of Inflammatory Dermatoses (Inflammoscopy): An Up-to-Date Overview. Dermatol Pract Concept. 2019;9(3):169-180. Published 2019 Jul 31. doi:10.5826/dpc.0903a01

22) Venkatesan A, Aravamudhan R, Perumal SK, Kannan R, Thirunavukkarasu V, Shukla S. Palmoplantar psoriasis- ahead in the race-a prospective study from a tertiary health care centre in South India. J Clin Diagn Res. 2015;9(3):WC01-WC3. doi:10.7860/JCDR/2015/11716.5669