



كلية الطب والصيدلة

ⵜⴰⵎⴰⵔⵜ ⵜⴰⵎⴰⵔⵜ ⵜⴰⵎⴰⵔⵜ ⵜⴰⵎⴰⵔⵜ

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Pour l'obtention du diplôme national de spécialité

Option : Dermatologie-Vénéréologie

Docteur SAADANI HASSANI CHEYMAE

Session Juillet 2019

Préambule

C'est avec une grande émotion et un profond respect, que nous avons l'honneur aujourd'hui d'écrire ce modeste mot, afin de rendre hommage à nos maîtres qui ont guidé nos pas au cours de notre formation en Dermatologie et Vénérologie.

Tout au long de cette formation, nous étions impressionnés par les qualités humaines de chacun de nos maîtres et de leur acharnement à sauver des vies et à apaiser la souffrance des malades, et nous fumes aussitôt séduits par cette spécialité riche, surtout en sentiments humains. Elle demande non seulement des connaissances scientifiques multidisciplinaires, mais aussi beaucoup de social et d'aide psychologique à nos malades et leurs familles.

Pour tous nos enseignants, à qui nous devons beaucoup et qui continueront certainement à illuminer notre chemin, nous espérons être à la hauteur de la confiance qu'ils ont bien voulu placer en nous.

Et c'est pourquoi nous vous resterons, chers maîtres, à jamais reconnaissants, sincèrement respectueux et toujours dévoués.

SOMMAIRE

Préambule	2
CURRICULUM VITAE	5
Cursus hospitalier.....	11
ACTIVITES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES ET ENSEIGNEMENT	20
ACTIVITES SCIENTIFIQUES ET DE RECHERCHE	32
FORMATION MEDICALE CONTINUE	39
PARTICIPATION AUX MANIFESTATIONS SCIENTIFIQUES	52
TRAVAUX SCIENTIFIQUES	77
COMMUNICATIONS ORALES ET AFFICHEES	78
Attestations des communications orales	89
Attestations des communications affichées	143
LISTE DES PUBLICATIONS	167
ARTICLES PUBLIES ET ACCEPTES:	168
TEXTE DES PUBLICATIONS	174
ACCUSES D'ACCEPTATION ET SOUMISSION	261

CURRICULUM VITAE

Etat civil

- **Nom** : SAADANI HASSANI
- **Prénom** : CHEYMAE
- **Date et lieu de naissance** : 18/02/1989 à FES
- **Situation familiale** : mariée et mère d'un enfant.
- **Adresse** : LOT OUAFAR 5 LOT N 76 APT 8 ETAGE 3 ROUTE SEFROU FES
- **Téléphone** : +212 675 27 82 85
- **Adresse E-Mail** : ch.saadani@gmail.com

Parcours de formation et diplômes

- Baccalauréat: session juin 2007 : Baccalauréat, Série Sciences expérimentales, avec mention très bien, à Fès.
- Septembre 2007 : inscription pour les études médicales à la faculté de médecine et de pharmacie de Fès
- Externat à partir de 2009
- Réussite au concours d'internat de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès, session Octobre 2012
- Décembre 2014 : Obtention de doctorat en médecine générale: thèse intitulée: Anatomie chirurgicale de l'angle ponto-cérébelleux, soutenue avec mention très honorable, félicitation du jury, prix de thèse.
- Début de résidanat au service de Dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Hassan II sous l'encadrement du Professeur Mernissi à compter du 16 Janvier 2015.
- Inscription au tableau de l'ordre national des médecins en Janvier 2015 au secteur privé au conseil régional de l'ordre national des médecins du centre-nord (Préfecture de Fès)

المملكة المغربية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة سيدي محمد بن عبد الله
كلية الطب والصيدلة
فاس

يرتضى التطوير للتركيب 1767-1007 سنة 13 محرم 1395 (25 فبراير 1975) بمدينة كازرت
بإيطاليا. يتتلمذ بالعلوم والعلوم الإنسانية. 21 سنة
بإيطاليا. على المرسوم رقم 275-003 الصادر في 12 تموز 1975 (17 أكتوبر 1975) بتحديد
العلوم الإنسانية والعلوم الإنسانية للعلوم الإنسانية التي تتولى التدريس بها. وشاهدتها معها في
العلوم الإنسانية والعلوم الإنسانية للعلوم الإنسانية في 16 ربيع الثاني 1403 (31 يناير 1983) بتحديد
بإيطاليا. على المرسوم رقم 282-056 الصادر في 16 ربيع الثاني 1403 (31 يناير 1983) بتحديد
العلوم الإنسانية والعلوم الإنسانية للعلوم الإنسانية في 16 ربيع الثاني 1403 (31 يناير 1983) بتحديد
بإيطاليا. على المرسوم رقم 282-056 الصادر في 16 ربيع الثاني 1403 (31 يناير 1983) بتحديد
العلوم الإنسانية والعلوم الإنسانية للعلوم الإنسانية في 16 ربيع الثاني 1403 (31 يناير 1983) بتحديد

للمتع بالحقوق والامتيازات التي
Magia's Entertainment
فيس ٢٣ ديسمبر ٢٠١٤

أبي الحسن علي بن أحمد
Le Président de l'Université Sidi Mohammed Ben Abdellah

تتبع : لا تقلد الا نسخة واحدة من هذه النسخة.

Royaume du Maroc المملكة المغربية

جامعة سيدي محمد بن عبد الله
كلية الطب والصيدلة
فاس

Université Sidi Mohamed Ben Abdellah
Faculté de Médecine et de Pharmacie de
Fès

⚡ SERVICE 3EME CYCLE
⚡ UNITE 7^{ème} ANNEE

Contrôle par Document

Fès le 29/12/2015

ATTESTATION

Le Doyen de la Faculté de Médecine et de pharmacie de
Fès atteste que :

Dr. SAADANI HASSANI CHEYMAE

Née le 18/02/1989 à FES

A soutenu sa thèse N° 136/14 et a obtenu le diplôme de
doctorat en médecine générale le 17/12/2014.

Le diplôme lui permet officiellement d'exercer la
médecine au Maroc.

Cette attestation est délivrée à l'intéressé(e) pour servir et
valoir ce que de droit.

Le Doyen Le DOYEN

⚡

Royaume du Maroc
ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
Conseil Régional Centre Nord
FES



المملكة المغربية
هيئة الأطباء الوطنية
الجهة الوسطى الشمالية
فاس

Fès le 23/02/2015

فاس في

N/Réf. : 109/2015 SPR

ATTESTATION

Je soussigné Docteur **MILOUDI Fadil** Président du Conseil Régional de l'Ordre National des Médecins de la Région Fès-Boulemane atteste par la présente que le Docteur **SAADANI HASSANI Cheymae** a déposé le dossier d'inscription au tableau de l'Ordre National des Médecins (secteur **Public (résidanat)** à **Fès**) enregistré sur le registre courrier arrivées sous le N°**112/2015 SPR** du **23/02/2015**.

Signé : LE PRESIDENT DU CONSEIL REGIONAL
DE L'ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
DR. MILOUDI FADIL



Tél: 05 35 94 23 84 - Fax 05 35 94 05 05
E-mail: conseilregionalcentrenord@yahoo.fr
Avenue Hassan II Tour Al Watanive 4ème étage

Royaume du Maroc المملكة المغربية

Université Sidi Mohamed Ben Abdellah
Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès

جامعة سيدي محمد بن عبد الله
كلية الطب والصيدلة
فاس

SERVICE DU 3^{ème} CYCLE
UNITE DU RESIDANT ET DE L'INTERNAT

Contrôle par Document

Fès, le 28 Décembre 2015

ATTESTATION

Le Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès, soussigné, atteste que:

M./Mme./Mlle : **SAADANI HASSANI CHEYMAE**

Né (e) le : **18/02/1989** à Fès

Nationalité : **Marocaine**

est Médecin- Résident, spécialité **Dermatologie** au Centre Hospitalier Universitaire Hassan II de Fès. Il (elle) est inscrit(e) en **1^{ère} année** depuis le **16/01/2015**. La **durée de la formation en Dermatologie** est de **Quatre ans**.

Cette attestation est délivrée à l'intéressé(e) pour servir et valoir ce que de droit.

Pour Le Doyen
Le Secrétaire Général
ABDENARI SBAI

Secrétariat du Doyen : Tél. : +212 6 39 09 70 56 Tél. : 05 35 61 93 19/20 (poste 304) Fax : 05 35 61 93 21
Email : secretariat.doyen.fmp@usmba.ac.ma

Cursus hospitalier

Période d'internat :

- Stages hospitaliers d'internat au CHU Hassan II de Fès : à partir de Janvier 2013
 - 6 mois de stage au service de Neurologie du 16/01/2013 au 15/07/2013
 - 6 mois de stage au service de chirurgie pédiatrique du 16/07/2013 au 15/01/2014
 - 6 mois de stage au service d'urgences pédiatriques du 16/01/2014 au 15/07/2014
 - 6 mois de stage au service de Rhumatologie du 16/07/2014 au 15/01/2015



Fès le : 28/10/2013

ATTESTATION DE VALIDATION DE STAGE

Je soussigné Pr BELAHSEN, chef de Service de Neurologie
au CHU de Fès, certifie que l'interne **SAADANI HASSANI
Cheymae** a effectué un stage de neurologie de 06 mois
du 16/01/2013 au 23/06/2013 et que son stage a été validé.

Ce certificat est délivré à l'intéressé pour servir et valoir
ce que de droit.

Pr. BELAHSEN Med Faouzi
Chef de Service de Neurologie
CHU HASSAN II - FES

Université Sidi Mohamed Ben Abdellah
Faculté de Médecine et de Pharmacie
Fès



جامعة سيدي محمد بن عبد الله
كلية الطب والصيدلة
فاس



Service de Chirurgie Pédiatrique
(Viscérale & Urologie)

ATTESTATION DE VALIDATION DE STAGE

Fès, le 07 /01/2014

Chef de Service :

Pr. Youssef BOUABDALLAH

Professeurs Agrégés :

Pr. K. KHATTALA

Pr. M. RAMI

Professeur Assistant :

Pr. A. EL MADI

Médecins Résidents :

Dr. M. LACHGAR

Dr. C. ALAOU

Dr. H. BOUAMAMA

Dr. I. EL BIACHE

Dr. Y. BENZAKRI

Dr. Y. NHAMOUCHE

Dr. O. ALAOU

Dr. A. DOUMBIA

Dr. H. CHERRABI

Dr. H. ABDOULAYE DIALLO

Dr. S. ANDALOUSSI

Dr. H. ABDELLAOUI

Dr. M. A. OUKHOYA

Dr. E. AKOBANDE NUPTIA

Dr. H. ABOUALJAUD

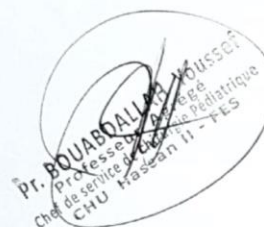
Dr. S. HACHRI

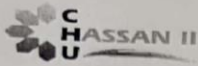
Dr. H. OUAHBI

Je soussigné **Pr. Youssef BOUABDALLAH**,
professeur à la *Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès*
et Chef de Service de Chirurgie Pédiatrique au sein du
Centre Hospitalier Universitaire Hassan II de Fès, atteste
que **Dr. SAADANI HASSANI CHEYMAE**, a validé son
stage en qualité de médecin interne, pour la période allant
du **16/06/2013** au **06/01/2014**.

Attestation délivrée à l'intéressé pour servir et valoir
ce que de droit.

Signée : Pr. Y. BOUABDALLAH





Centre hospitalier universitaire Hassan II de Fès

SERVICE DE RHUMATOLOGIE

Attestation de validation de stage

Je soussigne **Pr. Taoufik HARZY**, chef de service Rhumatologie et professeur agrégé à la faculté de médecine et de pharmacie de Fès, atteste avoir validé le stage de **Mme SAADANI HASSANI Cheymae**, en qualité d'**interne** et ceci **du 07/07/2014 au 15/01/2015**.

Attestation délivrée à l'intéressé pour servir et valoir ce que de droit.

Signé : le Chef de service

Pr HARZY Taoufik
Chef du Service de
Rhumatologie
CHU Hassan II, Fès

Période de résidanat :

Du 16/ 01 / 2015 au présent, les stages de résidanat suivants :

- Stage de formation au service de Dermatologie et Vénéréologie du CHU HASSAN II, Fès du 16/01/2015 au 30/06/2016 sous l'encadrement du professeur MERNISSI
- Stage de formation au service de Médecine Interne du CHU HASSAN II, Fès du 01/07/2016 au 1/08/2016 sous l'encadrement du professeur BERRADI.
- Stage de formation au service de Dermatologie et Vénéréologie du CHU HASSAN II, Fès du 03/08/2016 au 1/03/2018.
- Stage de formation au service d'Anatomopathologie et de cytologie du CHU HASSAN II, Fès du 15/03/2018 au 15/05/2018 sous l'encadrement du professeur FATEMI, et professeur HAMMAS.
- Stage de formation au service de Dermatologie et Vénéréologie du CHU HASSAN II, Fès du 16/05/2018 au 02/07/2018.
- Stage de formation au service d'Oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale de l'hôpital Omar Drissi, CHU HASSAN II, Fès du 03/07/2018 au 24/09/2018 sous l'encadrement du professeur EL ALAMI, professeur OUFKIR et professeur KAMAL.
- Stage de formation au service de Dermatologie et Vénéréologie du CHU HASSAN II, Fès du 25/09/2018 jusqu'au 29 / 04/2019.



ROYAUME DU MAROC
MINISTRE DE LA SANTE
CENTRE HOSPITALIER HASSAN II
SERVICE DE MEDECINE INTERNE



Fès le : 07/08/2017

Attestation Validation de Stage

Chef de service :

Pr. BERRADY Rhizlane

Professeurs agrégés :

Pr. RABHI Samira

Professeurs Assistants :

Pr. KHAMMAR Zineb

Médecins attachés:

Dr. OUAZZANI Maha

Dr. CHERKANI Dooae

Dr. JEBARI Wiam

Résidents :

Dr. OUBELKACEM Naoual

Dr. Leila HAMRI

Dr. ATIK Sara

Dr. KOUSSAR Ikram

Dr. RHANDOUR Widad

Dr. KACHCHOUR Boutaina

Dr. BENNANI Badr

Je soussignée Pr. Rhizlane BERRADY chef de service de Médecine Interne, certifie que **Dr. SAADANI HASSANI Cheymae**, a effectué un stage au service de Médecine Interne, du **01/07/2016** au **01/08/2016**.

Au cours de ce stage, elle a rempli ses tâches avec assiduité, sérieux et dévouement ; elle a fait preuve d'un comportement exemplaire aussi bien à l'égard du personnel médical que paramédical. Au vu de ses potentialités actuelles, son stage est validé.

Attestation délivrée à l'intéressée pour servir et valoir ce que de droit.

 Signé : chef de service
Pr. BERRADY Rhizlane

Service de Médecine Interne - Hôpital des spécialités - Département D ; 3^{ème} étage CHU Hassan II Fès
Tel : 05.35.61.35.24 /// Fax : 05.35.61.37.24 /// Email : medecineinterne.secretariat@gmail.com

CHU Hassan II,
Service ORL
Chirurgie Cervico-faciale



المركز الاستشفائي الجامعي الحسن الثاني
مصلحة الأذن، الأنف و الحنجرة
و جراحة العنق و الوجه

ATTESTATION

Je soussigné Pr EL AMINE EL ALAMI M.N chef de service ORL et C.C.F certifie que Dr SAADANI Hassani Cheymae résidente en dermatologie a effectué un stage au service d'ORL pendant la période du 03-07-2018 au 24-09-2018. Au cour de ce stage Dr SAADANI a travaillé avec sérieux et dynamisme.

Cette attestation est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Signé : Pr EL AMINE EL ALAMI M.N



ACTIVITES HOSPITALO-
UNIVERSITAIRES ET
ENSEIGNEMENT

GARDES:

- Garde d'interne aux urgences adulte au CHU HASSAN II à partir de Janvier 2013 jusqu'au 15/01/2014.
- Gardes d'interne et résidentielles aux urgences de neurologie au CHU HASSAN II du 16/01/2013 au 15/07/2013.
- Gardes d'interne et résidentielles aux urgences chirurgie infantile au CHU HASSAN II du 16/07/2013 au 15/01/2014.
- Gardes d'interne aux urgences pédiatriques au CHU HASSAN II du 16/01/2014 au 15/07/2014
- Gardes résidentielles au service de Dermatologie et de Vénéréologie CHU Hassan II Fès à partir du 16/01/2015.

ACTIVITES DE SOINS ET DE FORMATION :

- Activités de soins aux patients hospitalisés : bains médicaux des malades, Soins d'ulcères de jambe, soins de brûlures.
- Consultations de dermatologie et de vénéréologie au centre de diagnostic du CHU HASSAN II, Fès.
- Consultation de dermatologie pédiatrique au centre de diagnostic du CHU Hassan II, Fès
- Consultation spécialisée de psoriasis au centre de diagnostic et au service de dermatologie du CHU Hassan II, Fès
- Consultation spécialisée des troubles de pigmentation au centre de diagnostic et du service de dermatologie du CHU Hassan II, Fès
- Consultation spécialisée d'acnée au service de dermatologie du CHU Hassan II, Fès
- Consultation spécialisée de laser au service de dermatologie du CHU Hassan II, Fès
- Consultation spécialisée d'onco-dermatologie au service de dermatologie du CHU Hassan II, Fès

- Participation aux visites, présentation de malades
- Participation aux staffs multidisciplinaires, séances photos et séances bibliographiques
- Participation à la réalisation des protocoles thérapeutiques du service
- Supervision d'activités hospitalières du service de dermatologie
- Participation à la réalisation de séance de photothérapie
- Réalisation des gestes :
 - Biopsie cutanée
 - Biopsie des muqueuses
 - Biopsie musculaire
 - Biopsie des glandes salivaires
 - Biopsie exérèse des tumeurs bénignes et malignes (carcinome basocellulaire, carcinome épidermoïde, dermatofibrosarcome, naevus, botriomycome)
 - La chirurgie de l'ongle (biopsie unguéale, ongle incarné avec phénolisation, chirurgie des tumeurs, avulsion partielle ou totale).
 - La greffe cutanée de peau totale
 - Electrocoagulation
 - Cryothérapie
 - Curetage de molluscum contagiosum
 - La manipulation du dermoscope (lésions pigmentaires, non pigmentaires, pathologie de l'ongle, pathologies du cuir chevelu, pathologie inflammatoire...)
 - Nettoyage et microchirurgie de la peau
 - Peeling superficiel
 - Injection d'acide tranéxamique pour les hyperpigmentations
 - Réalisation de PRP pour divers indications (Alopécie androgénogénétique, cicatrisation ...)

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

-Réalisation de séance de Photothérapie dynamique avec photosensibilisants (Metvixia, Bleu de méthylène, Eosine ...), pour divers indications.

-Participation à l'injection de la toxine botulique pour hyperhydrose et pour les rides.

- Participation à la réalisation des séances de laser dermatologique (IPL, Laser CO2 Frax, Erbium PS01, R11, laser Nd YAG, lampe excimer)

ACTIVITES D'ENSEIGNEMENT :

- Encadrement des externes de 4ème année et de 6ème année de médecine au cours de leur passage au service de dermatologie
- Encadrement hospitalier des internes et des résidents de 1ère année
- Présentation de cours aux internes et résidents de Dermatologie
- Présentation de cas dans le cadre de formation médicale continue aux staffs spécialisés.
- Présentation de cours théoriques au cours des cursus
- Participation à l'organisation du XXIX ème congrès national de Dermatologie couplé à la journée de psoriasis, Octobre 2016

ACTIVITES ASSOCIATIVES :

- Membre de l'association al Amal au profit des orphelins depuis 2011
- **Membre de l'Association des Médecins internes et résidents de Fès (AMIRF)** depuis 2013
- participation à la journée d'accueil du nouvel étudiant en 2011
- Participation à l'organisation des journées d'externats pour deux années consécutives 2011 et 2012
- participation aux ateliers pratiques dans le cadre des journées scientifiques médicales de la faculté de médecine et de pharmacie à Fès en en mars 2011 et 2012

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

- participation à des caravanes médicales en 2014 autant que medecin membre de l'association des internes et résidents
 - Participation à la journée de consultations médicales gratuites organisées par l'association ROTARACT en faveur de la population de DOUAR Oulad sidi brahim-IFRANE le 16/03/2105
 - Participation à la journée de consultations médicales gratuites organisées par la faculté de médecine et de pharmacie de Fès, en faveur des femmes fonctionnaires de l'Université mohammed ben abdellah, le 09/01/2019, à l'occasion de la journée de la Femme.
 - Participation à l'organisation du XXIX ème congrès national de Dermatologie couplé à la journée du Psoriasis, Octobre 2016, Fès.







CESU



Centre d'Enseignement des Soins d'Urgences

Attestation

Je soussigné Professeur Nabil KANJAA, chef du Service d'Anesthésie-Réanimation et responsable du Centre d'Enseignement des Soins d'Urgences (CESU) au SAMU de Fès.

Atteste que :

L'étudiant(e): SAADANI HASSANI Cheymae

A assisté à l'atelier de formation sur « La réanimation de l'arrêt cardiaque »

Fès, le 24/03/2012

Signé :

Pr. Nabil KANJAA

Chef du Service Anesthésie-Réanimation

Responsable du SAMU de Fès

P. BOUKATTA
Brahim
Anesthésie - Réanimation

جمعية
إدارة
بفاسجمعية
تازكروت
بفاسجمعية
شرفه حجاج
بفاسجمعية
أولاد جعي
بفاسجمعية
تنغراس
بفاسجمعية
تابوعصامت
بفاسجمعية
أبادو
بفاس

شهادة تقدير

يتشرف رؤساء جمعيات قحون "أبادو" و"تابوعصامت" و"تنغراس" و"أولاد جعي" و"شرفه حجاج" و"تازكروت" و"إدارة" بفاس بتكريمه هذه الشهادة التذكيرية للسيدة: **السعداني شيماء** كهيئة لجمعية الأطباء الكاخليين والمقيمير بفاس

اعترافا وتقديرا للمجهودات التي بذلتها خلال الفترة الممتدة بالثانوية الإعدادية أبي بكر الصديق بربوحيصامت يوم 29 و30 مارس 2014 لفائدة جماعة جماعة السفالات التابعة لمركز الريحاني تحت شعار

الرعاية الصحية أساس التنمية البشرية

رئيس جمعية

جمعية إدارة للتنمية
والتضامن الاجتماعية - بفاس
الرئيس: محمد الينهي

رئيس جمعية



تازكروت بفاس

رئيس جمعية

جمعية حجاج بفاس
شرفه حجاج بفاس
شرفه حجاج بفاس

رئيس جمعية

جمعية أولاد جعي للتنمية والتضامن
بفاس

رئيس جمعية

جمعية تنغراس بفاس
تنغراس بفاس
منظمة سحلماسة تنغراس
متعددة الاختصاصات المغرب
الرئيس: لغريسي أحمد
Tél: 06 61 83 60 14

رئيس جمعية



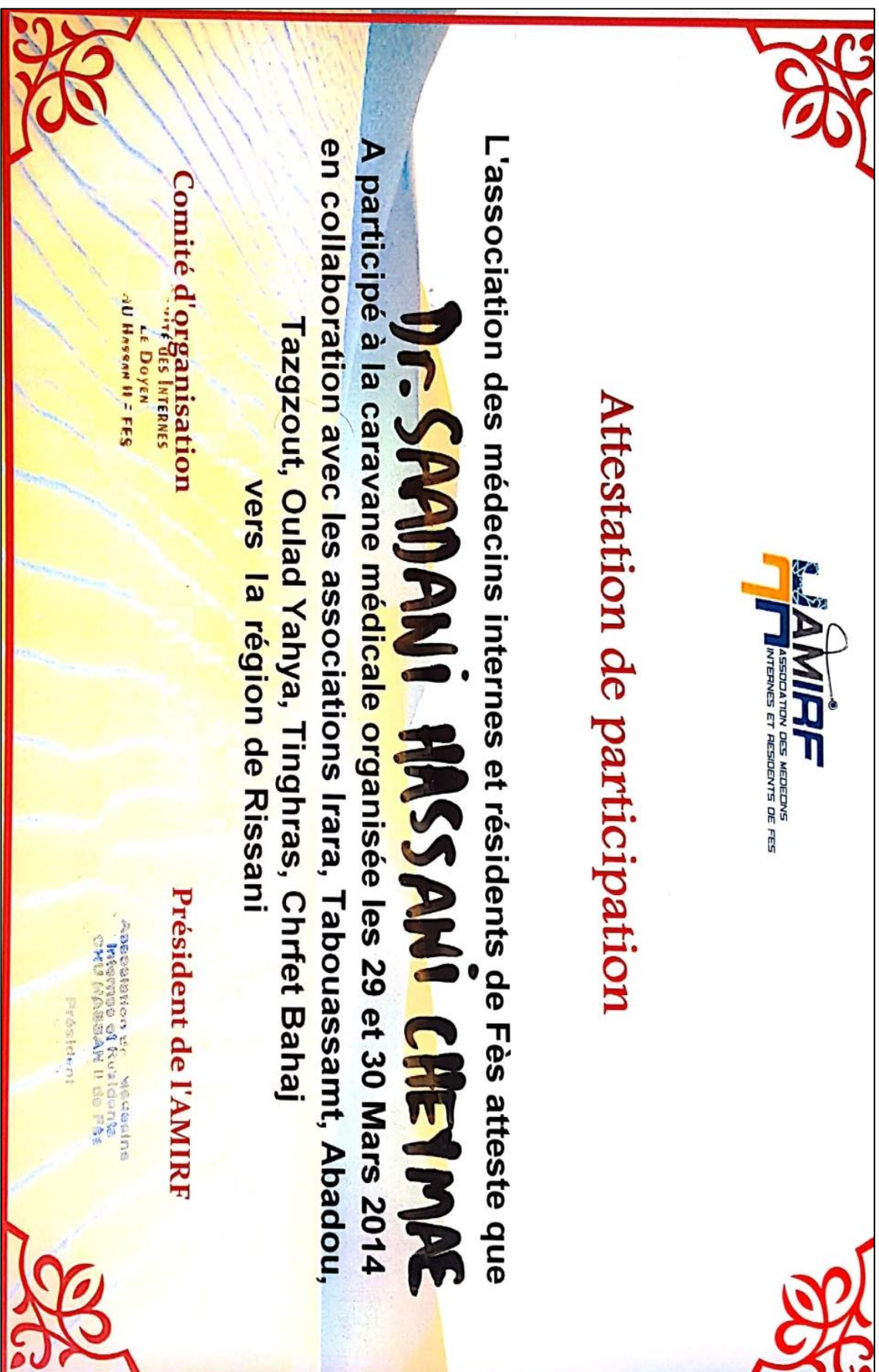
تابوعصامت بفاس

رئيس جمعية



أبادو بفاس





ACTIVITES
SCIENTIFIQUES ET DE
RECHERCHE

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE :

En 2014 à la faculté de médecine et de pharmacie de Fès sous la direction de Pr. K.Chakour et Pr oudidi, Service de neurochirurgie et Service d'oto-rhino-laryngé :

Intitulée : «Anatomie chirurgicale de l'angle ponto-cérébelleux»

Appréciation du jury:

- Mention très honorable
- Félicitation du jury
- Proposition pour prix de thèse

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE :

En 2019, sous la direction du Pr MERNISSI Fatima Zahra Intitulée :

« Les Formes atypiques de l'erysipèle : Une série de 138 cas»

UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

FES



Année 2014

Thèse N° 136/14

ANATOMIE CHIRURGICALE DE L'ANGLE PONTO-CÉRÉBELLEUX

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 17/12/2014

Mlle. SAADANI HASSANI CHEYMAE

Née le 18 février 1989 à Fès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Anatomie – Angle ponto-cérébelleux – Voies d'abord chirurgicales

JURY

M. CHAOUI EL FAIZ MOHAMMED	PRESIDENT
Professeur de neurochirurgie	
M. OUIDIDI ABDELLATIF.....	RAPPORTEUR
Professeur agrégé d'anatomie	
M. CHAKOUR KHALID.....	JUGES
Professeur d'anatomie	
M. EL KOUACHE MUSTAPHA.....	
Professeur agrégé d'anatomie	
M. BENMANSOUR NAJIB	
Professeur agrégé d'Oto-Rhino-Laryngologie	

RESUME :

L'angle ponto-cérébelleux est la région antérolatérale de la fosse cérébrale postérieure qui tire son importance anatomique et fonctionnelle de son contenu vasculo-nerveux, particulièrement le paquet acoustico-facial. Ses éléments vasculo-nerveux s'organisent en trois groupes : Supérieur, moyen et inférieur.

Nous avons essayé à travers ce travail de dissection réalisé au laboratoire d'Anatomie de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès, de rappeler l'anatomie chirurgicale de l'angle ponto-cérébelleux avec son contenu vasculo-nerveux.

L'étendue et la profondeur de cette région et la situation étagée des différents éléments vasculaires et nerveux qui l'occupent, rendent compte de la diversité des approches qui élargit indiscutablement l'éventail des possibilités chirurgicales.

Ainsi, l'abord chirurgical de l'angle ponto-cérébelleux peut être réalisé par voie translabyrinthique élargie sacrifiant l'audition, voie rétro-sigmoïde, voie sus-pétreuse, rétro-labyrinthique élargie ou par les voies combinées.

Chacune de ces voies d'abord présente des contraintes anatomiques et chirurgicales différentes, et répondent à des indications précises.

Royaume du Maroc المملكة المغربية



كلية الطب والصيدلة
+05352401+ | +015111+ 8 +05070+
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

LES FORMES ATYPIQUES DE L'ERYSIPELE

Une série de 138 cas

MEMOIRE PRESENTEE PAR :

Docteur SAADANI HASSANI CHEYMAE

Née le 18 / 02 / 1989 à FES (Maroc)

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE SPECIALITE EN MEDECINE

OPTION : Dermatologie– Vénérologie

Sous la direction de :

Professeur MERNISSI FATIMA ZAHRA

Session Juin 2019

RESUME

L'érysipèle est une infection cutanée courante, assez fréquente, et facile à diagnostiquer cliniquement. Néanmoins, des formes particulières peuvent survenir, par rapport à l'âge, aux antécédents, à la porte d'entrée, à la localisation, à l'aspect clinique, ou encore à l'évolution de la maladie. Nous rapportons toutes les formes particulières de l'érysipèle, au sein d'une étude rétro prospective menée au service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès, sur une période de 9 ans, depuis Mars 2010 au Janvier 2019.

Parmi les 350 patients admis au service pour érysipèle, 135 cas étaient des formes inhabituelles. Concernant l'âge, 10 nourrissons et 20 enfants, étaient atteints, avec un âge moyen de 46,66 mois (3,88 ans). Les antécédents pathologiques peu fréquents étaient dominés par le cancer du sein dans 33 cas, la grossesse dans 6 cas, le matériel d'ostéosynthèse dans 6 cas et enfin le cancer du col utérin dans 1 cas. Parmi les portes d'entrée inhabituelles, on objectivait la cicatrice de mastectomie (3 cas), le cancer du sein ulcéré (3 cas), les points de feu (3 cas), l'herpès labial (2 cas), la dermatite séborrhéique rétro-auriculaire (1 cas), les suites post-opératoires d'une chirurgie de cataracte (1 cas), la voie veineuse périphérique (1 cas), le mélanome acral, le cancer de la vulve, le carcinome épidermoïde (1 cas chacun), la tache escarotique d'une rickestiosee (1 cas), le Mal perforant plantaire (2 cas), l'ongle incarné surinfecté (1 cas) et la cicatrice d'amputation (2 cas). La porte d'entrée était absente dans 4 cas. Des localisations atypiques étaient également notées, avec 15 cas d'érysipèle de l'hémi thorax, étendu à l'hémi dos homolatéral chez 3 patients, et étendu sur le visage chez un patient, 6 cas d'érysipèle bilatéral, 5 cas d'érysipèle unilatéral de la cuisse, un seul

LES FORMES ATYPIQUES DE L'ERYSIPELE

cas d'érysipèle du scalp, un cas d'érysipèle de la fesse, 2 cas au niveau de l'abdomen, et 2 cas d'érysipèles sur moignon d'amputation (genou et gros orteil).

Cliniquement, un aspect livedoïde, un aspect de carcinose inflammatoire avec nodules, des nodules et nouures dans 1 cas chacun. Tous les patients ont bénéficié d'un traitement par antibiothérapie par voie générale, avec des soins locaux, avec une bonne évolution. A noter qu'un patient avait présenté une toxidermie type exanthème maculo-papuleux à l'amoxicilline.

L'érysipèle est une dermo-hypodermite infectieuse qui suscite un grand intérêt de par sa fréquence. Les formes typiques sont très nombreuses et sont les plus rapportées dans la littérature, contrairement à ce qui est atypique et inhabituelle, que ça soit l'âge, la localisation, la porte d'entrée, ou la présentation clinique, dont aucune étude n'a été menée dans ce sens, à part des reports de cas uniques. La connaissance des manifestations rares de l'érysipèle trouve tout son intérêt dans le diagnostic différentiel avec d'autres affections, tant néoplasiques qu'inflammatoires, citons le zona dans la localisation hémi thoracique, métastase cutanée érysipeloïde si antécédent de néo du sein, un syndrome de sweet devant les nodules et nouures, ou encore une poussée inflammatoire d'insuffisance veineuse ou lymphatique si érysipèle bilatérale.

Notre étude montre la fréquence de ces formes cliniques, ainsi, leur approche diagnostique nous aide à prendre précocement en charge les malades, afin de prévenir les complications à moyen et long terme.

**FORMATION MEDICALE
CONTINUE**

Diplômes universitaires :

□ □ Diplôme interuniversitaire en Manifestations dermatologiques des maladies systémiques, université Montpellier I en 2016-2017.

□ □ Diplôme interuniversitaire en dermatologie pédiatrique, centre hospitalier, université de Nice en 2017-2018.

Certificat :

Certificat d'apprentissage de la langue anglais par British Council Morocco en novembre 2016.

 Centre Hospitalier Universitaire de Nice UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR	POLE CLINIQUE UNIVERSITAIRE D'ES SPECIALITES MEDICALES Chef de Pôle : Pr Nicolas MOUNIER SERVICE DE DERMATOLOGIE Chef de service : Pr Jean Philippe LACOUR
<u>Chef de Service</u> : Pr J.P. Lacour <u>P.U.-P.H.</u> : Pr. T. Passeron <u>Praticiens Hospitaliers</u> : Pr. P. Bohadran Dr F. Boukari Dr E. Castela Dr C. Chiaverini Dr A. Khemis Dr F. Le Duff <u>Chefs de Clinique Assistants</u> Dr H. Martin Dr A. Picard Dr A. Sfecci <u>Assistant partagé</u> <u>Responsables d'U.F.</u> <u>Hospitalisation Complète</u> U.F. 7807 - Pr. J.P. Lacour <u>Hospitalisation de jour</u> U.F. 7808 - Pr. T. Passeron <u>Consultations</u> U.F. 7806 - Pr. J.P. Lacour Centre de référence des maladies rares de la peau et des muqueuses d'origine génétique U.F. 7806 - Dr C. Chiaverini <u>Centre Laser</u> U.F. 7873 - Pr. T. Passeron <u>Unité d'Évaluation Thérapeutique</u> Dr. A. Khemis <u>Secrétariat Pr. Lacour</u> Tél 04 92 03 92 11 Fax 04 92 03 93 68 <u>Secrétariat Pr. Passeron</u> Tél 04 92 03 64 88 Fax 04 92 03 65 60 gardie.i@chu-nice.fr <u>Cadres de Santé</u> <u>Hospitalisation</u> : Mme C. Chandelier Tél 04 92 03 60 00 <u>Consultations</u> : Mme F. Valin Tél 04 92 03 62 27 <u>Hospitalisation, infirmerie, admissions</u> Tél 04 92 03 60 04 - Fax 04 92 03 65 58 infirmerie@chu-nice.fr <u>Hôpital de jour, infirmerie, admissions</u> Tél 04 92 03 65 43 - Fax 04 92 03 65 58 hdservato@chu-nice.fr <u>Centre Laser</u> Accueil Tél 04 92 03 60 70 Fax 04 92 03 94 50 <u>Unité d'Évaluation Thérapeutique</u> Accueil 04 92 03 62 25 Fax 04 92 03 62 28 <u>Secrétariat hospitalisation</u> Tél 04 92 03 60 02 Fax 04 92 03 60 84 <u>Secrétariat consultation</u>	Nice, le 2 juillet 2018 ATTESTATION DE SUIVI DES COURS DE D.I.U. DE DERMATOLOGIE PÉDIATRIQUE 2017-2018 Je soussigné Pr LACOUR certifie que <u>Nom et Prénom du candidat :</u> SAADANI HASSANI CHEYMAE - a bien été inscrit(e) au DIU de Dermatologie Pédiatrique 2017-2018 - a régulièrement suivi l'enseignement en ligne et participé aux contrôles continus, - et a passé avec succès l'examen final le Mardi 26 juin 2018 Attestation pour servir et faire valoir ce que de droit  Professeur Jean-Philippe LACOUR



Université de Montpellier

ATTESTATION DE REUSSITE AU DIPLOME

Le Directeur de l'UFR Médecine atteste que
le Diplôme Interuniversitaire **Manifestations Dermatologiques des Maladies Systémiques**
a été décerné à
Madame CHEYMAE SAADANI HASSANI
née le 18 février 1989 à FES (MAROC)
au titre de l'année universitaire 2016/2017



R É P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

UFR DE MÉDECINE



DIPLOME INTERUNIVERSITAIRE

Vu le code de l'éducation et notamment ses articles L. 612-1 et L. 613-2
 Vu le décret n° 2014-1038 du 11 septembre 2014 portant création de l'Université de Montpellier
 Vu les pièces justificatives produites par Mme CHEYMAE SAADANI HASSANI, née le 18 février 1989 à FES (MAROC), en vue de son inscription au Diplôme
 Interuniversitaire Manifestations Dermatologiques des Maladies Systémiques
 Vu les procès-verbaux du jury attestant que l'intéressée a satisfait au contrôle des connaissances et des aptitudes prévu par les textes réglementaires
 Le **DIPLOME INTERUNIVERSITAIRE MANIFESTATIONS DERMATOLOGIQUES DES MALADIES SYSTÉMIQUES**
 est décerné à **Mme CHEYMAE SAADANI HASSANI**
 au titre de l'année universitaire 2016-2017.

Le titulaire

/07C4X20162561



Michel Mondain

Fait à Montpellier, le 21 février 2018

Pour le Président de l'Université de Montpellier et par délégation

Le Vice-Président chargé de la Formation
et de la Vie Universitaire

Jean-Patrick RESPAUT



Learn**English** Pathways

CERTIFICATE

This is to certify that

saadani hassani cheymae .

successfully completed

LearnEnglish Pathways

Pathways Intermediate 1

on

30th July 2016

FORMATIONS MEDICALES CONTINUES:

- Formation sur les Echanges franco-maghrébin en sclérose en plaques en 2013.
- Formation de pansement-cicatrisation au service de dermatologie CHU HASSAN II de Fès en NOVEMBRE 2015
- Participation au 15 ème congrès pédiatrique
- Participation ax journées demédecine physique et réadaptation au CHU de Fès.
- Formation Acnée Octobre 2018 et en Mai 2019
- Formation laser au service de Dermatologie au CHU Hassan II de Fès.
- Participation à la Table Ronde Mélanome, 29 Mars 2019

ATTESTATION DE PRESENCE

Nous certifions par la présente que, CHAIMAE , Neurologue, à Fez, a participé aux **Echanges Franco-Marocains dans la Sclérose en Plaques**, organisés par Biogen Idec France, du 15 au 17 février 2013 à Fez, Maroc.

Fait à Nanterre, le 18 février 2013

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Luc Cortina', with a horizontal line drawn underneath the name.

Luc Cortina

Directeur de zone Biogen Idec France



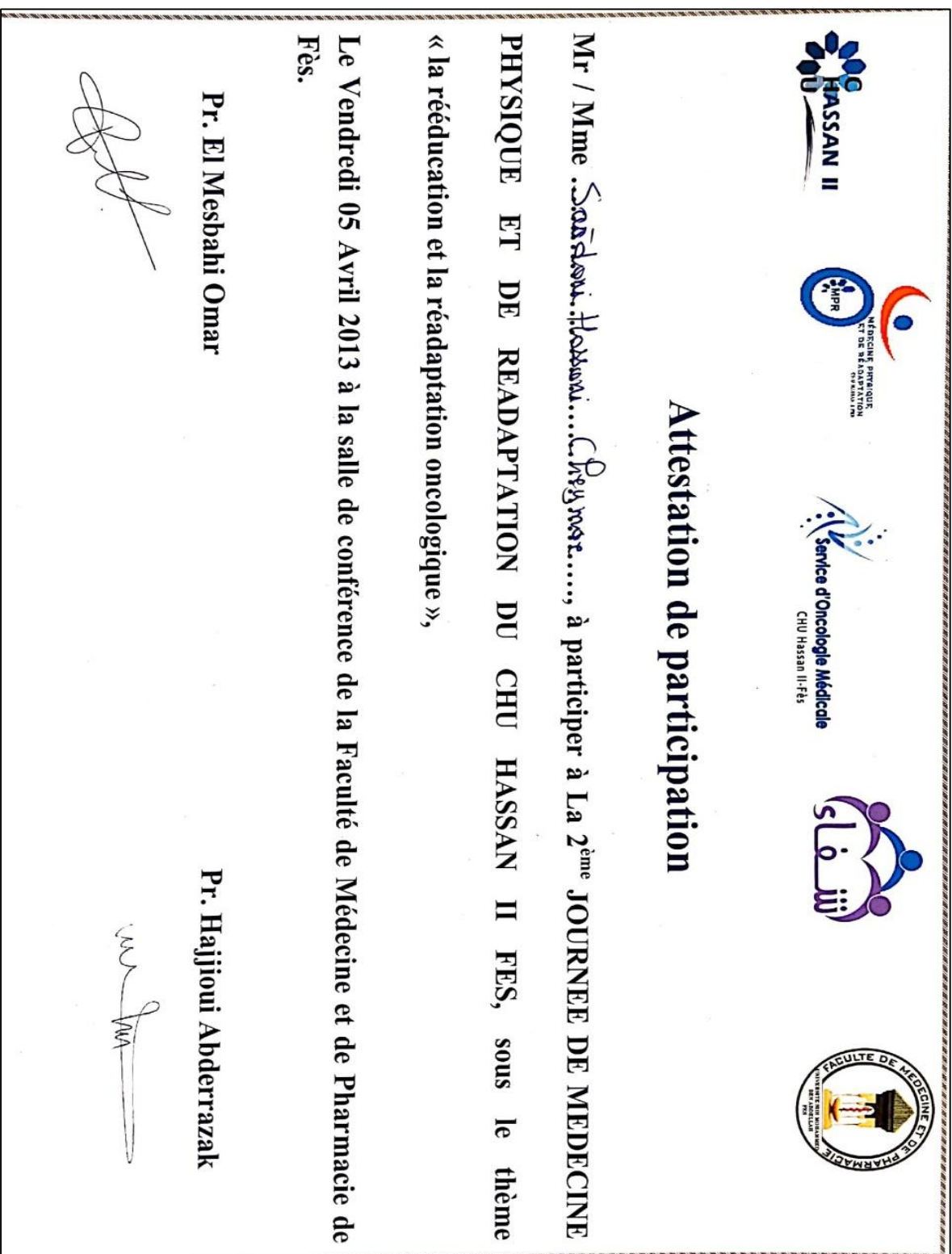
Les 15^{èmes} Journées de Pédiatrie de Fès
les 7, 8 et 9 Mars 2014
Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès

Attestation de présence

Je soussigné Pr M.HIDA, Président de l'Amicale des Pédiatres de Fès
certifie que Dr. C. SAADANI participé au 15ème congrès de Pédiatrie de
Fès, les 7, 8 et 9 Mars 2014

Signé : Pr M.HIDA







ATTESTATION DE PRESENCE

M^{re}, M^r

.....~~SAADANI~~.....~~HASSANI~~.....CHEYMAE

A assisté à:

La formation de Pansement-Cicatrisation

Le 02 Novembre 2015 à Fès.

Infirmière : Mme C. JOANNON

Chef de Service: FZ. Mernissi


F.Z. MERNISSI FZ
Chef de Service
CHU Hassan II Fès
Fax: 06.35.61.37.29

Congrès national 2015:

- FMC cicatrisation
- FMC ongle

Congrès national 2016:

- FMC troubles pigmentaires
- FMC acné et rosacée

Congrès national 2017:

- FMC dermatologie pédiatrique
- FMC pathologie capillaire

Congrès national 2018:

- FMC laser
- FMC allergologie

JDP 2016:

- Maladies bulleuses de l'enfant : diagnostic, place de l'histologie et prise en charge immédiate
- La prise en charge du vitiligo en 2016
- Eczéma des mains : l'essentiel à savoir en 2016
- L'ongle : une cible oncologique primitive ou secondaire
- Actualités
- 20 maladies infectieuses en dermatologie pédiatrique
- Les tumeurs cutanées inflammatoires de l'enfant : du fréquent au rare, piège diagnostiques et apport de la confrontation anatomo-clinique
- Dermatologie sur peau noire chez l'enfant et l'adolescent.



Journées Dermatologiques de Paris 2016
Numéro d'inscription : JDP2016-I/3053
Paris, le 01-01-2017

Cheymae SAADANI HASSANI
Real Travel Service
21, BD LAHCEN OUDDAR
20130 CASABLANCA
Morocco

ATTESTATION DE FORMATION MEDICALE CONTINUE

La Société Française de Dermatologie certifie par les présentes que vous avez été inscrit(e) au congrès annuel de la société, les Journées Dermatologiques de Paris (JDP) qui s'est tenu du 6 au 10 décembre 2016, et que vous avez participé aux sessions de Formations Médicales Continues suivantes :

Code	Type de session	Titre de session
AT5	ATELIER	Atelier de photodermatologie
FMC13	FMC	Maladies bulleuses de l'enfant : diagnostic, place de l'histologie et prise en charge immédiate
FMC28	FMC	La prise en charge du vitiligo en 2016
FMC3	FMC	Eczéma des mains : l'essentiel à savoir en 2016
FMC40	FMC	L'ongle : une cible oncologique primitive ou secondaire
ACTUS	PLENIERE	ACTUALITES
FMC63	FMC	20 maladies infectieuses en dermatologie pédiatrique
FMC74	FMC	Les tumeurs cutanées inflammatoires de l'enfant : du fréquent au rare, pièges diagnostiques et apport de la confrontation anatomo-clinique
FMC83	FMC	Dermatologie sur peau "noire" chez l'enfant et l'adolescent
P2	POSTERS	Session de poster 2

Et a en conséquence acquis : 24 POINTS de Formation Médicale Continue.

Pour la Société Française de Dermatologie,
Le Comité d'organisation des JDP

SFD - Société Française de Dermatologie – 25 rue la Boétie – 75008 Paris - France
Tel. : +33 1 43 27 01 67 – Fax. : +33 1 43 27 01 86 – Email : jdp@sfdermato.com

PARTICIPATION AUX
MANIFESTATIONS
SCIENTIFIQUES

Ateliers :

Atelier de confrontation anatomo-clinique. XIX congrès national de dermatologie octobre 2016

Atelier Acné, Rosacée. XIX congrès national de dermatologie octobre 2016

Atelier Ulthérapie. XIX congrès national de dermatologie octobre 2016

Atelier de photo dermatologie JDP 2016

Atelier formation injection avec Dr Nabila Azib, au service de dermatologie : 2018

Atelier de camouflage à Fès en Décembre 2018

Atelier sur les peelings 9 février 2019

SEMINAIRES :

- 2ème Séminaire sur la pathologie unguéale mécanique ; le 14 Février 2015, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca.
- 3ème Séminaire de la pathologie unguéale, Février 2016, Casablanca.
- 1^{er} séminaire de la pathologie capillaire à Rabat, 2017
- 5ème séminaire de Formation en Dermoscopie, le 30 Mai 2015, Faculté de Médecine et de Pharmacie de FES.
- 6ème séminaire de Formation en Dermoscopie, le 28 Mai 2016, Faculté de Médecine et de Pharmacie de FES.
- 7ème séminaire de Formation en Dermoscopie, 20 mai 2017, Faculté de Médecine et de Pharmacie de FES.
- 8ème séminaire de Formation en Dermoscopie, 30 juin 2018, Faculté de Médecine et de Pharmacie de FES. IFRAN



الجمعية المغربية لأطباء الجلدية
Société Marocaine de Dermatologie
www.smdermato.org

Présidente :

Pr Mernissi Faima Zahra
Professeur Agrégé en
Dermatologie
Centre Hospitalo - Universitaire
Hassan II - Fès, Maroc

mernissi_fz@yahoo.fr

Vice - Présidente :

Pr Senouci Karima
Professeur Agrégé en
Dermatologie
Centre Hospitalo - Universitaire
Ibn Sina - Rabat, Maroc

kasenouci@yahoo.fr

Secrétaire Générale :

Pr Meziane Mariame
Professeur Assistante en
Dermatologie
Centre Hospitalo - Universitaire
Hassan II - Fès, Maroc

mariame_meziane@yahoo.fr

Secrétaire Générale Adjoint :

Dr Sbai Mounir
Dermatologue
Cabinet privé de Dermatologie
Rabat, Maroc

sbai71@yahoo.fr

Trésorière :

Dr Bay Bay Hanane
Dermatologue
Hôpital Provincial - Taourirt, Maroc

baybayhanane@yahoo.fr

Trésorière Adjointe :

Dr Lazrak Sanaa
Dermatologue
Cabinet privé de Dermatologie
Fès, Maroc

lazraksanaa@hotmail.fr

الجمعية المغربية للأمراض الجلدية
Société Marocaine de Dermatologie

Attestation de présence

*La présidente de la Société Marocaine de
Dermatologie et de Vénérologie atteste que le
Docteur :*

SAADANI HASSANI Cheymae



a participé au

Séminaire sur la pathologie unguéale

le 14 Février 2015 à la faculté de

Médecine de Casablanca

Présidente de la SMD : FZ. Mernissi

Société Marocaine de Dermatologie
Service de Dermatologie
Café Hassan II / Fès
Tél : 05 35 61 37 29

Société Marocaine de Dermatologie . BP : 7642. An-narjiss-Fès

E-mail : smd.secretariat@gmail.com

Web : www.smdermato.org

GSM : 06 61 36 11 00 / Fax : 05 35 61 37 29



الجمعية المغربية للأمراض الجلدية
Société Marocaine de Dermatologie
www.smdermato.org

Présidente :

Pr Mernissi Fatima Zahra
Professeur Agrégé en
Dermatologie
Centre Hospitalo - Universitaire
Hassan II - Fès, Maroc

mernissi_fz@yahoo.fr

Vice - Présidente :

Pr Senouci Karima
Professeur Agrégé en
Dermatologie
Centre Hospitalo - Universitaire
Ibn Sina - Rabat, Maroc

kasenouci@yahoo.fr

Secrétaire Générale :

Pr Meziane Mariame
Professeur Assistante en
Dermatologie
Centre Hospitalo - Universitaire
Hassan II - Fès, Maroc

mariame_meziane@yahoo.fr

Secrétaire Générale Adjoint :

Dr Sbai Mounir
Dermatologue
Cabinet privé de Dermatologie
Rabat, Maroc

sbai71@yahoo.fr

Trésorière :

Pr Bay Bay Hanane
Professeur Assistante en
Dermatologie
Centre Hospitalo - Universitaire
Hassan II - Fès, Maroc

baybayhanane@yahoo.fr

Trésorière Adjointe :

Dr Lazrak Sanaa
Dermatologue
Cabinet privé de Dermatologie
Fès, Maroc

lazraksanaa@hotmail.fr

الجمعية المغربية للأمراض الجلدية
Société Marocaine de Dermatologie

Attestation de présence

La présidente de la Société Marocaine de
Dermatologie et de Vénérologie atteste que le
Docteur :

SAADANI HASSANI CHEYMAE

a assisté au

3^{ème}
Séminaire de la pathologie unguéale
le 27 Février 2016 à Casablanca

Présidente de la SMD : FZ. Mernissi

Société Marocaine de Dermatologie
Service de Dermatologie
C.H.U. Hassan II - Fès
Tél: 05 35 61 11 00 / Fax: 05 35 61 37 29

Société Marocaine de Dermatologie . BP : 7642. An-narjiss-Fès

E-mail : smd.secretariat@gmail.com

Web : www.smdermato.org

GSM : 06 61 36 11 00 / Fax : 05 35 61 37 29



Scanned by CamScanner





ROYAUME DU MAROC
Université Sidi Mohamed Ben Abdellah
Faculté de Médecine et de Pharmacie
Fès



Attestation

Le Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès
atteste que :

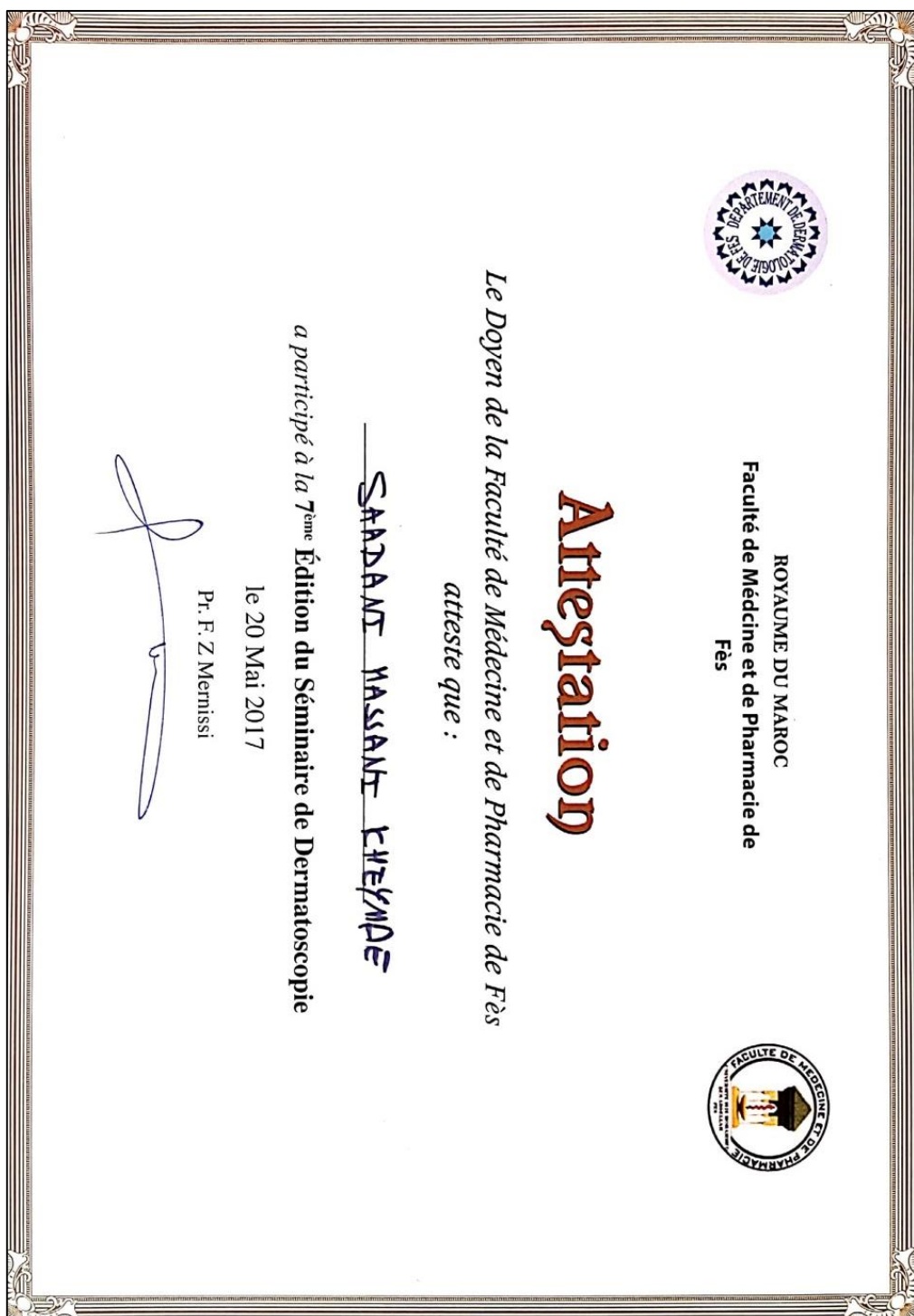
SAADANI HASSANI CHEYMAE

a participé au 6^{ème} Séminaire de Formation en Dermoscopie.

Le 28 Mai 2016

Le Vice Doyen

Pr. Fatima Zahra MERNISSI





JOURNEES ET CONGRES :

Les journées scientifiques d'internat et de résidanat, et autres Journées :

- 11^{ème} Journées Scientifiques et Culturelles d'Internat et de Résidanat de Fès, Octobre 2014
- 12^{ème} journées d'internat et de résidanat en Décembre 2017
- 3^{ème} journées scientifiques Internationales du service d'Oncologie Médicale du CHU Hassan II de Fès
- 2^{ème} édition de la journée de la formation pour médecins et infirmiers sous le thème d'IMMUNOTHERAPIE, de la recherche à la pratique.

LA SOCIETE MAROCAINE DE DERMATOLOGIE (SMD) : PARTICIPATION :

- XXVIII^{ème} congrès national de dermatologie couplé au 1^{er} séminaire de lasers dermatologiques, Octobre 2015.
- XXIX^{ème} congrès national de dermatologie couplé au 1^{er} séminaire de lasers dermatologiques, Octobre 2016
- XXIV^{ème} congrès Maghrébin de Dermatologie couplé au XXX^{ème} congrès national de Dermatologie ; Octobre 2017.
- XXX I^{ère} congrès national de Dermatologie ; Octobre 2018.

GROUPE DE REFLEXION DE DERMATOLOGIE ET DE VENEREOLOGIE DU SUD

- XV Printemps GRDVS d'Agadir ; Mai 2016

LA SOCIETE FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE (SFD) :

- Journées Dermatologiques de Paris 2016.

**SOCIETE MAROCAINE DE DERMATOLOGIE
PEDIATRIQUE**

- 8 ème congrès Franco-Maghrébien de Dermatologie Pédiatrique ; Marrakech, Septembre 2016
- 9 ème congrès National de Dermatologie Pédiatrique, Marrakech, Novembre 2018

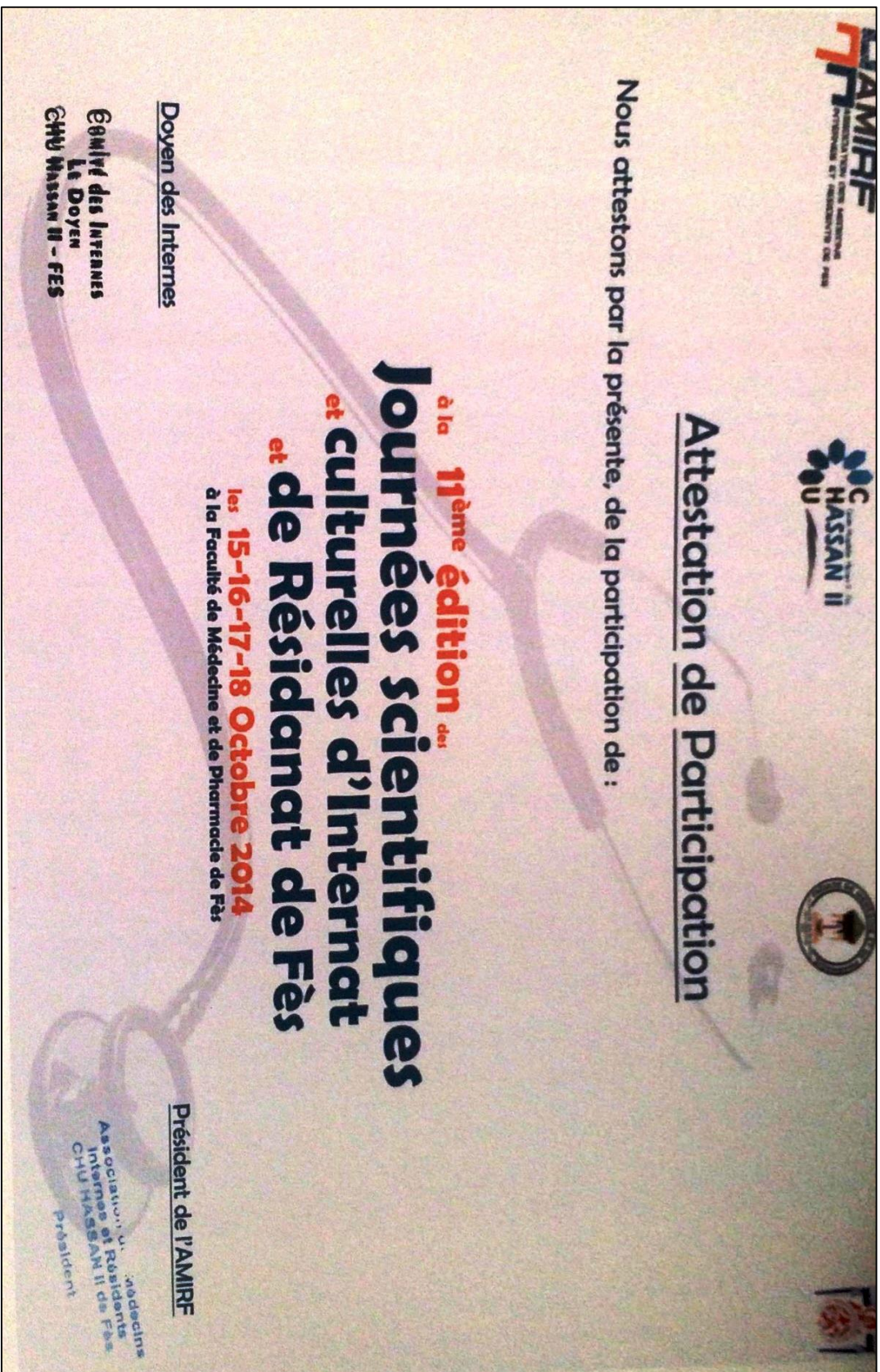
SOCIETE MAROCAINE DE DERMATOLOGIE MILITAIRE :

2ème journée du service de dermatologie de l'hôpital militaire mouly ismail, le 04 Mars 2018, Meknes

3ème journée du service de dermatologie de l'hôpital militaire mouly ismail, le 02 Mars 2019, Meknes

**COLLEGE DES DERMATOLOGISTES PRIVES DE
CASABLANCA :**

- 16 ème congrès du CODEPCA ; 22 Mars 2019, El Jadida

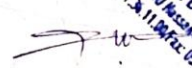








Scanned with CamScanner

الجمعية المغربية للأمراض الجلدية Société Marocaine de Dermatologie www.smdermato.org Présidente : Pr Mernissi Faima Zahra Professeur Agrégé en Dermatologie Centre Hospitalo - Universitaire Hassan II - Fès, Maroc mernissi_fz@yahoo.fr Vice - Présidente : Pr Senouci Karima Professeur Agrégé en Dermatologie Centre Hospitalo - Universitaire Ibn Sina - Rabat, Maroc kasenouci@yahoo.fr Secrétaire Générale : Pr Meziane Mariame Professeur Assistante en Dermatologie Centre Hospitalo - Universitaire Hassan II - Fès, Maroc mariame_meziane@yahoo.fr Secrétaire Générale Adjoint : Dr Sbai Mounir Dermatologue Cabinet privé de Dermatologie Rabat, Maroc sbai71@yahoo.fr Trésorière : Dr Bay Bay Hanane Dermatologue Hôpital Provincial - Taourirt, Maroc baybayhanane@yahoo.fr Trésorière Adjointe : Dr Lazrak Sanaa Dermatologue Cabinet privé de Dermatologie Fès, Maroc lazraksanaa@hotmail.fr	Attestation de présence La présidente de la Société Marocaine de Dermatologie et de Vénéréologie atteste que le Docteur : <u>SAADANI HASSANI Cheymae</u> a participé au XXVIII^{ème} congrès national de dermatologie Couplé au 1^{er} séminaire des lasers dermatologiques du 29 au 31 Octobre 2015 Présidente de la SMD : FZ. Mernissi  Société Marocaine de Dermatologie Service de Dermatologie Cité Hassan II Fès Tél: 05 35 61 11 00 / Fax: 05 35 61 37 29 Société Marocaine de Dermatologie . BP : 7642. An-narjiss-Fès E-mail : smd.secretariat@gmail.com Web : www.smdermato.org GSM : 06 61 36 11 00 / Fax : 05 35 61 37 29
--	--





الجمعية المغربية للأمراض الجلدية
Société Marocaine de Dermatologie

Attestation de présence

La présidente de la Société Marocaine de Dermatologie et de Vénérologie atteste que le
Docteur : **SAADANI HASSANI CHEYMAE**
a participé au XXIV ème Congrès Magrébin de Dermatologie
couplé au XXX ème Congrès National de Dermatologie du 26 au 28 Octobre 2017

Présidente : FZ. Mermissi

Le Président de la Société Marocaine de Dermatologie et de Vénérologie
Le 26/10/2017 à Marrakech

Présidente :

Pr. Fatima Zahra Mermissi
Professeur d'Enseignement
supérieur en Dermatologie
Centre Hospitalier - Universitaire
Hassan II
Faculté de Médecine et de Pharmacie
Fes - Maroc
mermissi_fz@yahoo.fr

Vice - Président :

Pr. Amal Sali
Professeur d'Enseignement
supérieur en Dermatologie
Centre Hospitalier - Universitaire
Hassan II
Faculté de Médecine et de Pharmacie
Fes - Maroc
sali.amal@gmail.com

Secrétaire Général :

Pr. Galil Salim
Professeur agrégé en Dermatologie
Centre Hospitalier - Universitaire
Hassan II
Faculté de Médecine et de Pharmacie
Fes - Maroc
galil.salim@gmail.com

Secrétaire Général-Adjoint :

Dr. Rabah Asia
Dermatologue
Hôpital Moulay Ismail
Meknes - Maroc
saramassia@yahoo.fr

Treizième :

Pr. Bay Bay Hamane
Professeur assistant en
Dermatologie
Centre Hospitalier - Universitaire
Hassan II
Faculté de Médecine et
de Pharmacie - Fes - Maroc
hamanebay@yahoo.fr

Treizième Adjoint :

Dr. Badrone Med Sidi
Dermatologue
Cabinet privé de Dermatologie
Meknes - Maroc
badrone.med@yahoo.fr



الجمعية المغربية للأمراض الجلدية
Société Marocaine de Dermatologie

Attestation de présence

La présidente de la Société Marocaine de Dermatologie et de Vénéréologie atteste que le
Docteur :**SAADANI HASSANI CHEYMAE**.....
a participé au XXX I ème Congrès National de Dermatologie
du 11 au 13 Octobre 2018

Présidente : FZ. Mernissi

Signature
Société Marocaine de Dermatologie
et Vénéréologie
Le 11/10/2018 à Rabat

Présidente :

Pr. Fatima Zahra Mernissi
Professeur et Enseignement
supérieur en Dermatologie
Centre Hospitalier - Universitaire
Hassan II
Faculté de Médecine et de Pharmacie
Fès - Maroc
mernissi_fz@yahoo.fr

Vice-Présidente :

Pr. Amal Said
Professeur et Enseignement
supérieur en Dermatologie
Centre Hospitalier - Universitaire
Mohammed VI - Marrakech - Maroc
salamamh@hotmail.com

Secrétaire Général :

Pr. Ghalilou Slim
Professeur Argyle en Dermatologie
Centre Hospitalier - Universitaire
Hassan II
Faculté de Médecine et de Pharmacie
Fès - Maroc
sgalilou@gmail.com

Secrétaire Général Adjoint :

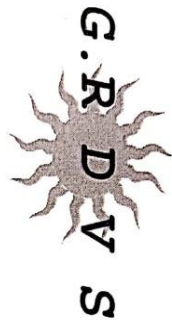
Dr. Rabih Asia
Dermatologue
Hopital Houlou Ismail
Meknes - Maroc
samoussiad@yahoo.fr

Treasury :

Pr. Fay Bay Hmam
Professeur Argyle en
Dermatologie
Centre Hospitalier - Universitaire
Hassan II
Faculté de Médecine et
de Pharmacie - Fès - Maroc
hamamfaybay@gmail.com

Treasury Adjoint :

Dr. Benkroune Med Said
Dermatologue
Cabinet privé de Dermatologie
Meknes - Maroc
benkrounmed@yahoo.fr



GROUPE DE REELEXION
DE DERMATOLOGIE VENEREOLOGIE DU SUD
Association régie par le dahir du 15 novembre 1958

XV PRINTEMPS GRDVS D'AGADIR 2016

CERTIFICAT DE PRESENCE

cette attestation certifie que

SAADANI HASSANI CHEYMAE

A assisté (e) à la journée du XV Printemps d'Agadir qui s'est déroulée à l'hôtel Royal Atlas d'Agadir le 07 Mai 2016.



JOURNEES DERMATOLOGIQUES DE PARIS 2016

CERTIFICAT DE PRESENCE

Cette attestation certifie que

SAADANI HASSANI CHEYMAE

A assisté aux Journées Dermatologiques de Paris qui se sont déroulées au Palais des Congrès de Paris, du 06 au 10 décembre 2016.

Paris 06 - 10 décembre 2016
JDP
c/o MCI - 34 rue Chatelet - 75009 Paris
Tél. : +33(0)1 53 85 82 57 - Fax : +33(0)1 53 85 82 83
E-mail : info@jdp2016.com - www.jdp2016.com

SFD - 25 rue de la Boétie - 75008 Paris - Tél. : 33 (0)1 43 27 01 67 - Fax : 33 (0)1 43 27 01 86 - jdp@sfdernato.com



Meknès, le 24/03/18.

2ème journée de Dermatologie



ATTESTATION DE PRÉSENCE

Je soussigné....., atteste que
le docteur
à la 2ème journée de Dermatologie de HMMI - Meknès.
Date : Samedi 24 mars 2018.

Signature
Médecin Colonel
M. EL MAOURI
Professeur de Dermatologie
Médecin-Chef de Service de Dermatologie
H. M. H. I. Meknès





TRAVAUX
SCIENTIFIQUES

COMMUNICATIONS
ORALES ET AFFICHEES

COMMUNICATIONS ORALES:

*** Titres**

***Résumés**

***Attestations**

Titres :

Auteur initial :

Journées dermatologiques de Paris 2016

- **Carcinome basocellulaire pigmenté linéaire: Entité clinique exceptionnelle à localisation rare:**

C.H.Saàdani, I.Assenhaji, G.Senhaji, Gallouj, FZ.Mernissi
Service de dermatologie-vénéréologie, CHU Hassan II Fès

14 ème Journée d'internat et de résidanat de Fès 2017

- **L'érysipèle: Expérience du service de Dermatologie au CHU Hassan II de Fès (à propos de 255 cas)**

C.Saàdani, A.Alaoui, S, Zinoune, H.Baybay, S. Gallouj, F.Mernissi

Service de dermatologie-vénéréologie, CHU Hassan II Fès

X ème Congrès national de dermatologie pédiatrique

Marrakech, Novembre 2018

- **Erysipèle de l'enfant : à propos de 30 cas.**

C.Saàdani, H.Baybay, Z.Douhi, S.Elloudi, F.Mernissi

Service de dermatologie-vénéréologie, CHU Hassan II Fès

8 ème Séminaire de dermoscopie 2018

- **Dermosocpie du Bowen vulvaire : du diagnostic au suivi**

C.Saàdani, O.El Jouari, H.Baybay, S.Elloudi, F.Z.Mernissi

Service de dermatologie-vénéréologie, CHU Hassan II Fès

En co-auteur :

GRDVS 07-05-2016

Maladie de bowen vulvaire traitée par photothérapie dynamique,

A.lahlou, **C.Saàdani**, H baybay, FZ mernissi

Service de dermatologie-vénéréologie, CHU Hassan II Fès

6^{ème} Séminaire de Dermoscopie, Mai 2016

Cas particuliers des carcinomes baso-cellulaires

R.Chakiri, S.Elloudi, **C.Saadani**, H.Bay Bay, S.Gallouj, FZ.Mernissi

Résumés :

Carcinome basocellulaire pigmenté linéaire: Entité clinique exceptionnelle à localisation rare

C.H.Saàdani, I.Assenhaji, G.Senhaji, S. Gallouj, FZ.Mernissi
Service de Dermatologie et vénérologie CHU Hassan II, Fès

Mots clés : Carcinome basocellulaire, disposition linéaire, pigmenté, épaule

Introduction :

Le carcinome basocellulaire pigmenté à disposition linéaire constitue une variante morphologique distincte et rare. Le premier cas a été décrit par Lewis en 1985, et depuis, seulement 37 cas ont été signalés. Le site le plus commun est la région péri-orbitaire.

Matériel et méthodes :

Nous rapportons un nouveau cas d'un carcinome basocellulaire pigmenté à disposition linéaire développé au niveau de l'épaule.

Observations :

Patient de 57 ans, sans ATCD pathologiques, présentait depuis 1 an, une lésion pigmentée à disposition linéaire, siégeant au niveau de l'épaule droite. Le patient rapportait la notion de manipulation d'une papule au même site avant la symptomatologie. L'examen clinique trouvait une plaque pigmentée, linéaire, mesurant 4 cm de grand axe, bien limitée, avec des érosions et des croûtes en son centre. Le diagnostic différentiel se posait essentiellement avec angiokératose linéaire. La dermoscopie objectivait des nids ovoïdes, un aspect digitiforme en périphérie, des télangiectasies et une vascularisation en tronc d'arbre, ainsi qu'une ulcération centrale, avec absence d'un réseau pigmenté. Le diagnostic de carcinome basocellulaire pigmentée était confirmé par l'histologie, qui montrait une prolifération tumorale faite de cellules basaloides, disposées en cordons à contours palissadiques, un cytoplasme basophile et parfois pigmenté, et des fentes de rétraction. Une exérèse chirurgicale avec marges était réalisée, avec étude histologique concluant à un carcinome basocellulaire nodulaire et pigmenté, avec marges saines.

Résultats :

Notre cas décrit une forme rare d'un carcinome baso-cellulaire pigmentée linéaire, avec les mêmes caractéristiques rapportées dans la littérature. Néanmoins, la localisation la plus fréquente décrite était la région périorbitaire. La localisation au niveau de l'épaule est exceptionnelle.

La majorité des CBC linéaires sont orientés selon les lignes de tension de la peau, cette disposition linéaire peut être expliquée par plusieurs mécanismes, dont l'effet koebner, comme le cas de notre patient. La dermoscopie permet d'orienter le diagnostic du CBC avec les nids ovoïdes, l'ulcération et les télangiectasies. Le diagnostic est confirmé par l'histologie

et le CBC nodulaire représente le sous type histologique le plus rapporté. L'orientation selon les lignes de tension permettent une exérèse chirurgicale facile avec une bonne cicatrisation. Toutefois, l'extension latérale de la tumeur exige une exérèse avec des marges de sécurité.

Conclusion :

Le carcinome basocellulaire pigmentée linéaire est une variante morphologique rare, d'où l'intérêt de la dermoscopie qui a permis de redresser le diagnostic permettant une prise en charge adéquate .

L'érysipèle: Expérience du service de Dermatologie au CHU Hassan II de Fès

(à propos de 255 cas)

C.Saàdani, A.Alaoui,H.Baybay, N.Amraoui , S. Gallouj, F.Mernissi
Service de dermatologie , CHU Hassan II, Fès

Introduction :

L'érysipèle est une infection cutanée aigue atteignant le derme et l'hypoderme classiquement due au streptocoque B hémolytique du groupe A. Le diagnostic est clinique.L'évolution de l'érysipèle est généralement favorable sous traitement antibiotique, mais des complications redoutables aussi bien locales que générales peuvent exister, nécessitant une vigilance accrue.

Matériel et méthodes :

Etude rétrospective qui prend en compte 255 patients hospitalisés pour érysipèle menée au service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès, sur une période de 7 ans, depuis Mars 2010 à octobre 2017, afin d'étudier le profil épidémio-clinique, thérapeutique et évolutif de l'érysipèle en milieu hospitalier.

Résultats :

Parmi les malades, 255 cas admis au service pour érysipèle ont été étudiés avec une moyenne de durée d'hospitalisation de 9 jours (1 jour – 35 jours) . L'âge moyen des patients était de 56,31 ans avec les extrêmes d'âge entre 4 mois et 85 ans. Les patients ont été répartis en 118 hommes (41,9%) et 135 femmes (48,6 %), dont 22 enfants (8,7) avec un sexe ratio M/F de 0,86. Les ATCD pathologiques les plus rapportés étaient l'obésité (27,2%), le diabète (26,0%), les maladies cardio-vasculaires (25,7%), et le tabagisme (17,6%). La prise d'AINS ou de corticothérapie a été rapportée chez 14,3% des patients. Par ailleurs, un ATCD de Néo du sein a été rapporté dans 10 % soit 25 cas, dans les érysipèles du MS. 5,6 % DES cas avaient un matériel d'ostéosynthèse.Localement, 19,6% des patients avaient un lymphoedème, 16,4% des signes d'insuffisance veineuse, et 3,2% un ulcère de jambe. La porte d'entrée était présente ds 87,5 % avec un intertrigo inter-orteils mycosique dans 53,0 % des cas, une plaie dans 7,2% des cas, une ecorchure dans 4,4%, un ulcère de jambe (3,6 %), une pustule dans 3,2%, lymphoedème dans 2,4%, une eczema dans 2,2%, traumatisme dans 2 %, cicatrice de mastectomie dans 2%, et points de feu dans 1,2%.Il s'agissait d'une première poussée dans 79,3%, et d'une 2 ème poussée voire plus dans 20,7% des cas. Les membres inférieurs étaient touchés dans 76,5%, avec prédominance de la jambe droite (22,3%), de façon bilatérale (4,6 %), membres supérieurs dans 11,6%, l'hémi thorax dans 3,6 %, et la face dans 7,2 %. Un seul cas d'erysipèle au niveau de l'abdomen a été retrouvé.Cliniquement, les bulles étaient présents dans 36,40%, les érosions dans 39,2%, l'aspect purpurique dans 29,6% et les pustules dans 10,40% des cas, la Nécrose dans 4.4 %,l'hypoesthésie dans 2 % et les crepitation dans 2,4 % . Le livedo a été retrouvé dans un seul cas.Des signes généraux étaient présents dans 43,5%, à type de fièvre (41,2%). Une ADP régionale était retrouvée dans

26,95%, et une lymphangite dans 7,02%. Le score LRINEC était calculé > 6 chez 21,3% des patients. Une échographie des parties molles a été réalisée chez 38% des patients, objectivant une infiltration dans 22,8%, et une collection dans 10,40%, normal dans 4 %, logettes liquidiennes dans 0,8%. Echo doppler veineux a été réalisé chez 30,1 %, normal dans 27 %, avec 1,6 % d'incontinence veineuse. L'indication d'hospitalisation était le terrain dans 35,2 % , une forme grave dans 38,5 %, une forme récidivante dans 7,3 %. Le traitement de première intention était l'association amoxicilline – acide clavulanique dans 71,9% par voie parentérale, puis la Pénicilline G dans 4,4%, et l'association amoxicilline protégée et gentamycine dans 4,0%, la ciprofloxacine dans 2,8 %, et l'association Amoxiclav+Genta+Flagyl dans 5,6 % L'évolution était favorable dans 60,0% des cas, avec un délai moyen d'apyrexie de 0,73 jour. 40,35% ont développé des complications précoces, dominées par la décompensation du diabète dans 11,9%, d'insuffisance rénale dans 4 %, d'une goutte dans 0,9 %, d'infection nosocomiale dans 0.4 % . d'un abcès dans 14,8% nécessitant un drainage dans 3,2 %, et d'une fasciite nécrosante dans 3.2% des cas, nécessitant un traitement chirurgical dans 10,0%. Les complications tardives étaient dominées par un lymphoedème résiduel dans 31.5 % . La protéinurie de 24h était négative dans 59,7%, avec 36 % non faite. Une prévention par l'extencilline a été instaurée chez 39,5% des patients

Discussion :

L'érysipèle constitue un motif fréquent d'hospitalisation. Nos résultats sont comparables avec les données de la littérature. La prédominance féminine, l'âge moyen de 55 ans, les facteurs favorisants notamment l'obésité et le diabète, la localisation au niveau du membre inférieur, et la présence de la porte d'entrée en particulier l'intertrigo inter orteil. La fréquence non négligeable d'érysipèle du membre supérieure chez les patientes traitées par néo du sein est aussi rapportée dans la littérature. Néanmoins, certaines particularités de l'érysipèle sont à souligner dans notre étude : 1) la fréquence des formes récidivantes (20,7%), mettant l'accent sur la priorité qu'on devrait attribuer à la prise en charge des facteurs favorisants locaux et généraux ; 2) la rareté de l'atteinte faciale suggérant l'amélioration de l'hygiène de la face ainsi que l'utilisation courante des antibiotiques dans les infections oto-rhino-laryngologiques en ambulatoire ; 3) la fréquence des lymphoedèmes comme facteur favorisant l'érysipèle avec un taux ; 4) la fréquence des formes bulleuses et purpuriques ; 5) calcul du score de LRINEC qui a été significatif dans 21,3% des cas, et qui peut constituer un facteur prédictif de complications d'érysipèle ; 6) un taux plus élevé de survenu d'abcès qui est à 14,8%, nécessitant un drainage chirurgical , probablement dû à la nature de notre institution de santé qui reçoit les cas les plus sévères de dermo-hypodermes. Enfin, la pénicilline reste le traitement de choix avec une évolution favorable dans la majorité des cas. Une antibioprophylaxie à long cours reste une bonne alternative pour éviter les récurrences

Conclusion :

L'érysipèle est une pathologie infectieuse fréquente .La prise en charge des facteurs de risque, le diagnostic précoce et l'initiation rapide d'une antibiothérapie adaptée en ambulatoire permettent de limiter le recours à des hospitalisations lourdes pour le patient et la société.

Erysipèle de l'enfant : à propos de 30 cas :

CH.Saàdani ; H.Baybay ; Z.Douhi, S.Elloudi ; F.Z.Mernissi
Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès

Introduction :

L'érysipèle est une dermo-hypodermite bactérienne aiguë ou subaiguë non nécrosante, due le plus souvent au streptocoque bêta hémolytique du groupe A. C'est une pathologie relativement fréquente chez l'adulte et les sujets âgés, mais qui est rare chez l'enfant et exceptionnelle chez le nourrisson.

Matériels et méthodes :

Etude menée par le service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès, en collaboration avec le service de pédiatrie sur 5 ans, 2012- 2018. Nous avons colligé tous les cas d'érysipèle, hospitalisés au service de pédiatrie et urgences pédiatriques afin d'évaluer les caractéristiques épidémiologiques, clinico-biologiques, thérapeutiques et évolutives des érysipèles chez l'enfant et le nourrisson.

Résultats :

Il s'agit de 14 garçons et 16 filles, avec 10 nourrisson (9,33 mois en moyenne) et 20 enfants (7,18 ans en moyenne), avec des extrêmes de 4 mois -16 ans). Un seul cas d'érysipèle était noté. Le délai moyen de consultation était de 3 jours. La notion de prise d'un AINS était retrouvé chez un grand enfant. L'état général était conservé dans tous les cas. La fièvre était présente dans 75% des cas, alors que le placard érythémateux caractéristique de l'érysipèle était présent chez tous les enfants. Il s'agissait d'une forme simple de dermo-hypodermite dans 24 cas, compliquée d'un abcès des parties molles dans 1 cas. La localisation préférentielle était les membres inférieurs et précisément les jambes (62,5% des cas), suivie du membre supérieur (25%) puis le visage (12,5 %). Des adénopathies inflammatoires satellites étaient présentes dans 65,4% des cas. La porte d'entrée a été retrouvée dans 88% des cas : 9 cas de plaie, 6 cas d'écorchures, un cas d'intertrigo inter-orteil, 3 cas de piqure d'insecte, 2 cas de furoncle, un cas d'ulcère veineux, 3 cas d'impétigo. Un syndrome inflammatoire biologique était constamment retrouvé, avec un score de LRINEC > 6 dans un cas. L'échographie des parties molles, pratiquée chez 7 patients, avait objectivé une collection dans 1 cas. Un avis des chirurgiens pédiatres et une radiographie standard étaient effectués dans 6 cas, pour écarter le diagnostic d'ostéomyélite. 24 patients étaient mis sous amoxicilline-acide clavulanique, à la dose de 50 mg/kg/jour, et un patient sous phénoxyéthylpénicilline, en plus du traitement de la porte d'entrée, l'apyrexie a été obtenue dans le délai de 48H. La durée moyenne d'hospitalisation était de 4 jours avec des extrêmes de 2 à 8 jours. L'évolution était favorable chez les 25 enfants avec une durée totale de traitement de 3 semaines. Aucun cas de lymphoedème résiduelle n'a été observé.

Discussion :

Les infections cutanées bactériennes, en particulier les infections superficielles à pyogènes, sont un motif fréquent de consultation chez l'enfant; mais l'érysipèle par contre reste rare.

L'érysipèle touche les enfants d'âge moyen de 5 ans, comme dans notre série, mais le diagnostic doit être suspecté même chez un nourrisson, puisque 31% de nos patients étaient âgés de moins de 2 ans. Selon la littérature, le membre inférieur reste même chez l'enfant la localisation de prédilection de l'érysipèle, ce qui est confirmé par notre série.

Le diagnostic différentiel d'érysipèle chez les enfants est dominé par l'ostéomyélite et l'ostéoarthrite qui sont les diagnostics les plus reconnus par les pédiatres et les chirurgiens pédiatres. La clinique et la notion de porte d'entrée permettent de les écarter dans les cas douteux de la radiologie. L'évolution est souvent bénigne, cependant, des complications graves peuvent émailler le cours évolutif de cette dermo-hypodermite à type d'abcès et de fasciite nécrosante. Le traitement par bêta-lactamines est généralement efficace illustré dans notre série.

Conclusion :

en cas d'échec d'une antibiothérapie antistreptococcique, l'ensemble des diagnostics différentiels de l'érysipèle (staphylococcie maligne, fascite nécrosante, cellulite...) doivent être discuté en raison de la fréquence des tableaux cliniques incomplets chez le nourrisson.

Maladie de bowen traitée par PDT

LAHLOU.A ;CH.Saadani, H.baybay; S. Gallouj; MERNISSI.F.Z

service de dermatologie, CHU hassan II, Fes

introduction

La maladie de bowen est un carcinome in situ, la localisation vulvaire pose un problème de prise en charge surtout pour les formes diffuses. Nous rapportons un cas traité favorablement par la photothérapie dynamique (PDT) associée à l'Imiquimod 5 % avec de bons résultats esthétiques et fonctionnelles. La douleur était tolérable.

Observation

Il s'agit de la patiente N.Q, âgée de 47 ans, mariée, normoréglée, sans antécédents pathologiques notables qui présentait un prurit vulvaire évoluant depuis 1 an. L'examen dermatologique avait objectivé une plaque de 6 cm, érythémateuse bien limitée, de bords réguliers surmontée d'un enduit blanchâtre, non décollable, prenant la quasi-totalité de la plaque.

La dermoscopie avait montrée une vascularisation glomérulaire homogène en faveur d'une maladie de bowen qui fut confirmée par l'examen histologique et immunohistochimique. Le frottis cervico -vaginal était normal. La patiente avait bénéficié d'un traitement conservateur à raison de 2 séances de PDT avec comme agent photosensibilisant l'aminolévulinate de méthyle (Metvixia) à raison de 100 J/cm² à une semaine d'intervalle. Les suites étaient simples. Bien que le contrôle clinique et dermoscopique avait montré un aspect normal de la muqueuse, nous avons opté pour un complément par l'Imiquimod 5 % pendant 3 mois.

Un contrôle histologique, après 3 mois de traitement, n'avait pas objectivé de cellules tumorales. Avec un recul de 9 mois.

Discussion

La maladie de bowen vulvaire peut évoluer vers un carcinome épidermoïde invasif, elle peut survenir à tout âge, particulièrement la femme âgée de plus de 60 ans. La décision thérapeutique prend en compte la taille et le nombre des lésions, et l'âge de la patiente. Quoiqu' elle ' a l'avantage du contrôle histologique, la chirurgie au niveau vulvaire peut être délabrante et mutilante avec des suites lourdes. La récurrence reste fréquente. De même que les traitements physiques (cryothérapie, électrocoagulation). Les traitements chimiques (5 Flouoro- Uracil ,imiquimod), d'où l'intérêt d'un traitement conservateur par la PDT surtout chez la femme en période d'activité génitale tel est notre cas. La douleur est gérée soit par sédation, soit par prémédication et l'usage du froid, ces 2 derniers étaient suffisants chez notre patiente, la PDT a permis un traitement non invasif, un résultat esthétique et fonctionnel satisfaisant. Nous avons opté pour un complément par l'Imiquimod vu son action immuno-modulatrice afin de potentialiser l'effet de la PDT et minimiser le risque des récurrences. Nous précisons que le traitement par Imiquimod seul, nécessite un traitement plus agressif, de durée prolongée et n'offre que des résultats partiels.

Conclusion

La PDT est un moyen thérapeutique efficace et non invasif pour la maladie de bowen vulvaire, procurant un bon résultat esthétique et fonctionnel, mais d'autres études sont nécessaires pour développer son utilisation dans le traitement de la maladie de Bowen dans la région vulvaire avec et sans complément thérapeutiques.

Attestations des
communications orales



Ancien N° de soumission : JDP2016/ABS-1730
Nouveau N° définitif : P345

Paris, le 16/09/2016

Mrs Saàdani Hassani Cheymae

Fès
Morocco

Cher (e) Collègue, Cher (e) Ami (e),

Le résumé (référence de soumission N° JDP2016/ABS-1730) que vous avez soumis pour présentation aux JOURNEES DERMATOLOGIQUES DE PARIS 2016 a été jugé de façon anonyme par le Comité de Sélection du congrès (3 lecteurs indépendants et une réunion plénière du Jury).

La décision finale a été **d'accepter** votre résumé **Carcinome basocellulaire pigmenté linéaire: Entité clinique exceptionnelle à localisation rare** comme communication **POSTER** sous le N° de référence définitif : **P345**.

Le numéro de votre poster sera indiqué dans le programme définitif des JDP 2016 et votre abstract sera publié sous ce même numéro dans les annales de dermatologie.

Veuillez noter que **chaque poster devra également être décliné en e-poster** (version électronique du poster).
Vous trouverez les consignes pour la préparation de ce e-poster sur ce site.

Vous voudrez bien dater et signer ce courrier d'acceptation de présentation et nous le retourner par fax ou e-mail dans les meilleurs délais.

Nous vous félicitons pour votre travail et vous prions de croire, Cher (e) Collègue, Cher (e) Ami (e), à l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Le Comité d'Organisation



A l'attention de Cheymae Saàdani Hassani - ch.saadani@gmail.com

Bonjour,

Nous vous contactons concernant la sélection des meilleurs posters des JDP 2016.

Nous avons le plaisir de vous annoncer que votre poster n°P345 – Carcinome basocellulaire pigmenté linéaire: Entité clinique exceptionnelle à localisation rare a été sélectionné pour une présentation en salle dans la Session des meilleurs posters.

Votre présentation est prévue comme suivant :

Nom de la session : Discussion des Posters Session 2

Date de la session : Vendredi 9 décembre 2017

Horaire de la session : 16:15 - 17:45

Ordre dans la session : 23

Vous aurez un temps de présentation très court (1 minute maximum) : vous n'aurez droit qu'à deux diapositives pour résumer les points importants de votre travail. Les auditeurs ayant déjà lu votre poster, il s'agit de leur rappeler très brièvement de quoi il s'agit et surtout de répondre à leurs questions.

Vous avez la possibilité de télécharger le template de présentation en cliquant sur ce [lien](#).

Nous vous invitons à vous rendre en salle de préprojection (salle 353, 3^e étage), au minimum une heure avant le début de votre session, afin de déposer votre présentation.

Nous vous félicitons pour votre travail et vous prions de croire, Cher (e) Confrère, Cher (e) Ami (e), à l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Le Comité d'Organisation

de métastases à distance. L'identification d'une forme superficielle est intéressante, bien que le faible nombre de cas rapportés ne permette pas, à ce jour, de suspecter son meilleur pronostic, comme c'est le cas de la forme superficielle des léiomyosarcomes.

Conclusion Le SFMBG est une tumeur rare dont les critères diagnostiques, morphologiques et immunophénotypiques bien définis permettent sa distinction parmi les sarcomes des tissus mous mésoenchymateux. Les dermatologues doivent connaître l'existence de formes superficielles parmi les autres sarcomes cutanés rares.

Mots clés Fibrosarcome ; Sarcome fibromyxioïde de bas grade

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

* Les illustrations et tableaux liés aux abstracts sont disponibles à l'adresse suivante : <http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2016.10.004>.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2016.09.619>

P345 Carcinome basocellulaire pigmenté linéaire : entité clinique exceptionnelle à localisation rare*



C. Saadani Hassani*, I. Assenhaji, G. Senhaji, S. Gallouj, H. Baybay, F.Z. Mernissi

Dermatologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc

* Auteur correspondant.

Introduction Le carcinome basocellulaire pigmenté à disposition linéaire constitue une variante morphologique distincte et rare. Le premier cas a été décrit par Lewis en 1985, et depuis, seulement 37 cas ont été signalés. Le site le plus commun est la région périorbitaire. Nous rapportons un nouveau cas d'un carcinome basocellulaire pigmenté à disposition linéaire développé au niveau de l'épaule.

Observations Ce patient de 57 ans, sans antécédents pathologiques, présentait depuis 1 an une lésion pigmentée à disposition linéaire, siégeant au niveau de l'épaule droite. Il rapportait la notion de manipulation d'une papule au même site avant la symptomatologie. L'examen clinique trouvait une plaque pigmentée, linéaire, mesurant 4 cm de grand axe, bien limitée, avec des érosions et des croûtes en son centre. Le diagnostic différentiel se posait essentiellement avec un mélanome, un carcinome épidermoïde pigmenté ou un angioépithéliome linéaire. La dermoscopie objectivait des nids ovoïdes, un aspect digitiforme en périphérie, des télangiectasies et une vascularisation en tronc d'arbre, ainsi qu'une ulcération centrale, avec absence d'un réseau pigmenté. Le diagnostic de carcinome basocellulaire pigmenté était confirmé par l'histologie, qui montrait une prolifération tumorale faite de cellules basaloïdes, disposées en cordons à contours palissadiques, un cytoplasme basophile et parfois pigmenté, et des fentes de rétraction. Une exérèse chirurgicale avec marges était réalisée, avec étude histologique concluant à un carcinome basocellulaire nodulaire et pigmenté, avec marges saines (Fig. 1 et 2).

Discussion Notre cas décrit une forme rare de carcinome basocellulaire pigmenté linéaire, avec les mêmes caractéristiques que celles rapportées dans la littérature. Néanmoins, la localisation la plus fréquente décrite est la région périorbitaire. La localisation au niveau de l'épaule est exceptionnelle. La majorité des carcinomes basocellulaires linéaires sont orientés selon les lignes de tension de la peau, cette disposition linéaire pouvant être expliquée par plusieurs mécanismes, dont l'effet Koebner, comme chez notre patient. La dermoscopie permet d'orienter le diagnostic du carcinome basocellulaire avec les nids ovoïdes, l'ulcération et les télangiectasies. Le diagnostic est confirmé par l'histologie, le carcinome basocellulaire nodulaire représentant le sous-type histologique le plus souvent rapporté. L'orientation selon les lignes de tension permet une exérèse chirurgicale facile avec une bonne

cicatrisation. Toutefois, l'extension latérale de la tumeur exige une exérèse avec des marges de sécurité.

Conclusion Le carcinome basocellulaire pigmenté linéaire est une variante morphologique rare, d'où l'intérêt de la dermoscopie qui permet de redresser le diagnostic permettant une prise en charge adéquate.

Mots clés Carcinome basocellulaire ; Carcinome basocellulaire pigmenté linéaire

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

* Les illustrations et tableaux liés aux abstracts sont disponibles à l'adresse suivante : <http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2016.10.004>.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2016.09.620>

P346

Traitement des carcinomes basocellulaires du nez par radiothérapie de contact : expérience du centre Léonard de Vinci de Douai*



C. Fievet^{1,*}, E. Desmedt², L. Mortier¹, F. Darloy³, T. Leroy³

¹ Dermatologie, CHRU de Lille, France

² Dermatologie, CH Douai

³ Radiothérapie, centre Léonard-de-Vinci, Douai, France

* Auteur correspondant.

Introduction Le traitement de première intention des carcinomes basocellulaires (CBC) est la chirurgie ; néanmoins, en cas de localisation nasale, elle peut être difficile. La radiothérapie est alors une option très intéressante, notamment la radiothérapie de contact (RC). Nous rapportons l'expérience du centre de radiothérapie de la ville de Douai.

Matériel et méthodes Nous avons réalisé une étude rétrospective entre décembre 2011 et juin 2014 sur les patients traités par RC pour un CBC du nez. La chirurgie était exclue en réunion de concertation pluridisciplinaire selon l'âge du patient et ses comorbidités. Les traitements étaient réalisés par photonothérapie de basse énergie 50 kV. Nous avons réalisé un entretien téléphonique avec les patients afin de s'assurer de l'absence de récurrence (suivi dermatologique régulier). Une évaluation des toxicités et du résultat esthétique était également réalisée. L'aspect esthétique était coté par le patient de 0 (résultat médiocre) à 10 (résultat excellent).

Résultats Cent vingt-neuf lésions chez 121 patients ont été traitées. Les localisations tumorales étaient la pointe du nez (45 lésions), l'aile du nez (58 lésions), le sillon naso-génien (8 lésions), l'arête du nez (12 lésions), la racine du nez (5 lésions), la narine (1 patient). La dose délivrée médiane était de 45 Gy (36–56), fractionnés en un nombre médian de séances de 15 (10–17) et une dose médiane par fraction de 3 Gy. L'âge médian des patients lors du traitement était de 82 ans. Après un suivi médian de 29 mois (5 à 49 mois), 16 patients ont été perdus de vue. Sur les 105 patients évaluable, on retrouvait 7 récurrences locales soit un taux de contrôle local de 96,8 % IC 95 % [93,1–100] à 2 ans et de 88,9 % IC 95 % [80,7–97,1] à 5 ans. Seuls 2 patients décrivaient lors de l'entretien une sécheresse muqueuse. Le score moyen obtenu lors de l'évaluation esthétique était de 9,13. La note minimale était de 6 (Fig. 1 et 2).

Discussion La RC n'a jamais été évaluée spécifiquement dans le traitement des CBC du nez. La chirurgie sur la pointe du nez donnant parfois en cas de lésion étendue un résultat moyen, la RC dans cette localisation paraît intéressante. Dans le cadre de CBC des paupières, les études suggèrent un excellent contrôle local ainsi qu'un bon résultat esthétique. Plusieurs autres études mettent en évidence un contrôle similaire avec la RC et la radiothérapie conventionnelle. La RC semble obtenir une efficacité comparable avec un schéma de traitement moins contraignant pour le patient et des effets indésirables moindres.



	ROYAUME DU MAROC Université Sidi Mohamed Ben Abdellah Faculté de Médecine et de Pharmacie Fès	
Attestation		
Le Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès Atteste que:		
Le Docteur <u>Cheymae Saadani Hassani</u>		
a présenté une communication orale intitulée Dermoscopie du Bowen Vulvaire : du Diagnostic au Suivi		
Lors du 8^{ème} SEMINAIRE DE DERMATOSCOPIE Le 30 Juin 2018 à Ifrane.		
Le Vice Doyen		Pr. Fatima Zahra MERNISSI



**Attestation de présentation d'une
communication orale**

Le bureau de la société Marocaine de Dermatologie Pédiatrique atteste que le
Docteur : **C.H.Saàdani**
a participé par une communication orale intitulée:

Erysipèle du nourrisson et de l'enfant : à propos de 30 cas pédiatriques
au congrès national de dermatologie pédiatrique les 16-17 Novembre 2018.

La secrétaire générale :
Pr Hocar Ouafa

*Société Marocaine de
Dermatologie Pédiatrique*
Pr Hocar Ouafa

Le président :
Pr Amal Said
LA SOCIÉTÉ MAROCAINE
DE DERMATOLOGIE
PÉDIATRIQUE

Pr Amal Said

COMMUNICATIONS

AFFICHEES :

***Titres**

***Résumés**

***Attestations**

Titres :

Auteur initial :

5ème séminaire de formation en dermoscopie, Fès 2015

- **MALADIE DE KAPOSI : Aspect dermoscopique typique :**

C.H. Saàdani ,M. Meziane, S. Guallouj , F.Z. Mernissi
Service de dermatologie, CHU Hassan II , Fès

**XXIIème Congrès Magrébin de Dermatologie, Algerie
Octobre 2015**

- **L'érysipèle: Expérience du service de Dermatologie au CHU Hassan II de Fès (à propos de 115 cas) :**

C.Saàdani, N. Amraoui, S. Gallouj, F.Mernissi
Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès

- **Amélioration spectaculaire d'un pemphigus de Neumann, traité par érythromycine: à propos d'un cas**

C.H.Saàdani, S.Gallouj, M.Meziane, W.Slaoui, F.Z.Mernissi
Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès

**VIIIème congrès Franco-Maghrebin de dermatologie
pédiatrie, Marrackech 2016**

- **Psoriasis et Glycogénose, association ou simple Hasard ?à propos d'un cas**

C.H.Saàdani, KH.Elboukhari. H.Baybay.FZ.Mernissi
Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès

- **Sycosis staphylococcique pubien chez une jeune fille: Localisation exceptionnelle**C.H.Saàdani, G.Senhaji, S.Gallouj, FZ.Mernissi
Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès

**XXIX ème Congrès national de dermatologie couplé au
Séminaire du psoriasis et à la journée de l'infirmier en
Dermatologie
Maroc, Octobre 2016 :**

- **Dermatose cendrée de Ramirez et Diabète : Association ou simple Hasard ?**
C.H.Saàdani, Z.Douhi, H.Baybay, F.Z.Mernissi
Service de dermatologie, CHU Hassan II , Fès

**XXIII ème Congrès maghrébin de Dermatologie
Hammamet, Tunis Octobre 2016 :**

- **Maladie de Grover et l'arthrite juvénile idiopathique systémique chez un enfant : à propos d'un cas**
C.H.Saàdani, H.Baybay, F.Z.Mernissi
Service de dermatologie, CHU Hassan II , Fès
- **Erysipèle de la face au service de dermatologie du CHU Hassan II Fès (à propos de 13 cas)**
C.H.Saàdani, A.E.Alaoui, H.Baybay, F.Z.Mernissi
Service de dermatologie, CHU Hassan II , Fès

**XXIV ème Congrès maghrébin de dermatologie couplé au
XXX congrès national de Dermatologie
Maroc, Octobre 2017 :**

- **Maladie de bowen vulvaire traitée par PDT : à propos de deux cas :**
C.H.Saadani, K.Achehboun, K.Laamari , A. Lahlou, H.Baybay, S.Gallouj, FZ. Mernissi
Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès
- **Aspects épidémiologiques et facteurs de risque des érysipèles des membres supérieurs**
C.H.Saàdani, A.E.Alaoui, A.Lamouaffaq, H.Baybay, S. Gallouj, F.Z.Mernissi
Service de dermatologie, CHU Hassan II , Fès
- **Erythralgie et diabète de type 1 : A propos d'un cas**
C.H.Saàdani, H.Baybay, G.Senhaji , S.Benkirane, S. Gallouj, F.Z.Mernissi
Service de dermatologie, CHU Hassan II , Fès

**3 ème Journées Scientifiques Internationales du
service d'Oncologie médicale au CHU Hassan II de
Fès, septembre 2017 :**

- **Erysipèle sur pte d'un cancer du sein : à propos de 23 cas**
C.H.Saàdani, A.E.Alaoui , H.Baybay, S. Gallouj. F.Z.Mernissi
Service de dermatologie et vénérologie CHU Hassan II, Fès

**XXXI ème Congrès national de Dermatologie
Maroc, Octobre 2018 :**

- **Actinomyose cutanée primitive mimant une tuberculose scrofuloderme : A propos d'un cas :**

C. Saàdani Hassani, I.Assenhaji, H.Baybay ; S.Elloudi ; FZ.Mernissi
Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès

- **Carcinome basocellulaire linéaire et pigmentée de la paupière inférieure : variante morphologique exceptionnelle :**

C. Saàdani Hassani*, I. Assenhaji, H. Baybay, S.Elloudi, F.Z. Mernissi
C.A.Filali,M.Abdallaoui,F.Charibi ;I.A.. Benatiya
Service de Dermatologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc
Service d'ophtalmologie, CHU Hassan II, Fès,Maroc

- **Lupus-engelure : Une présentation inhabituelle d'une affection courante:**

C. Saàdani Hassani, S.Zinoune ; S.Elloudi ; H.Baybay ;FZ.Mernissi
Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès

- **Pustulose sous cornée de Sneddon et hypercalcémie au cours d'une grossesse : Associations inhabituelles :**

C. Saàdani Hassani; S.Zinoune ; H.Baybay ; S.Elloudi ; FZ.Mernissi
Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès

- **Tuberculose sporotrichoïde-like : Aspect clinico-dermoscopique inhabituel d'une tuberculose gommeuse chez un enfant:**

C.Saadani Hassani, S.Mrabet, J.Ziani, H.Baybay ; F.Z.Mernissi
Service de dermatologie CHU Hassan II, Fès

**25nd congress of the european academy of dermatology
and venerology 2018:**

- **An isolated Collagenoma: a clinical and dermoscopic aspect : about a rare presentation:**

C.Saadani Hassani, K.Laamari, H.Baybay ; F.Z.Mernissi

Departement of dermatology, CHU Hassan II,Fès

- **Basosquamous Carcinoma: Report of Two Cases :**

C.H.Saàdani, H.ElMahi,Kh.Elboukhari, H.baybay, S. Gallouj, FZ.Mernissi

Departement of Dermatology, CHU Hassan II , Fes, Morocco

- **Erysipelas of the upper extremity following locoregional therapy for breast cancer : (25 cases)**

C.Saadani Hassani , S;Zinoune, A.Alaoui , H.Baybay, Z.Douhi , F.Z.Mernissi

Department of Dermatology, Hassan II hospital, Fes, Morocco

- **Epidemiology of hospital-acquired infections in the Department of Dermatology at the Hassan II Hospital in Fez (about 36 cases)**

C.H.Saàdani, S.Zinoune, H.baybay, S. Gallouj, FZ.Mernissi

Departement of Dermatology, CHU Hassan II , Fes, Morocco

- **Lichenoid Drug Eruption with anonychia Due to Antituberculous Drug: an unusual presentation :**

C.Saadani Hassani, S.Oukarfi, H.Baybay, Z.Douhi; F.Z.Mernissi

Departement of dermatology , Hassan II Hospital, Fès, Morocco

- **Diffuse melanosis cutis secondary to metastatic malignant melanoma : case report**

Ch.Saàdani (1), S.Gallouj(1) ; F.Z mernissi (1)S.Arifi (2) ; Mellas (2)

Service de dermatologie et vénérologie, CHU Hassan II, fès (1)

Service d'oncologie CHU Hassan II, fès (2)

- **Polymorphic light eruption complicated by cataract in a child: about a case:**

C.Saadani hassani;B.Assenhaji, M.Bennani,H.Baybay;F.Z.Mernissi

2.C.A.Filali,M.Abdallaoui, F.Chraibi, D.I.A.Benatiya

1-Departement of dermatology, CHU Hassan II,Fès

2-Deparytement of ophtalmology,CHU Hassan II,Fès

**X ème Congrès National de Dermato-pédiatrique
Marrakech, Novembre 2018 :**

- **Angiokératome circonscrit à disposition linéaire : A propos d'un cas pédiatrique :**
CH.Saadani, I.L.Assenhaji ;S.Elloudi ;H.Baybay ;FZ .Mernissi
Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès
- **Naevus de Becker : association et caractéristiques dermoscopiques :**
CH ;Saadani, I.Assenhaji ; S.Elloudi, H.Baybay ; F.Z.Mernissi
Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès

Congrès mondial 2019:

- **Herpes zoster on the face involving the trigeminal nerve**
CH.saadani, H.Baybay; S.Elloudi; F.Z.Mernissi
- **Lichen Nitidus : Clinical aspect and dermoscopic features:**
CH.Saadani,
- **Staphylococcie maligne de la face compliquée d'une thrombophlébite faciale mortelle chez un immuno-compétant : Une affection à redouter :**
C. Saàdani Hassani, S.Elloudi, H.Baybay ;F.Z ; Mernissi
Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès

16 ème congrès du CODEPCA Mars 2019:

- **Erysipèle chez le diabétique : une comorbidité de 75 cas :**
C. Saàdani Hassani, H.Baybay ;I.Assenhaji, S.Elloudi ;Z.Douhi, F.Z ; Mernissi
Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès

Co-auteurs :

7^{ème} journée scientifique de la SMAMM :

- Infections a staphylocoque aureus resistant à la meticilline au service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès : Epidemiologie et profil de resistance
Khlil sara, Bouchareb Z, Bennani Z., YahyaouiG ; Mahmoud.M
Saadani hassani Cheymae ; Zinoune S ; Bettioui A ; Baybay ; H ; Gallouj ; H Mernissi F.Z

9^{ème} Congrès Fronco-Magrébin de dermatologie pédiatrique 2017

- **Dermatite atopique de l'enfant : à Propos de 136 cas**
S. Zinoune, H. Baybay, **C.H. Saadani**, S. Gallouj, F.Z. Mernissi.
- **Dermatite atopique : quand est il du wet wrapping?**
S. Zinoune, **C.H. Saadani**, H. Baybay, S. Gallouj, F.Z. Mernissi.

13^{ème} Congrès Magrébin de dermatologie 2016

- **Hidradénome à cellules claires : une localisation particulière.**
S. Zinoune, **C.H. Saadani**, H. Baybay, S. Gallouj, F.Z.Mernissi.
- **Mélanome achromique du cuir chevelu révélant un trio particulier.**
S. Zinoune, **C.H. Saadani**, S. Gallouj, H. Baybay, F.Z.Mernissi.
- **Phénomène de Baykal : un mystère encore mal compris**
S. Zinoune, **C.H. Saadani**, S. Gallouj, H. Baybay, F.Z.Mernissi.

XXIV^{ème} Congrès Magrébin de Dermatologie couplé XXX^{ème} Congrès National de Dermatologie

- **Changements unguéaux secondaires aux Taxanes**
O.EL Jouari, K.Moustaide, **CH.Saadani**, H.Chaouche, H.Baybay, S.Gallouj, F.Z.Mernissi
- **Chromonychie chimio-induite**
O.EL Jouari, K.Moustaide, **CH.Saadani**, H.Chaouche, H.Baybay, S.Gallouj, F.Z.Mernissi

12^{ème} Journées scientifiques et culturelles d'Internat et de résidanat de Fès

- **Une complication spécifique du Docétaxel**
O.El Jouari, K.Moustaide, **Ch.Saadani Hassani**, H.Baybay, S.Gallouj, F.Z.Mernissi

31^{ème} Congrès national de la Société Marocaine de Dermatologie . Marrakech octobre 2018

- **Transformation sarcomateuse d'un neuro fibrome plexiforme géant de la région pelvienne (à propos d'un cas)**

I.Assenhaji ;G.Senhaji ;**CH.Saadani** ; A.Lamouaffaq ; S.Elloudi ; H.Baybay ; F.Z.Mernissi

- **Démodécidose révélant une sérologie HIV positive**

Assenhaji ;**CH.Saadani** ; S.Elloudi ; H.Baybay ; F.Z.Mernissi

- **Un mycétome du pied : à propos d'un cas**

I.Assenhaji ;**CH.Saadani** ; H.Baybay ;S.Gallouj, F.Z.Mernissi

- **Erysipèle sur moignon d'amputation d'une jambe : à propos d'un cas**

Assenhaji ;**CH.Saadani** ; G.Senhaji ; A.Lamouaffaq ; S.Elloudi ; H.Baybay ; F.Z.Mernissi

X^{ème} Congrès National de Dermato-pédiatrie Marrakech, Novembre 2018 :

- **Cutis Marmorata chez un nourrisson**

S.Mrabet, **CH.Saadani**, H.Baybay, S.Elloudi, F.Z Mernissi

Résumés des communications affichées

L'érysipèle: Expérience du service de Dermatologie au CHU Hassan II de Fès

(à propos de 115 cas)

C.Saàdani, N. Amraoui, S. Gallouj, F.Mernissi

Introduction :

L'érysipèle est une infection cutanée aigue atteignant le derme et l'hypoderme classiquement due au streptocoque B hémolytique du groupe A. Le diagnostic est clinique, et l'évolution est généralement favorable sous traitement antibiotique.

Matériel et méthodes :

Etude rétrospective qui prend en compte 115 patients hospitalisés pour érysipèle menée au service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès, sur une période de 5ans, depuis Mars 2010 à Mai 2015, afin d'étudier le profil épidémiologique-clinique, thérapeutique et évolutif de l'érysipèle en milieu hospitalier.

Résultats :

Parmi les malades, 115 cas admis au service pour érysipèle ont été étudiés avec une moyenne de **durée d'hospitalisation** de dix jours. **L'âge moyen** des patients était de 55,2 ans. Les patients ont été répartis en 51 hommes (44,35%) et 64 femmes (55,65 %). Les **ATCD** pathologiques les plus rapportés étaient l'**obésité** (40%), le **diabète** (31,3%), les **maladies cardio-vasculaires** (29,57%), et le **tabagisme** (28,07%). Localement, 20,87% des patients avaient un **lymphœdème**, 20% des signes **d'insuffisance veineuse**, et 5,22% un **ulcère de jambe**. **La porte d'entrée** était un intertrigo interorteils mycosique dans 52,63 % des cas, une plaie dans 15,79% des cas, ou une brûlure (2,63%). Il s'agissait d'une **première poussée** dans 76,52%, et d'une 2^{ème} poussée voire plus dans 23,48% des cas. Les **membres inférieurs** étaient touchés dans 81,58%, avec prédominance de la jambe droite (26,32%), de façon bilatérale (13,16%), membres supérieurs (9,65%), l'hémi thorax et la face (2,63%). Cliniquement, les **bulles** étaient présents dans 38,60%, les **érosions** (32,46%), et l'aspect **purpurique** dans 31,58% des cas. Une **ADP régionale** était retrouvée dans 28,95%, et une **lymphangite** dans 7,02%. Le score **LRINEC** était calculé > 6 chez 20% des patients .

Le **traitement** de première intention était l'association amoxicilline – acide clavulanique dans 73,68% par voie parentérale, puis la Pénicilline G dans 8,77%. **L'évolution** a été favorable dans 59,65% des cas, avec un délai moyen d'apyrexie de 0,6 jour. 40,35% ont développé des **complications précoces**, dominées par la décompensation du diabète dans 21,93%, l'abcès dans 17,54%, et une fasciite nécrosante dans 4,39% des cas, nécessitant un traitement chirurgical dans 14,03%. Une **prévention** par l'extencilline a été instaurée chez 42,11% des patients.

Discussion :

Nos résultats sont comparables avec les données de la littérature en ce qui concerne la prédominance féminine, l'âge moyen de 55 ans, les facteurs favorisants notamment l'obésité et le diabète, la localisation au niveau du membre inférieur, et la présence de la porte d'entrée en particulier l'intertrigo interorteil.

Néanmoins, certaines particularités de l'érysipèle sont à souligner dans notre étude : 1) la fréquence des formes récidivantes (23%), mettant l'accent sur la priorité qu'on devrait attribuer à la prise en charge des facteurs favorisants locaux et généraux ; 2) la rareté de l'atteinte faciale 3) la fréquence des lymphœdèmes comme facteur favorisant l'érysipèle avec un taux > à 20% ; 4) calcul du score de LRINEC qui a été significatif dans 20% des cas, et qui peut constituer un facteur prédictif de complications; 5) un taux plus élevé de survenu d'abcès (17,54%), probablement dû à la nature de notre institution de santé qui reçoit les cas les plus sévères de dermo-hypodermes.

Enfin, la pénicilline reste le traitement de choix avec une évolution favorable dans la majorité des cas. Une antibioprophylaxie à long cours reste une bonne alternative pour éviter les récives.

Conclusion :

L'érysipèle est une pathologie infectieuse fréquente.

La prise en charge des facteurs de risque, le diagnostic précoce et l'initiation rapide d'une antibiothérapie adaptée en ambulatoire permettent de limiter le recours à des hospitalisations lourdes pour le patient et la société.

Amélioration spectaculaire d'un pemphigus de Neumann, traité par érythromycine : à propos d'un cas

CH.Saàdani, S. Gallouj, M.Meziane, F.Z.Mernissi
Service de dermatologie, CHU Hassan II , Fès

Introduction :

Le pemphigus végétant est une forme rare du pemphigus profond. Il se manifeste par des lésions végétantes essentiellement au niveau des plis. Nous en rapportant un cas avec atteinte de la muqueuse buccale ayant répondu de façon spectaculaire à l'érythromycine.

Résultats :

Patient M.Z de 35 ans, avait présenté des placards végétants papillomateux non infiltrants, bien limités, localisés au niveau de l'abdomen, de la cuisse droite et des plis inguinaux, une omphalite, avec des lésions hypertrophiques végétantes au niveau des commissures labiales ainsi qu'une langue fissuraire et érosive.

La *biopsie cutanée* a montré une hyperplasie papillomateuse hyperkératosique, avec un clivage acantholytique suprabasale, réalisant l'aspect d'une bulle avec présence de quelques polynucléaires, le derme est le siège d'un infiltrat polymorphe. L'IFD a montré un dépôt d'IgG et de C3 en mailles de filet et l'IFI a révélé la présence d'anticorps anti-substance intercellulaire positifs à 640UI/ml.

Par ailleurs, la sérologie hépatique B était positive, contre-indiquant la corticothérapie orale. Le patient était mis alors sous érythromycine 1g/jour pour un poids de 45kg.

L'évolution était marquée par un affaissement des lésions dès la première semaine du traitement avec absence d'apparition de nouvelles lésions avec un recul de 5 mois

Discussion :

Le pemphigus végétant est une variété rare (1 à 2 %) dont la forme de Neumann, qui est caractérisée par des érosions post-vésiculeuses ou post-bulleuses, à cicatrisation végétantes, comme décrit chez notre patient. Les lésions siègent principalement au niveau des plis, avec atteinte possible des ongles et du cuir chevelu.

L'atteinte muqueuse y est plus rare, prenant un aspect cérébriforme de la langue, comme c'était le cas de notre patient.

La physiopathologie ferait intervenir des facteurs locaux (occlusion, macération) et généraux (Présence d'IgG anti desmoglérine-3-1, la desmocolline-1 et -2 et la périplakine).

Cette forme clinique de pemphigus est résistante aux traitements et nécessite de fortes doses de corticoides avec parfois l'association à d'autres traitements immunosuppresseurs.

Devant la contre indication infectieuse que présentait le malade, l'érythromycine était une alternative thérapeutique. En effet, outre l'effet bactériostatique, l'érythromycine exerce un effet anti-inflammatoire, en diminuant la production des cytokines pro-inflammatoires. Cette molécule inhibe également le chimiotactisme des neutrophiles, la prolifération des lymphocytes, et l'activité des éosinophiles, ainsi qu'une modulation de l'expression des gènes impliqués dans la réponse immunitaire et dans l'inflammation.

Vu l'ensemble de ces propriétés, l'érythromycine a été ainsi utilisée dans d'autres dermatoses inflammatoires chroniques: Pemphigoïde bulleux, dermatite à IgA linéaire, dermatite atopique. Notre cas suggère son efficacité également dans le pemphigus végétant, épargant ainsi les effets secondaires d'une corticothérapie orale à long cours.

Conclusion :

L'érythromycine a prouvé son efficacité dans le pemphigus végétant, et constitue donc une bonne alternative thérapeutique à la corticothérapie..

Psoriasis et Glycogénose, association ou simple Hasard ? à propos d'un cas C.H.Saàdani, KH.Elboukhari. H.Baybay.FZ.Mernissi Service de dermatologie, CHU Hassan II , Fès

Introduction :

La glycogénose de type I est une maladie exceptionnelle, due à un déficit du transporteur de la 6-glucose-phosphatase. Elle se caractérise principalement par des troubles métaboliques associant l'hypoglycémie, l'hyperlactacidémie et une prédisposition aux infections staphylococciques liée à une anomalie des polynucléaires neutrophiles.

Nous rapportons le cas d'un enfant atteint d'une glycogénose de type I qui a développé un psoriasis vulgaire, et discutons la signification possible de cette association qui, à notre connaissance, n'a pas été décrite jusqu'ici dans la littérature médicale.

Observation :

Un enfant de 6 ans, sans ATCD personnel ou familial particuliers, suivie depuis l'âge de 2 ans pour une glycogénose de type I, développait depuis un mois, des plaques érythémateuses dispersées sur tout le corps, non prurigineuses et indolores. L'examen clinique trouvait un enfant avec un retard staturo-pondéral à -2 DS, un abdomen distendu, avec une hépato-splénomégalie associé à un psoriasis vulgaire en plaque du dos, des fesses et au niveau des 2 plis axillaires. L'enfant était mise sous dermocorticoïde classe forte avec bonne amélioration clinique.

Discussion

La glycogénose de type 1 ou maladie de Von Gierke est une maladie héréditaire rare du métabolisme du glycogène, elle est due au déficit de l'activité du glucose-6-phosphatase dans l'hépatocyte. Cliniquement, elle associe une hépatomégalie dès l'âge de 4 mois et plus rarement une splénomégalie, une hypoglycémie et une acidose lactique, un retard de croissance et une hypotonie musculaire, elle se manifeste aussi par des infections récidivantes. Le profil biologique est caractéristique, associant une hypoglycémie, une hyperlactatémie, une hypertriglycémie et une hyperuricémie, conséquences directes du déficit enzymatique. Ce désordre métabolique chez l'enfant, mimant le syndrome métabolique de l'adulte, pourrait expliquer la possibilité de survenue d'un psoriasis chez notre patiente, étant donné que l'association du psoriasis chez l'adulte et le grand enfant et un syndrome métabolique a été bien démontrée dans plusieurs études publiées dans les différentes revues de littérature. Cette association inédite méritait cependant d'être signalée, en dépit de sa signification encore incertaine.

Conclusion :

Nous rapportons une observation originale associant un psoriasis et une glycogénose de type I chez un enfant. Cette association assimilée à un syndrome métabolique reste hypothétique.

Sycosis staphylococcique pubien chez une jeune fille: Localisation exceptionnelle

C.H.Saàdani, G.Senhaji, S.Gallouj, FZ.Mernissi
Service de dermatologie, CHU Hassan II , Fès

Introduction :

Le sycosis staphylococcique est une variété rare de folliculite profonde causé par le staphylocoque Doré .Il se présente sous la forme de placards inflammatoires pustuleux, entretenus par le rasage et une mauvaise hygiène.Il affecte principalement les régions pileuses du visage.

Nous présentons une localisation rare de sycosis staphylococcique au niveau du pubis et vulve ,chez une adolescente.

Observation :

Une jeune fille de 15 ans, sans ATCD pathologiques notables, consultait pour des lésions cutanées douloureuses, de siège pubien et vulvaire, évoluant depuis deux mois, mise sous dermocorticoïdes et Antibiotique (Amoxicilline protégée 6g pendant 3 jours) sans amélioration et avec aggravation de la symptomatologie. La patiente rapportait la notion de rasage des poils de pubis avant la symptomatologie. L'examen dermatologique montrait un placard érythémato-oedémateux, infiltré, prenant le pubis et la vulve ,surmonté de pustules et de croûtes méléricériques , avec issue de pus à la pression, associé à une dépilation partielle. Par ailleurs, on notait des pustules folliculaires au niveau du tronc et des cuisses.

La dermoscopie était non spécifique, montrant des pustules folliculaires et une anisotrichie pubienne.

Un prélèvement de pus avec étude bactériologique montrait une infection à staphylocoque Doré , alors que l'examen mycologique était négatif .

Le diagnostic d'un sycosis staphylococcique pubien était retenu.

La patiente était mise sous acide fucidique 1g par jour 10 jours , avec traitement local par un antiseptique et crème à base de cuivre zinc. L'évolution était favorable avec désinfiltration du placard.

Discussion :

Le pubis et la vulve constituent une localisation exceptionnelle du sycosis staphylococcique. Les cas pédiatriques sont rares. Il se voit essentiellement chez l'homme après puberté au niveau de la barbe.

Il est souvent secondaire à une inoculation par le rasoir. Il débute par des points de folliculite banals, superficiels, qui s'étendent progressivement pour former des nappes de pustules folliculaires reposant sur une base érythémateuse surélevée. Les lésions sont parfois plus infiltrées, constituées de nodules épais criblés de pustules et de trous suppurants.

Le diagnostic de sycosis du pubis peut parfois être difficile à établir face à d'autres diagnostics tels qu'un kérion celse pubien, un psoriasis pustuleux, voire une manifestation cutanée d'un crohn. L'infiltration du placard et issue de pus et la présence de pustules folliculaires à distance orientent vers le diagnostic.

Le traitement anti-staphylococcique du pubis paraît efficace et suffisant. L'évolution sous traitement, se fait généralement sans séquelles .

Dermatose cendrée de Ramirez et diabète : association ou hasard ?

C. Saàdani Hassani, Z.Douhi ; H.Baybay ; S.Elloudi, FZ.Mernissi
Service de dermatologie – CHU Hassan II, Fès

Introduction:

la dermatose cendrée de Ramirez, encore appelée Erythema dyschromicum perstans (EDP) est une hypermélanose acquise rare qui s'observe surtout chez les adultes et spécialement les femmes. Sa pathogénie est toujours inconnue, et son association avec des troubles métaboliques n'a jamais été rapportée.

Observation:

Il s'agit d'une patiente de 29 ans, diabétique depuis 10 ans sous insuline, consultait pour une éruption cutanée prurigineuse faite de multiples macules érythémato-brunâtres plus marquées au niveau des flancs, évoquant un pityriasis versicolor (PV), pour laquelle la patiente était traitée par un anti-mycosique. L'évolution était marquée par l'apparition de macules gris ardoisé au niveau lombaire et les 2 cuisses. Une biopsie cutanée faite montrait une dermite d'interface avec incontinence pigmentaire, concluant à un aspect histologique d'EDP. La photoprotection et les dépigmentants ont été essayés chez notre patiente mais sans efficacité.

Discussion:

L'EDP est une hypermélanose idiopathique acquise rare et bénigne initialement décrite par Ramirez CO en 1967. Cliniquement, elle se caractérise par une éruption symétrique étendue constituée de macules gris ardoisé à bordures érythémateuses et d'évolution chronique. Elle atteint, le plus souvent, les adultes de sexe féminin. La confusion avec le PV a déjà été rapportée suggérant que le PV pourrait constituer la phase aiguë de EDP. Son étiologie est inconnue. Une origine post-inflammatoire est probable compte tenu des aspects histologiques observés : dermite d'interface avec incontinence pigmentaire. L'association à une immunodépression et une maladie auto-immune comme le diabète n'a jamais été rapportée, cela suscite à s'interroger sur la causalité de cette association.

Conclusion :

L'EDP est une pathologie chronique exclusivement cutanée. Il n'existe aucun traitement spécifique, et l'amélioration complète est rarement observée.

Maladie de Grover et l'arthrite juvénile idiopathique systémique chez un enfant : à propos d'un cas :

C.H.Saàdani, H.Baybay, FZ.Mernissi
Service de dermatologie, CHU Hassan II , Fès

Introduction :

La maladie de Grover (MG), décrite par Grover en 1970, est une dermatose acantholytique transitoire touchant le plus souvent le tronc. Son étiologie est controversée.

L'arthrite juvénile idiopathique systémique ou maladie de Still est une maladie auto-inflammatoire systémique caractérisée par la triade de fièvre quotidienne prolongée, arthrite et éruption cutanée maculeuse fugace.

Nous rapportons une nouvelle observation de la MG au cours d'une arthrite juvénile idiopathique systémique chez un enfant.

Observation :

Une jeune fille de 14 ans, sans ATCD pathologiques particuliers, présentait une fièvre prolongée, des poly arthralgies périphériques et axiales et une éruption prurigineuse au niveau du tronc, du dos et la racine des membres. L'examen clinique trouvait une malade en mauvais état général, fébrile à 40 degré, des plaques érythémateuses papulo-kératosiques, lichénéfiées par endroits, au niveau du tronc, du dos et des faces internes des deux cuisses, associées à des polyarthrites avec synovites et déformations des petites articulations des mains et des pieds.

L'examen dermoscopique des lésions cutanées trouvait des zones brunâtres polygonales, ramifiées, avec une forme en étoile centrale, entourées d'un halo blanchâtre.

L'examen biologique trouvait un syndrome inflammatoire manifeste. L'examen radiologique montrait des adénopathies médiastinales et abdominales.

L'examen histologique montrait une acantholyse avec dyskératose permettant de retenir le diagnostic de MG.

Le diagnostic de maladie de Still était confirmé sur des critères clinico-biologiques.

La patiente était mise sous corticothérapie orale, Méthotrexate et un keratolytique locale .

L'évolution était marquée par la régression des lésions et du prurit, avec amélioration de l'état général et des signes articulaires.

Discussion :

La MG est une dermatose qui reste exceptionnelle chez l'enfant, caractérisée par des lésions papulo-vésiculeuses ou papulo-kératosiques sur le tronc et la racine des membres, associé à une image histologique d'acantholyse et de dyskératose focale.

Les facteurs étiologiques classiques sont une hypersudation ou une fièvre élevée, l'alitement prolongé ou l'association avec un cancer ou une hémopathie.

L'atteinte cutanée au cours de la maladie de still est indispensable pour le diagnostic de cette affection, et est caractérisée par une éruption maculeuse ou urticarienne fugace, ce qui n'est pas le cas pour notre patiente.

La survenue de la MG au cours de la maladie de still peut être expliquée soit par la fièvre élevée qui l'accompagne, soit par un mécanisme auto-inflammatoire caractérisant les deux pathologies. Une simple association fortuite ne peut être éliminée. Néanmoins, l'évolution en

poussées - rémissions et la réponse favorable au même traitement suggèrent que les deux affections ont un mécanisme physiopathologique commun.

Conclusion :

À notre connaissance, nous décrivons le premier cas de dermatose acantholytique transitoire associée à une arthrite juvénile idiopathique systémique chez un enfant, dont le mécanisme avancé reste hypothétique.

Erysipèle de la face au service de dermatologie du CHU Hassan II Fès (à propos de 13 cas)

C.H.Saàdani, A.E.Alaoui, H.Baybay, S. Gallouj. F.Z.Mernissi
Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès

Introduction

L'érysipèle est une infection cutanée aigue atteignant le derme et l'hypoderme classiquement due au streptocoque B hémolytique du groupe A. Sa localisation au niveau de la face est peu fréquente. Le but de notre travail était de documenter les aspects épidémiologiques et les facteurs de risque de cette topographie au service de dermatologie du CHU Hassan II Fès.

Matériel et méthodes

Etude rétrospective qui prend en compte 13 patients hospitalisés pour érysipèle de la face, menée au service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès, sur une période de 6ans, depuis Mars 2010 à juillet 2016

Résultats

Sur un effectif de 180 cas d'érysipèle, 13 cas étaient admis au service pour érysipèle de la face, avec une moyenne de durée d'hospitalisation de 5 jours. L'âge moyen des patients était de 43 ans dont deux enfants. Les patients étaient répartis en 5 hommes et 8 femmes avec un sexe ratio était de 0.62. Les **antécédents** pathologiques les plus rapportés étaient le **diabète (2 cas)**, les **maladies cardio-vasculaires** (1 cas), eczema de contact (1 cas) et l'**obésité (1 cas)**. La **prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens** ou de corticothérapie a été rapportée chez 2 patients. La porte d'entrée était retrouvée chez tous les patients, avec un intertrigo rétro-auriculaire mycosique chez 5 patients, une pustule chez 3 patients, une plaie chez 2 patients, un eczema surinfecté chez 1 patient, et un herpès labial chez 1 patient. L'érysipèle était récidivant chez seulement 1 patient. L'aspect clinique était un placard inflammatoire, avec des pustules chez 7 patients et des bulles chez 4 patients. Des signes généraux étaient présents chez 7 patients à type de fièvre. Une ADP régionale était retrouvée chez 6 cas. Le score LRINEC était calculé > 6 chez 3 patients.

Le traitement de première intention était l'association amoxicilline – acide clavulanique chez 10 cas par voie parentérale, puis l'association amoxicilline protégée, gentamycine et flagyl chez 3 cas. L'évolution était favorable dans 100% des cas, aucun patient n'a développé d'abcès. Une **prévention** par l'extencilline a été instaurée chez 1 cas de récurrence.

Discussion :

L'érysipèle est une infection cutanée qui siège le plus souvent au membre inférieur. Cependant, la localisation au niveau de la face reste peu fréquente.

Le diagnostic d'érysipèle de la face est habituellement facile. Les signes généraux sont souvent marqués. Le placard apparaît classiquement dans les 48 heures qui suivent le début de la fièvre. Il débute près de la porte d'entrée et s'étend de façon centrifuge pour prendre un aspect bilatéral en ailes de papillon.

Plusieurs facteurs favorisant la survenue de l'érysipèle ont été décrits, notamment l'existence d'une porte d'entrée tel qu'une lésion cutanée minime, une mycose rétro-auriculaire ou une

plaie, ou de facteurs généraux (diabète, hypertension artérielle ou AINS). Ces données sont comparables aux résultats de notre étude.

Enfin, la pénicilline reste le traitement de choix comme dans la forme classique de l'érysipèle, avec une évolution favorable dans la majorité des cas. Une antibioprophylaxie à long cours reste une bonne alternative pour éviter les récides

Conclusion

L'érysipèle de la face est peu fréquente et peu étudié dans la littérature. La présence d'une porte d'entrée locale et les facteurs généraux sont les facteurs favorisant les plus incriminés, d'où l'intérêt d'une bonne hygiène de traiter toute porte d'entrée.

Maladie de bowen vulvaire traitée par PDT : à propos de deux cas

C.H.Saadani, K.Achehboun, K.Laamari , A. Lahlou, H.Baybay, S.Gallouj, FZ. Mernissi

Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès

Introduction

La Maladie de bowen (MB) est un carcinome in situ, sa localisation vulvaire constitue un challenge thérapeutique, son traitement idéal doit être non seulement efficace, bien toléré, mais également associé à un résultat esthétique optimal, Dans ce contexte, la photothérapie dynamique (PDT) est une stratégie thérapeutique intéressante grâce notamment à des propriétés originales de sélectivité tumorale.

Nous rapportons les cas de deux patientes traitées efficacement par PDT et Imiquimod 5% comme complément thérapeutique pour une MB vulvaire.

Observations :

Observation 1 : Patiente N.Q, âgée de 47 ans, mariée, normoréglée, sans antécédents pathologiques notables, qui présentait un prurit vulvaire évoluant depuis 1 an. L'examen dermatologique avait objectivé une plaque au niveau de la grande lèvre, de 6 cm, érythémateuse bien limitée, de bords réguliers surmontée d'un enduit blanchâtre, non décollable, prenant la quasi-totalité de la plaque.

Observation 2 : Patiente F.A, âgée de 57 ans, mariée, diabétique et hypertendue, qui présentait un prurit vulvaire évoluant depuis 1 an. L'examen dermatologique avait objectivé un enduit blanchâtre, non décollable, siégeant au niveau de la petite lèvre

La dermoscopie avait montré chez les deux patientes une vascularisation glomérulaire homogène en faveur d'une maladie de bowen, confirmée par l'examen histologique et immunohistochimique.

Les patientes avaient bénéficié d'un traitement conservateur à raison de 2 séances de PDT avec comme agent photosensibilisant l'aminolévulinate de méthyle (Metvixia) à raison de 100 J/cm² à une semaine d'intervalle. Les suites étaient simples. Un complément par l'Imiquimod 5 % pendant 3 mois avait été instauré.

Un contrôle histologique, réalisée chez les 2 patientes, après 3 mois de traitement, n'avait pas objectivé de cellules tumorales.

Discussion

La MB ou carcinome in situ vulvaire se manifeste généralement par une plaque unique leucoplasique ou erythroplasique prurigineuse qui s'étend de façon centrifuge très progressivement sans guérison centrale. Elle peut évoluer vers un carcinome épidermoïde invasif et toucher la peau et les muqueuses buccale, et génitale.

Il existe plusieurs modalités thérapeutiques, chirurgicale, locale, et ablativ non chirurgicale.

La décision thérapeutique prend en compte la taille et le nombre des lésions, et l'âge de la patiente, mais aussi l'expérience du praticien et le choix du patient ainsi que son statut immunitaire. Quoiqu' elle a l'avantage du contrôle histologique, la chirurgie au niveau vulvaire peut être délabrante et mutilante avec des suites lourdes. La récurrence reste fréquente. Outre la photothérapie dynamique (PDT) est de plus en plus utilisée pour traiter les

cancers superficiels de la peau. Elle agit par l'intermédiaire d'un agent photosensibilisant déclenchant une réaction phototoxique qui produit de l'oxygène singulet et d'autres radicaux libres ayant des effets cytotoxiques et vasculotoxiques aboutissant à la nécrose et l'apoptose cellulaire

Plusieurs cas de maladie de Bowen traités favorablement par PDT ont été rapportés mais peu d'entre eux concernaient la localisation génitale. La douleur et l'érythème constituent les principaux effets secondaires de la PDT. Cependant, il a été rapporté que la taille de la lésion est le facteur prédictif de la douleur, plutôt que la source lumineuse.

La douleur est gérée soit par sédation, soit par prémédication et l'usage du froid, ces 2 derniers étaient suffisants chez nos patientes avec une analyse verbale

La PDT a permis un traitement non invasif, un résultat esthétique et fonctionnel satisfaisant. Nous avons opté pour un complément par l'Imiquimod vu son action immuno-modulatrice afin de potentialiser l'effet de la PDT et minimiser le risque de récurrence. Nous précisons que le traitement par Imiquimod seul, nécessite un traitement plus agressif, de durée prolongée et n'offre que des résultats partiels dans la littérature.

Conclusion

La PDT est un moyen thérapeutique efficace et non invasif pour la maladie de Bowen vulvaire de grande taille, procurant un bon résultat esthétique et fonctionnel, mais d'autres études sont nécessaires pour développer son utilisation dans le traitement de la maladie de Bowen dans la région vulvaire avec et sans complément thérapeutiques.

Aspects épidémiologiques et facteurs de risque des érysipèles des membres supérieurs;

C.H.Saàdani, A.E.Alaoui, A.Lamouaffaq, H.Baybay, S. Gallouj, F.Z.Mernissi
Service de dermatologie, CHU Hassan II , Fès

Introduction

L'érysipèle est une dermo-hypodermite infectieuse classiquement due au streptocoque B hémolytique du groupe A. Sa localisation aux membres supérieurs est peu fréquente. Le but de notre travail était de documenter les aspects épidémiologiques et les facteurs de risque de cette topographie au service de dermatologie du CHU Hassan II Fès

Matériel et méthodes

Etude rétrospective qui prend en compte les patients hospitalisés pour érysipèle du membre supérieur, menée au service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès, sur une période de 6ans, depuis Mars 2010 à Mars 2017

Résultats

Sur un effectif de 200 cas d'érysipèle, 35 cas admis au service pour érysipèle du membre supérieur ont été étudiés avec une moyenne de durée d'hospitalisation de 8 jours. L'âge moyen était de 51,1 ans. Le sexe ratio était de 0.25. 58.62% des patients avaient bénéficié d'une mastectomie sur néo du sein, 41.37% avaient un lymphoedème résiduel, et 50.68% étaient diabétiques et 31.1% étaient obèses. La porte d'entrée était retrouvé dans (70.02%) avec une plaie (31,03%), un intertrigo inter-digital (10,3%), la cicatrice de mastectomie (20.3%), et une tache escarotique (3%). L'érysipèle était récidivant dans 24,14% des cas. L'extension à l'hémi thorax et du pli axillaire homolatéral était retrouvée dans 17,24%. L'aspect clinique était un placard inflammatoire, avec des bulles dans 37,93%. Le score LRINEC était calculé > 6 chez 27,58% des patients Le traitement de première intention était l'association amoxicilline – acide clavulanique dans 86,20% par voie parentérale. L'évolution était favorable dans 65,51% des cas, alors que 13.79% ont développé un abcès. Une **prévention** par le benzylpénicilline a été instaurée chez 44,82% des patients

Discussion :

L'érysipèle est une infection cutanée qui siège le plus souvent au membre inférieur. Cependant, la localisation au niveau du membre supérieur et au niveau thoracique reste peu fréquente. La mastectomie après néo du sein, le lymphoedème résiduel, le diabète, l'obésité, l'immunodépression locale ou générale, semblerait être des facteurs favorisant dans notre série. La flore bactérienne ne semble pas variée par rapport à la forme habituelle, cependant, la destruction du système lymphatique au cours de la mastectomie, avec comme conséquence un lymphoedème, peut expliquer la fréquence de l'érysipèle chez les patientes opérées pour néo du sein. Le traitement ne présente aucune particularité et fait appel à l'antibiothérapie comme dans la forme classique. Une antibioprophylaxie à long cours reste une bonne alternative pour éviter les récurrences

Conclusion

L'erysipèle du membre supérieur est peu fréquente. La mastectomie et le lymphoedème associé sont les facteurs favorisants les plus incriminés, d'où l'intérêt de la prévention en traitant toute porte d'entrée et en restaurant une antibioprophylaxie

.

Erythermalgie et diabète de type 1 : A propos d'un cas

C.H.Saàdani, H.Baybay, G.Senhaji, S.Benkirane, S. Gallouj, F.Z.Mernissi
Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès

Introduction :

L'érythermalgie est un acrosyndrome très rare, caractérisé par des accès douloureux intéressant surtout les membres inférieurs ; elle peut être primitive ou secondaire. La coexistence érythermalgie et diabète est une coïncidence, mais comme le diabète entraîne une atteinte neuropathique et des lésions vasculaires, l'érythermalgie en sa présence est considérée comme secondaire.

Nous rapportons le cas d'un jeune patient diabétique de type 1, qui présente une érythermalgie dans sa forme sévère.

Observation :

Jeune patient de 27 ans, diabétique de type 1 depuis 8 ans, mal équilibré, sous insulinothérapie, a présenté des douleurs à type de brûlures siégeant au niveau des pieds, associées à des crises vasomotrices (rougeur, chaleur), paroxystiques, fréquentes, déclenchées par la chaleur, la station debout et soulagées par les bains d'eau froide, associées à de multiples ulcérations précédées par l'apparition de lésions vésiculeuses. L'examen clinique a objectivé de multiples ulcérations rétro-malléolaires et au niveau du dos des pieds, bien limités, à bords irréguliers, et à fond fibrineux, les poulx étaient perçus et symétriques. Le diagnostic clinique d'érythermalgie dans sa forme sévère a été retenu.

Au plan paraclinique, les autres causes secondaires d'érythermalgie ont été éliminées (syndrome myéloprolifératif, thrombocytose essentielle et lupus).

La douleur intense des membres inférieurs étant le souci majeur, le patient a été mis initialement sous antalgiques 2^{ème} palier, associés à l'acide acétylsalicylique (à raison de 300 mg/jour), et d'une cicatrisation dirigée pour les lésions ulcéreuses, mais devant la persistance de la symptomatologie douloureuse, on a ajouté les bêtabloquants à raison de 100mg/ jr et augmenter le palier des antalgiques aux morphiniques.

L'évolution a été marquée par la cicatrisation des lésions ulcéreuses mais avec une légère amélioration de la symptomatologie douloureuse.

Discussion :

L'érythermalgie est un acrosyndrome paroxystique très rare, caractérisé par des accès douloureux de rougeur et de chaleur en rapport avec une vasodilatation intéressant surtout les membres inférieurs. Elle peut être primitive ou secondaire. En dehors du syndrome myéloprolifératif, les autres affections classiquement citées comme cause d'érythermalgie (insuffisance veineuse, hypertension artérielle, diabète) ont une valeur d'association fortuite plutôt que de déterminants pathogéniques. L'association érythermalgie et diabète est considérée comme une coïncidence, mais comme le diabète engendre une neuropathie périphérique et une atteinte vasculaire, l'érythermalgie est considérée comme secondaire en sa présence.

Notre patient présentait une symptomatologie typique d'érythémalgies associée à une douleur neuropathique ; La négativité des bilans avait permis de retenir le diagnostic d'érythermalgie secondaire au diabète.

La prise en charge thérapeutique des érythémalgies est difficile ; les principales molécules concernées sont l'acide acétylsalicylique, les bêtabloquants, les antidépresseurs. Le traitement de première intention reste l'aspirine à petite dose. L'évolution de la maladie est variable. Elle est associée à une morbidité importante. Le risque accru de récurrence pose un problème de prise en charge à long terme chez notre patient.

Les hypothèses étiopathogéniques formulées à propos des érythémalgies sont nombreuses ; en effet, Le terrain d'auto-immunité au cours du diabète de type 1 ainsi que l'atteinte neuropathique pourraient expliquer la survenue de l'érythermalgie chez notre patient.

Conclusion :

L'érythermalgie est un acrosyndrome rare de diagnostic clinique, qui altère considérablement la qualité de vie, dont plusieurs traitements ont été décrits, mais aucun d'entre eux n'étant complètement efficace. L'intérêt de cette observation est de souligner le caractère aggravant du diabète quand une autre pathologie survient sur ce terrain fragile ainsi que les difficultés diagnostiques et de prise en charge thérapeutique que l'on peut rencontrer.

Erysipèle sur pte d'un cancer du sein : à propos de 23 cas

C.H.Saàdani, A.E.Alaoui, H.Baybay, S. Gallouj, F.Z.Mernissi
Service de dermatologie et vénérologie CHU Hassan II, Fès

Introduction :

L'érysipèle est une dermo-hypodermite infectieuse classiquement due au streptocoque B hémolytique du groupe A. Sa localisation au niveau des membres supérieurs chez les femmes traitées pour le cancer du sein est relativement connue mais rarement signalée. Nous avons tenté d'élucider les caractéristiques cliniques et évolutives de l'érysipèle après traitement du cancer du sein.

Matériel et méthodes

Nous rapportons les cas de 23 patientes qui avaient présenté un érysipèle du membre supérieur après un traitement chirurgical du cancer du sein. Pour chaque patiente, nous avons précisé l'âge, les antécédents médicaux, les résultats cliniques, les résultats biologiques ainsi que la prise en charge établie.

Résultats :

L'âge de nos patients variait de 31 à 75 ans avec un âge moyen de 48,17 ans. Tous les patientes avaient bénéficié d'une mastectomie avec curage ganglionnaire. 13 patientes avaient un lymphoedème, 5 patientes étaient diabétiques et 7 étaient obèses.

L'érysipèle est apparu avec une moyenne de 5,23 ans après le traitement du cancer (3 mois à 15 ans) et était récidivant chez 6 patientes.

La porte d'entrée était retrouvée dans (73,91%) avec une plaie (8,69%), un intertrigo interdigital (13,03%), un intertrigo sous mammaire (13,03%), la cicatrice de mastectomie (13,03%).

Le membre supérieur était atteint dans tous les cas. L'extension à l'hémi thorax et au pli axillaire homolatéral était retrouvée dans 30,43%. L'aspect clinique était un placard inflammatoire, avec des bulles dans 26,03%. Le score LRINEC était calculé > 6 chez 4 patientes.

Le traitement de première intention était l'association amoxicilline – acide clavulanique chez toutes les patientes. L'évolution était favorable dans tous les cas. Une **prévention** par la benzylpénicilline a été instaurée chez 44,82% des patientes.

Discussion :

L'érysipèle est une infection cutanée qui siège le plus souvent au membre inférieur. Cependant, la localisation au niveau du membre supérieur et au niveau thoracique reste peu fréquente. La mastectomie après néo du sein, et une radiothérapie constituent un facteur favorisant cette complication, mais peu de cas sont rapportés dans la littérature.

La circulation lymphatique est affectée par la radiothérapie et la mastectomie favorisant la destruction du système lymphatique, avec comme conséquence un lymphoedème, ce qui peut expliquer la fréquence de l'érysipèle chez les patientes opérées pour néo du sein.

D'autres facteurs peuvent jouer un rôle dans le développement de l'infection tel que le diabète, l'obésité, l'immunodépression locale ou générale, comme a été rapportée dans notre série.

Une fois que le lymphoedème est établi, le membre affecté est sujet à l'érysipèle qui se développe à partir d'infections mineures telles que la paronychie, la folliculite et l'intertrigo interdigitale mycosique

La pénicilline G est le traitement de choix, mais nous avons utilisé l'amoxicilline associée à l'acide clavulanique compte tenu de sa disponibilité dans notre hôpital. Le résultat est généralement favorable. La prévention du lymphoedème est souvent importante. Une antibioprophylaxie à long cours reste une bonne alternative pour éviter les récives

Conclusion :

L'apparition de l'érysipèle suite à une mastectomie après neo du sein est en corrélation étroite avec le lymphoedème résiduel. Il convient d'accorder une attention particulière aux mesures de prévention contre l'installation du lymphoedème ainsi qu'à l'intérêt de la prévention en traitant toute porte d'entrée et en restaurant une antibioprophylaxie

Congrès National de dermatologie 2018

Actinomyose cutanée primitive mimant une tuberculose scrofuloderme : A propos d'un cas :

C. Saàdani Hassani, I. Assenhaji, H. Baybay ; S. Elloudi ; FZ. Mernissi
Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès

Introduction :

L'actinomyose cutanée est une infection suppurative granulomateuse chronique liée à des bactéries anaérobies à Gram positif, elle touche généralement la région cervico-faciale. L'atteinte cutanée primitive est assez rare.

Observation :

Il s'agit d'un homme âgé de 37 ans, sans antécédents notables, qui présentait depuis 4 mois une masse douloureuse de 2,5 x 3 cm au niveau du cou, augmentant progressivement de taille, ayant une évolution gommeuse, avec fistulisation et cicatrisation rétractile. Le patient rapportait la notion d'une extraction dentaire récente, de la 2^{ème} molaire inférieure. Le bilan biologique était normal. Le scanner facial n'a pas montré d'extension osseuse. L'étude histologique de la masse excisée avait retrouvé une inflammation granulomateuse polymorphe absédée sans granulome tuberculoïde, comportant des grains d'actinomycète en faveur d'une actinomyose, permettant ainsi d'exclure le principal diagnostic différentiel qui est la tuberculose scrofuloderme. Le patient avait reçu de l'amoxicilline protégée (1g x 2 /j) pendant 2 mois avec une bonne évolution.

Discussion :

L'actinomyose est une infection bactérienne rare, responsables d'atteintes cervico-faciales, thoraciques, abdominales ou pelviennes. Elle se présente classiquement sous forme d'un nodule inflammatoire avec fistulisation secondaire à la peau ou dans la bouche.

L'atteinte cutanée primitive est rare du fait du caractère endogène des Actinomyces. La notion de traumatisme ou d'ischémie localisée est le plus souvent retrouvée. Le schéma thérapeutique n'est pas encore standardisé et repose essentiellement sur la chirurgie associée à l'antibiothérapie.

Conclusion :

Le diagnostic reste difficile car l'Actinomyose peut mimer d'autres affections granulomateuses telle que la tuberculose, et donc poser un problème de diagnostic différentiel notamment dans un pays d'endémie comme le Maroc.

Carcinome basocellulaire linéaire et pigmenté de la paupière inférieure : variante morphologique exceptionnelle :

**C. Saàdani Hassani, I. Assenhaji, H. Baybay, S.Elloudi, F.Z. Mernissi
C.A.Filali,M.Abdallaoui,F.Charibi ;I.A.. Benatiya**

*Service de Dermatologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc
Service d'ophtalmologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc*

Introduction :

Le carcinome basocellulaire (CBC) présente des caractéristiques cliniques diverses, et plusieurs variantes morphologiques et histologiques ont été rapportées. Le CBC linéaire a d'abord été décrit comme un nouveau sous-type en 1985 par Lewis. Nous rapportons un cas de CBC linéaire et pigmenté au niveau de la région périorbitaire droite.

Observations :

Il s'agit d'un patient de 60 ans, sans antécédents pathologiques, qui présentait depuis 15 mois une lésion pigmentée linéaire, siégeant au niveau de la paupière inférieure droite, avec une extension progressive en une seule direction vers le cantus interne droit.

L'examen clinique trouvait une plaque pigmentée, linéaire, mesurant 3.5 cm de grand axe, bien limitée, à contours irréguliers. Le diagnostic différentiel se posait essentiellement avec un mélanome ou un angiokératome linéaire. La dermoscopie objectivait des nids ovoïdes, un aspect digitiforme en périphérie, et une vascularisation en tronc d'arbre, avec absence d'un réseau pigmenté, permettant ainsi de rendre le diagnostic de mélanome moins probable. L'examen histologique, montrait une prolifération de cellules basaloïdes, disposées en cordons à contours palissadiques, un cytoplasme basophile et parfois pigmenté, et des fentes de rétraction, confirmant le diagnostic de carcinome basocellulaire nodulaire et pigmenté.

Discussion :

Le carcinome basocellulaire linéaire est considéré comme une variante morphologique clinique distincte et rare du CBC. La zone périorbitaire, notamment la paupière inférieure, constitue le siège de prédilection de cette entité. Le CBC linéaire semble s'étendre préférentiellement dans une même direction, ce qui peut expliquer cette forme linéaire avec une longueur plus importante que la largeur. De plus, le derme de la paupière est mince et assez pauvre en composants fibreux, facilitant ainsi le développement de la lésion le long des rides avec une disposition linéaire.

La pigmentation de la tumeur peut prêter confusion avec le mélanome, mais la dermoscopie permet d'orienter le diagnostic du carcinome basocellulaire avec les nids ovoïdes, et la vascularisation en tronc d'arbre. Le diagnostic est confirmé par l'histologie, le carcinome basocellulaire nodulaire représentant le sous-type histologique le plus souvent rapporté. L'orientation selon les lignes de tension et l'extension infra clinique de la tumeur, suggèrent que la chirurgie de Mohs devrait être considérée comme le traitement de 1^{ère} intention dans les CBC linéaires.

Conclusion :

Le carcinome basocellulaire pigmenté linéaire est une variante morphologique rare, d'où l'intérêt de la dermoscopie qui permet de redresser le diagnostic permettant une prise en charge adéquate.

Lupus-engelure : Une présentation inhabituelle d'une affection courante:

C. Saàdani Hassani, S.Zinoune ; S.Elloudi ; H.Baybay ;FZ.Mernissi

Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès

Introduction :

Le lupus-engelure (*chilblain lupus*) est une forme rare, c'est une forme chronique du lupus érythémateux cutané. Il est caractérisé par le siège acral des lésions, et l'aggravation en périodes froides. Nous en rapportons un cas.

Observation :

Il s'agit d'une patiente sénégalaise, traitée pour paludisme il y a 3 ans, ayant une contre-indication familiale à l'aspirine, qui présentait depuis 8 mois des lésions douloureuses et prurigineuses des doigts, pieds, nez et oreilles, exacerbées lors de l'exposition au froid et à l'humidité.

L'examen cutané trouvait des papules et plaques érythémato-violacées, annulaires par endroits, associées à des érosions, siègeant au niveau des doigts des 2 mains, des orteils des 2 pieds, du nez et de la conque des deux oreilles.

Le bilan biologique objectivait une anémie normochrome normocytaire à 9.7g/dl, une lymphopénie à 740 e/mm³, et des AAN positifs. Les anticorps anti DNA et anti SSA et anti-SSB, le facteur rhumatoïde, et la protéinurie de 24h étaient négatifs. Le diagnostic de syndrome de rowell a été retenu.

La biopsie cutanée montrait une nécrose épidermique, des thromboses intra capillaires avec une capillarite associée, avec une immunofluorescence directe négative. Le diagnostic retenu est celui de lupus-engelure, et un traitement par hydroxy chloroquine et dermocorticoïdes, étaient démarré avec une nette amélioration clinique et biologique.

Discussion :

Le lupus-engelure est une forme rare du lupus érythémateux disséminé et une affection proche du lupus discoïde. Les lésions se présentent sous forme de papules et de plaques symétriques, parfois infiltrées, souvent ulcérées ou verruqueuses ,prurigineuses ou douloureuses, érythémateuses ou pourpres, de siège acral au niveau des orteils et des doigts. Les genoux, les coudes, les oreilles et le nez sont moins souvent touchés.

Les symptômes apparaissent au début des périodes froides ou humides mais ne régressent pas complètement en saisons chaudes comme dans les engelures ordinaires.

L'évolution est chronique et peut se faire dans 20 % des cas vers un lupus systémique.

Conclusion :

Le traitement de cette entité est compliqué et n'est pas standardisé. Les thérapies les plus recommandées sont les stéroïdes topiques et les inhibiteurs systémiques du calcium, en plus de la protection contre le froid. Les antipaludiques ne sont pas aussi efficaces que dans les autres formes de lupus.

Pustulose sous cornée de Sneddon et hypercalcémie au cours d'une grossesse :

Associations inhabituelles :

C. Saàdani Hassani; S.Zinoune ; H.Baybay ; S.Elloudi ; FZ.Mernissi

Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès

Introduction

La pustulose sous-cornée de Sneddon-Wilkinson est une affection rare qui appartient à la famille des dermatoses neutrophiliques. Elle est caractérisée par une éruption pustuleuse microbienne. Son association avec l'hypercalcémie et la grossesse reste inhabituelle.

Observation

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 36 ans enceinte de 24 SA, sans antécédents pathologiques, qui rapportait 3 mois avant son admission une éruption pustuleuse. Le dos et le sein gauche, le tronc, la racine des membres inférieurs et les cuisses étaient recouverts de pustules flasques et tendues, de taille variable, jaunâtres, non folliculaires, reposant sur une base érythémateuse. Ces pustules étaient associées à des érosions croûteuses légèrement douloureuses. La patiente était en bon état général et apyrétique.

Devant ce tableau clinique, plusieurs hypothèses diagnostiques étaient évoquées : impétigo herpétiforme, dermatite herpétiforme, psoriasis pustuleux, pustulose de Sneddon-Wilkinson. Le prélèvement bactériologique était stérile. L'histologie objectivait un décollement sous-corné, d'aspect pustuleux, riche en neutrophiles, associé à une exocytose de neutrophiles, concluant au diagnostic de pustulose sous-cornée de Sneddon-Wilkinson.

Une hypercalcémie à 120mg/l était retrouvée lors des examens biologiques répétées, révélant ainsi une hyperparathyroïdie, confirmé radiologiquement par la présence de 2 nodules parathyroïdiens.

La patiente a bénéficié d'un traitement chirurgical par l'ablation des adénomes. Après l'accouchement, la disulone à 100 mg/ jr était instaurée avec une bonne amélioration clinique et début de cicatrisation des lésions.

Discussion

La pustulose sous cornée de Sneddon-Wilkinson reste une pathologie rare, d'évolution chronique et récidivante, mais de pronostic bénin. Elle touche surtout les femmes d'âge moyen. Elle se caractérise par des pustules aseptiques flasques non folliculaires entourées d'une fine aréole érythémateuse et se groupant de façon circinée. Un niveau liquidien ou hypopion peut être visible au sein des pustules les plus volumineuses.

Une hypocalcémie est généralement retrouvée, contrairement à l'hypercalcémie, qui doit inciter à rechercher une cause sous-jacente, comme c'était le cas de notre patiente.

De plus, il paraît que la grossesse pourrait constituer un facteur déclenchant de la pustulose de sneddon, du fait que la grossesse est considérée comme un état pro-inflammatoire par l'augmentation des cytokines inflammatoires, notamment après 20 SA.

La disulone reste le traitement de choix et permet de contrôler cette affection chronique évoluant par poussées.

Conclusion :

Notre observation est originale du fait de l'association inhabituelle de la pustulose sous cornée de snedden avec l'hypercalcémie et avec la grossesse.

Tuberculose sporotrichoïde-like : Aspect clinico-dermoscopique inhabituel d'une tuberculose gommeuse chez un enfant:

C.Saadani Hassani, S.Mrabet, J.Ziani, H.Baybay ; F.Z.Mernissi

Service de dermatologie CHU Hassan II, Fès

Introduction :

La tuberculose sporotrichoïde est une forme rare de tuberculose cutanée; elle affecte principalement les enfants après une inoculation post-traumatique (1). Nous décrivons un nouveau cas pédiatrique d'une tuberculose gommeuse avec un patron sporotrichoïde, ainsi que son aspect dermoscopique.

Observation :

Enfant de 10 ans, sans antécédents, présentait depuis 4 mois, deux lésions dont l'une avait une évolution gommeuse, siégeant au niveau du bras droit. L'examen cutané trouvait deux plaques erythémateuses siégeant de façon linéaire sur le trajet lymphatique du bras droit. La plus ancienne était ulcérée en son centre, bien limitée, avec un bourrelet périphérique régulier, une vascularisation linéaire et en épingle à cheveux et des stries blanchâtres à la périphérie en dermoscopie. La plaque récente était erythémato-squameuse, bien limitée, avec une vascularisation en points de distribution homogène. Une adénopathie de 3 cm de consistance ferme et mobile était retrouvée au niveau axillaire homolatéral. L'histologie cutanée et ganglionnaire montrait une dermite granulomateuse caséofolliculaire compatible avec une tuberculose. Le diagnostic différentiel se faisait principalement avec une leishmaniose sporotrichoïde et une sporotrichose. L'enfant était mis sous anti-bacillaires avec début de cicatrisation de la lésion.

Discussion :

La tuberculose gommeuse à patron sporotrichoïde est exceptionnelle [2]. Elle est caractérisée par un arrangement linéaire des nodules d'évolution gommeuse le long des vaisseaux lymphatiques (3), souvent associés à des ganglions lymphatiques satellites, comme le cas de notre enfant. Le point d'entrée est souvent post-traumatique, et concerne les membres supérieurs et inférieurs, avec une prédominance du côté droit (1). Le diagnostic différentiel se fait essentiellement avec la leishmaniose et la sporotrichose.

Les données de la littérature de la dermoscopie de la tuberculose cutanée sont très pauvres et concernent particulièrement le lupus vulgaire, en montrant un aspect jaune orangée, des stries blanchâtres et une vascularisation linéaire. De nouveaux signes ont été retrouvés chez notre cas telle qu'une vascularisation en épingle à cheveux en périphérie, associées aux stries blanchâtres. Cela incite à mieux étudier le profil dermoscopique de l'atteinte cutanée de la tuberculose.

Conclusion :

La tuberculose gommeuse sporotrichoïde-like est rare, le diagnostic reste difficile et repose sur une faisceau d'arguments clinico-dermoscopiques et histologiques. Néanmoins, il doit être évoqué devant toute lésion sporotrichoïde particulièrement dans un pays endémique comme le Maroc.

EADV 2018 :

An isolated Collagenoma: a clinical and dermoscopic aspect: about a rare presentation:

C.Saadani Hassani, K.Laamari, H.Baybay ; F.Z.Mernissi
Departement of dermatology, CHU Hassan II, Fès

Introduction:

Collagenoma is connective tissue nevi representing hamartomatous proliferation of collagen. characterized by the presence of collagen fibers abnormalities. Isolated collagenomas are of rare occurrence, We present a case with a rare presentation.

Case report:

A young adult, aged of 33 years, without particular pathological history, consulted for an asymptomatic lesion in the neck, appeared for 3 months, in a single push and without triggering factors. The clinical examination noted the presence of a yellow plaque with an erythematous border, with 2.5 cm in size, slightly sclerotic on its surface, without anhidrosis and without depilation, sitting on the neck. The dermoscopic examination showed a yellowish appearance with orange areas in some places in vitro pressure, without specific vascularization. The rest of the somatic examination was normal. The histopathological study of a cutaneous biopsy showed, under an orthokeratotic epidermis, a dense dermis consisting of thick collagen bundles arranged anarchically, rare fibroblasts, and a lympho-plasmocytic inflammatory infiltrate. Staining by the trichrome masson confirmed the collagen nature. The histological diagnosis was in favor of a collagenoma. The differential diagnosis was mainly with morphea, sarcoidosis, xanthoma and elastic pseudo-xanthoma.

Conclusion:

Collagenoma is a type of connective tissue naevus characterized by hamartomatous proliferation of collagen fibers in the dermis with normal, diminished or augmented elastic fibers. It presents clinically in the form of papules, plaques, or nodules of normal skin color, yellowish or buff, it can be of variable size, solitary or aggregated, linear or segmental. The collagenoma appears in the first or second decade of life, without trauma or prior inflammation. It is usually asymptomatic and seated in the back, trunk and limbs, the location at the neck is less frequent. The presence of orange-yellow zones in the dermoscopy makes it possible to better study the dermoscopic characteristics of the collagenoma. The dermoscopic characteristics are not reported in the literature. The histological study makes it possible to affirm the diagnosis. The trichrome Masson confirms the collagen nature of the lesion. The staining with orceine frequently shows a rarefaction of the elastic fibers.

Differential diagnosis is mainly with familial collagenoma and Buschke-Ollendorff syndrome. The "skin of sorrows", the orange peel plate should always seek a tuberous sclerosis Bourneville.

We report a case of a rare presentation of an isolated collagenoma of the neck with clinical and dermoscopic features without associated anomalies.

Basosquamous Carcinoma: Report of Two Cases :

C.H.Saàdani, H.ElMahi,Kh.Elboukhari, H.baybay, S. Gallouj, FZ.Mernissi
Departement of Dermatology
CHU Hassan II , Fes, Morocco

Introduction:

Basosquamous cell carcinoma (BSCC) or metatypical carcinoma is a poorly known cutaneous tumor that is considered an aggressive type of basal cell carcinoma with an increased risk of recurrence and metastasis. The most common onset is in the head and neck region.

Methods:

We present Two cases of basosquamous carcinoma of leg region, in which a longstanding lesion initially diagnosed as basal cell carcinoma (case 1), and as squamous cell carcinoma (case 2), and were later found to have basosquamous histology. Both patients received surgical treatment with good evolution.

Cases report:

Case report 1: A 59-year-old man presented a large ulcerated skin lesion, on the left leg, 3 cm in size, well limited, with clean surface, covered with whitish scales in places resting on a slightly atrophic skin. Dermoscopy demonstrate glomerular and hairpins vascularity surrounded by a whitish halo, ovoid nests, ulceration and digitiform structures.

The histology of the surgical specimen with a margin of 10 mm, revealed an infiltrating tumour with a mixed basal and spindle cell pattern. The extension rate was negative.

Case report 2: A 68-year-old woman, presented a nodule, 2 cm in size, well limited, Covered with telangiectasia, on the left knee. Dermoscopy demonstrate ovoid nests, digitiform structures, and telangiectasia . The histology of the surgical specimen with a margin of 6 mm, revealed an infiltrating tumour with a mixed basal and spindle cell pattern. Immunohistochemical (IHC) analysis with p63 and CK5/6 demonstrated a mixed pattern of staining consistent with a diagnosis of a basosquamous carcinoma (BSC). The extension rate was negative.

Both patients are free of disease and enjoy good health.

Discussion:

Metatypical basal cell carcinoma or basosquamous carcinoma (BSC), is a rare skin carcinoma, potentially aggressive entity with clinical and pathological characteristics of CBC and CSC, considered as a variant of CBC, but is currently defined as a tumor complex.

Although clinically similar to BCC, it is more aggressive and metastasizes more frequently.

Clinical differentiation of BSC and BCC is impossible owing to their clinical similarity; Dermoscopic patterns may facilitate early diagnosis and accurate management.

Confirmation remains histological, showing areas typical for both BCC and SCC.

Immunohistochemical examination may provide additional data for a more accurate diagnosis.

Hence the importance of early diagnosis and compulsory excision in order to avoid the significant morbidity and even mortality associated with this aggressive carcinoma of the skin.

A regular follow-up would allow early detection of disease recurrence.

Conclusions:

Although uncommon among skin carcinomas, BSC commands special attention for its diagnostic challenges and metastatic potential. Our cases highlight the need to consider this rare, and aggressive variant of BCC .

Erysipelas of the upper extremity following locoregional therapy for breast cancer : (25 cases)

C.Saadani Hassani , S;Zinoune, A.Alaoui , H.Baybay, Z.Douhi , F.Z.Mernissi
Department of Dermatology, Hassan II hospital, Fes, Morocco

Introduction

Erysipelas of the upper extremity in women treated for breast cancer is relatively known but rarely reported. Malignancy and local impairment of venous and lymphatic circulation are reported to be predisposing factors. We attempted to characterize the clinical and evolutionary characteristics of erysipelas after treatment of breast cancer.

Materials and methods

A 7-years retro-prospective study identifying 25 cases of erysipelas of the upper extremity following treatment for breast cancer; was carried out between March 2010 and December 2017 at the Hassan II hospital Fes, Morocco, we describe the clinical, therapeutic, and evolutionary aspects.

Results

The mean age was of 48, 17 years. All patients had a breast surgery and lymphadenectomy. The erysipelas appeared with an average of 5.23 years after cancer treatment and was recurrent in seven cases. History of obesity was found in 7 patients, diabetes in 6. Lymphedema was noted in thirteen patients. The portal of entry was found in all patients. The upper limb was affected in all cases. Involvement of the axillary folds or the chest was observed in 30, 43%. The clinical aspect was an inflammatory plaque in all case, It was complicated by purpura in three case, blisters in 26,03%. The score LRINEC was > 6 in 5 cases. Treatment with amoxicillin associated with clavulanic acid was undertaken for all patients. Outcome was favorable; Prevention with benzyl penicillin was initiated in 44.82% of patients.

Conclusion:

Erysipelas is a dermohypodermal infection that most often occur the face or lower extremity. However, localization at the upper extremity and at the thoracic level remains infrequent. Mastectomy and radiotherapy for breast cancer are factors contributing to this complication, but few cases are reported in the literature.

The lymphatic circulation is affected by the radiotherapy and mastectomy favoring the obstruction and the progressive destruction of lymphatic communications, hence the lymphedema (4). This lymphatic stasis appeared to play an important role in the occurrence of erysipelas in our patients.

The risk of lymphedema correlates with the use of postoperative radiotherapy and the number of lymph nodes removed.

The diagnosis of erysipelas is essentially clinical, a fever of acute onset with a sharply demarcated, warm, indurated and painful erythema.

Penicillin G is the treatment of choice, but we used amoxicillin associated with clavulanic acid given its availability in our hospital. Following the acute phase, the treatment may be given by oral routes. The outcome is generally favorable.

The major late complication of this erysipelas is more lymphedema, which favors recurrence of infection. Each recurrence may do further local damage to lymphatic channels and thus perpetuate a vicious cycle. For patients who have recurrent erysipelas, antibiotic prophylaxis is recommended.

Epidemiology of hospital-acquired infections in the Department of Dermatology at the Hassan II Hospital in Fez (about 36 cases)

C.H.Saàdani, S.Zinoune, H.baybay, S. Gallouj, FZ.Mernissi

Departement of Dermatology
CHU Hassan II , Fes, Morocco

Introduction:

A **hospital-acquired infections (HAI)**, also known as a **nosocomial infections**, are a real public health problem because of their frequency, severity and socio-economic cost. Our work aims to determine the overall prevalence of (HAI) in the Department of dermatology and to discuss the main risk factors related to these infections, in order to establish an adequate preventive strategy.

Material/methods:

A retro and prospective study carried out at the Department of Dermatology of the CHU Hassan II of Fez over a period of 6 years (January 2010 to December 2016), including patients who had been infected with multi-resistant germs during their hospitalization in this department.

Results:

36 patients were included. The average age was 49.69 years. The sex ratio was 0.89. The intrinsic risk factors included in our study were diabetes (27%), immunosuppressive treatment with long-term corticosteroid therapy (19.4%) or chemotherapy (30%), and under nutrition (11.1%). Extrinsic risk factors, related to invasive procedures, were cutaneous biopsy (47.2%), venous catheterization, and necrosis (8.33%). The average hospital stay was 45 days. Bullous dermatitis was the most frequent (36.11%), followed by erythroderma (13.8%), erysipelas (11.11%), cutaneous T-cell lymphomas (8.33%), burns (5.55%) and pressure sores (5.55%). The site of infection was cutaneous in the majority of cases (88.8%), followed by blood (19.4%), nasal (13.8%) and urinary (5.55%). The causative organisms were multiresistant staphylococcus aureus: MRSA (72.22%), multi-resistant E. coli (13.8%), Acinetobacter (5.55%), and Enterobacter (2.7%). Antibiotic therapy was established in 88.8% of infected patients, mainly teicoplanine, Vancomycin, and imipenem/cilastatine. Worsening of the underlying dermatosis was found in 30.5%.

Discussion:

Our results finding are comparable with data from the literature regarding hospital-acquired infections risk factors, basically the advanced mean age, diabetes, underlying dermatosis, immunosuppressive therapy, long-term corticosteroid therapy, prolonged hospitalization, and invasive procedures mainly venous catheters, cutaneous biopsies and necrosectomies.

Chronic dermatitis appears to strongly favor the colonization and infection of patients, a finding which is confirmed in the literature. In our series, all the patients had, in addition to the skin break-in, heavy dermatosis requiring prolonged hospitalization, which further favors the acquisition of an HAI.

Vancomycin and Teicoplanin are the molecules of choice in the treatment of HAI.

Conclusion:

Dermatologic pathology is a major risk factor for the acquisition of HAI, which imposes stricter and more stringent prevention measures in the department of Dermatology

Lichenoid Drug Eruption with anonychia Due to Antituberculous Drug: an unusual presentation :

C.Saadani Hassani, S.Oukarfi, H.Baybay, Z.Douhi; F.Z.Mernissi
Departement of dermatology , Hassan II Hospital, Fès, Morocco

Introduction:

Lichenoid drug reactions are rare. Occasionally, lichenoid eruption due to drugs can become generalised and be associated with nail changes (2) . We report a rare case of lichenoid drug reaction to antituberculosis drug presenting as generalized eruption with anonychia in a patient with chronic diseases.

Case report:

A 41-year-old man presented with a generalised itchy scaly rash for 3 months. The patient was diabetic for 24 years, chronic hemodialysis for 5 years on diabetic nephropathy, epileptic for 3 years, and was taking anti-tubercular treatment for pulmonary tuberculosis for four months. The ongoing medicines were depakine as antiepileptic, , insulin as antidiabets, amep as a renal prophylaxis ;and rifampicin, isoniazid as ATT.

On cutaneous examination, there were multiple confluent psoriasiform scaly erythematous plaques several excoriated papules and plaques, and erosions almost all over his body.there were also bright, well-defined purplish nodules, surmounted by whitish scales, on the back of the hands, wrists and at the periungueal area . the oral mucosa was the seat of several erosions surmounted by white coating in endojugal and on the tongue, removable, associated with a cheilitis. We had notice a diffuse onycholysis on all the nails of the hands and feet.

Dermoscopic findings shows purplish erythematous background , white squames and some wickam streaks , no typical vascularity. A skin biopsy showed hyperkeratosis, focal parakeratosis,focalthickening of the granular layer, diffuse basal cellvacuolar degeneration

A pharmacovigilance declaration has been made incriminating the Antituberculous Drugs as agents responsible.

After successful treatment of his tuberculosis, Rifampicine and isoniazid were discontinued and there was marked improvement in the patient's cutaneous eruption 1 month later. Lesions healed with postinflammatory hyperpigmentation with topical corticosteroid and UVB phototherapy traitement . However, 2 months later the patient developed diffuse anonychia on the nails of both hands except the thumbs, and dorsal pterygium with onychodystrophy on the toenails.

conclusion:

Lichenoid drug-induced eruption (LDE) are rare (1), with 34 cases reported worldwide including 01 cases in Morocco in 2012. Several molecules are incriminated, including Isoniazid and Rifampicin (3). The delay between the initial drug intake and the appearance of the first clinical signs is extremely variable in the literature, ranging from a few days to several years and depends on the molecule in question (4).

The distinction between lichen planus and lichenoid toxidermia remains difficult to establish clinically and histologically. Nevertheless, the clinical polymorphism of lesions associating both psoriasiform, lichenous and eczematous elements (5), as well as the concept of drug intake, as in our patient. , pleads for the diagnosis of LDE. Nail Anonychia is extremely rare in LDE (6), which is the originality of our case, and encourages us to start a systemic treatment such as oral corticosteroids, an indication which was limited in our case by its diabetes and tuberculosis.

Also, the presence of diabetes associated with several comorbidities, may be a contributing factor of this drug eruption.

In conclusion, we reported a case of TL induced by the antibacillaires associated with a generalized rash with nail anonychia type, posing a problem of management in view of the co-morbidities of our patient.

Diffuse melanosis cutis secondary to metastatic malignant melanoma : case report

Ch.Saàdani (1), S.Gallouj(1) ; F.Z mernissi (1)S.Arifi (2) ; Mellas (2)

Service de dermatologie et vénérologie, CHU Hassan II, fès (1)

Service d'oncologie CHU Hassan II, fès (2)

Introduction :Diffuse melanosis cutis (DMC) is an exceptional presentation of metastatic melanoma characterized by progressive blue-gray discoloration of the skin and mucous membranes. It attests a generally advanced metastatic tumor extension.

Material/methods: We report an additional case of diffuse melanosis associatedwith widespread cutaneous and visceral metastases from malignant melanoma

Results: A 32-year-old woman, phototype IV, with history of familial melanomas, had been operated for non-metastatic melanoma of the left thigh. Five years later, the patient presented a local recurrence of her melanoma with homolateral ganglionic involvement. The results of the extension showed cutaneous, subcutaneous, ganglionic and pulmonary metastases. The patient had palliative surgery associated with chemotherapy with dacarbazine followed by paclitaxel. The evolution was marked by a change of phototype with diffuse pigmentation. The clinical examination found a patient with phototype V, a diffuse and homogeneous melanoderma which interest the skin, the nails and the mucous membranes, more pronounced in photoexposed zones. Dermoscopy showed an homogeneous pigmented pattern, with diffuse regular melanonychic bands on all the nails. The metabolic and endocrine blood tests were negative.

Conclusions :The association of melanoderma during metastatic melanoma is rare; It is associated with poor prognosis. Less than 36 cases have been reported in the literature, with a median survival of 4 months.

Pathophysiology remains poorly understood, and several hypotheses have been raised, thus, the most reported hypothesis is that in metastatic melanoma, central ischaemia, immunological responses and chemotherapy cause cytolysis of melanoma deposits, Melanin precursors, melanin and melanosomes. The precursors undergo autooxidation either within the serum or within circulating histiocytes which wouldalso process melanin pigment and melanosomes. These melanophages are then deposited systemically with their presence within the dermis manifesting as diffuse melanosis cutis. Circulating precursors would have the capacity to traverse the glomerulus and be excreted in the urine causing melanuria after contact with air.

DMC remains a unique presentation of metastatic melanoma associated with unusual clinical and histologic features and terminal patient outcome.

Polymorphic light eruption complicated by cataract in a child: about a case:

C.Saadani hassani;B.Assenhaji, M.Bennani,H.Baybay;F.Z.Mernissi

2.C.A.Filali,M.Abdallaoui, F.Chraibi, D.I.A.Benatiya

1-Departement of dermatology, CHU Hassan II,Fès

2-Deparytemet of ophtalmology,CHU Hassan II,Fès

Introduction:

The polymorphic light eruption. (PLE) is the most common photodermatosis (1). Rarely in children, they are habituel in the young adult (2). Ophthalmological manifestations are infrequent and cataract remains exceptional. We report a case of a child with a polymorphic light rash complicated by unilateral cataract

Case report:

An 11-year-old child, without notable pathological history, without notion of consanguinity or similar familiar cases, consulted for erythematous itchy lesions in the limbs and face, evolving by relapses and remissions for a year, exacerbated by solar exposure. The skin examination found erythematous plaques, poorly limited, sitting at the level of the 2 cheeks and the nose and ears, associated with purplished papules, excoriated in the forearms and hands. With presence of cheilitis, bilateral conjunctivitis, and pterygium. An unilateral cataract of the right eye was objectified at ophthalmological examination. Histology showed psoriasiform and spongiotic dermatosis with focal lichenoid reaction in favor of polymorphous light eruption. The differential diagnosis was made with acute lupus erythematosus, which was not retained after clinical-histological confrontation, cataract and negativity of anti-nuclear autoantibodies. The child was undergoing local treatment with topical corticosteroids and clothing and chemical photoprotection, as well as systemic treatment with synthetic antimalarials. The evolution was marked by a good clinical improvement. The child was scheduled for surgery on his cataract.

Conclusion:

PLE is the most common type of photodermatosis. This is an abnormal acquired and recurrent cutaneous reaction in the light of delayed onset of exposure to the sun. Rare in children, it affects the young adult with female predominance (3). Eruption occurs within 30 minutes to 3 days after sun exposure in the spring or early summer, then declines in 10 days. The clinical semiology is polymorphic and may be in the form of papules, vesicles or nodules, erythematous and pruriginous, sitting at the level of the photoexposed zones (5). Ocular manifestations can be observed during the PLE as conjunctivitis and pterygium (6), but the occurrence of a cataract remains exceptional, explained by the oxidative stress generated by UV. Nevertheless, cataract usually occurs in adults after years of solar exposure, and never during childhood, which makes our observation unique. Our case, considered as first reported in the literature, encourages good ocular protection against UV at a young age, due to possible complications.

Congrès mondial Juin 2019

Herpes zoster on the face involving the trigeminal nerve

CH.saadani, H.Baybay; S.Elloudi; F.Z.Mernissi

Introduction:

The 'varicella zoster virus' (VZV), is a neurodermotropic virus that remains dormant in the sensory ganglion and, on reactivation, causes herpes zoster. Herpes zoster (HZ) typically erupts within one or two adjacent dermatomes. The involvement of maxillary, mandibular and ophthalmic branch is extremely rare. We report one case of herpes zoster, which involves all branches of the trigeminal nerve.

Case report:

A 50-year-old man presented with fever, blisters and pain on the left side of his face for the past 7 days. The pain was very severe and burned; and continuous. He developed multiple vesicles and blisters on the left side of his face, which appeared on the lower lip, the chin, cheek and forehead; gradually it reached the eye and soon the ipsilateral pinna were also involved. There were multiple vesicles that coalesced to form bullae on the left side of the chin. Skin surrounding the vesicles was erythematous. The tongue showed an erythematous halo and covered with pseudomembranous slough. The patient was treated with antiviral and supportive therapy for 1 week. Valacyclovir was prescribed to control the active viral phase. Codein and paracetamol were given to alleviate pain and fever. Lignocaine gel for local application before meals and a multivitamin preparation, as supportive therapy, were added. Outcomes were favorable, and there was regression in the number of extraoral and intraoral lesions

Discussion:

Herpes zoster is a localised disease caused by reactivation of the varicella zoster virus that enters the cutaneous nerve endings during an earlier episode of chicken pox, travels to the dorsal root ganglia, and remains in latent form. The condition is characterised by occurrence of multiple, painful, unilateral vesicles and ulceration, and shows a typical single dermatome innervated by single dorsal root or cranial sensory ganglion.

Among the divisions of the trigeminal nerve, the ophthalmic division is most commonly involved followed by the maxillary and mandibular divisions. Our case showed involvement of all three divisions of the trigeminal nerve, which is a rare finding. Facial and intraoral lesions occur unilaterally and are characteristic features of HZ. Complications of herpes zoster include ocular sequelae, bacterial superinfection of the lesions, meningoencephalitis and postherpetic neuralgia. Our patient did not show any signs of facial paralysis in spite of disseminated involvement. Although it is a self-limiting disease, early institution of antiviral and symptomatic therapy reduces the morbidity significantly.

Conclusion:

This case is being reported to highlight the rarity of involvement of more than one division of the trigeminal nerve added to their presentation in immunocompetent individuals

Lichen Nitidus : Clinical aspect and dermoscopic features:

CH.Saadani, S.Elloudi; H.Baybay, F.Z.Mernissi

Introduction:

Lichen nitidus, which means shiny papules, is a relatively uncommon, asymptomatic, chronic a lichenoid dermatosis. Dermoscopy is a an easily repeatable technique that reveals interesting and characteristic features in this condition. We present a case report of a lichen nitidus with its dermoscopic features.

Case report:

A 27 year-old man , phototype 6, presented with 5 year history of mildly pruritic multiple white papules , over lateral edge of the fingers and toes, facing the wrist and genitalia. On exam, multiple small white shiny dots were noticed. Dermoscopic examination revealed multiple small shiny white circles, central circular depression giving a sunburst appearance. Linear vessels within the lesions were also seen. The patient was treated by topical steroid therapy with good improvement.

Discussion:

[Lichen nitidus](#) was first described by Pinkus in 1907. It is characterized by the presence of asymptomatic or mildly pruritic pinpoint to pinhead-sized, flat, shiny papules. Most cases occur in childhood or early adulthood with no particular sex predilection. The sites commonly involved include upper extremities, trunk, buttocks, and genitalia. Infrequently, mucosal and nail involvement can be seen. Although it is mostly a clinical diagnosis, common differentials may need to be entertained including frictional lichenoid dermatitis, lichen scrofulosorum, pinpoint polymorphous light eruption, and papular urticaria. Therefore, some of the cases require histopathological confirmation for this otherwise benign entity. Which is characterized by a circumscribed collection of inflammatory cells in the papillary dermis that abuts the overlying epidermis. The inflammatory infiltrate consists of lymphocytes, histiocytes, and multinucleated giant cells.

On dermoscopic , the typical “sunburst appearance” along with shiny white circles, and central circular depression, as described above can help differentiate LN from other common differentials.

Most cases require no treatment due to the asymptomatic nature of the eruption and tendency for spontaneous resolution. For symptomatic cases, moderately potent or potent topical steroid therapy may help.

Conclusion:

Lichen nitidus presents fairly distinctive dermoscopic features, which could even be diagnostic, and may avoid a biopsy especially in a child

- Staphylococcie maligne de la face compliquée d'une thrombophlébite faciale mortelle chez un immuno-compétant : Une affection à redouter :

C. Saàdani Hassani, S.Elloudi, H.Baybay ;F.Z ; Mernissi

Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès

Introduction :

Staphylococcal malignancy of the face (SMF) is an infection that remains exceptional. With a rapidly extensive potential, it is life-threatening because of its risk of cerebral thrombophlebitis

Observation :

We report the case of a 36-year-old patient with no history, who was admitted to the emergency department in a state of consciousness disorder and sepsis. The lesion appeared three days after manipulation of a furuncle at the tip of the nose, with a bilateral erythematous-edematous placard occupying the 2 cheeks, nose and both eyes, associated with regional adenopathies. Ophthalmologic examination revealed bilateral conjunctival hyperemia. The neurological examination showed a Glasgow score at 13, and a heaviness of the right hemi-body. Cerebral and facial imaging revealed venous thrombosis of the cerebral cavernous sinus. Anti-staphylococcal antibiotic and heparin therapy was urgently initiated, but the course was fatal after 48 hours.

Discussion :

The diagnosis of SMF is clinical, the portal of entry is often found with a furuncle of the face, the germs being conveyed by venous route. The occurrence is brutal by the installation of a dramatic picture of an erythematous-purplish plaque, an edema of the face, a septicemic state, with sometimes a general deterioration and a disturbance of the conscience going to the agitated and febrile coma as is the case with our patient. Cervico-facial septic thrombophlebitis is a rare but fearful complication

Angiokératome circonscrit à disposition linéaire : A propos d'un cas pédiatrique :

CH.Saadani, I.L.Assenhaji ;S.Elloudi ;H.Baybay ;FZ .Mernissi
Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès

Introduction :

Les angiokératomes (AK) sont des télangiectasies papuleuses avec une histologie commune faite d'une ectasie des vaisseaux du derme superficiel surmonté d'un épiderme hyperkératosique.

Observation .:

Il s'agit d'une enfant âgée de 9 ans, issue d'un mariage non consanguin et d'une grossesse suivie menée à terme sans problème particulier. Elle présentait depuis la naissance une petite tuméfaction au niveau axillaire droit augmentait progressivement de taille l, et qui saignait facilement aux traumatismes. La patiente ne rapportait pas d'autres signes et il n'y avait pas de cas semblable dans la famille. L'examen révélait la présence d'une plaque rouge sombre, linéaire, de 4 cm de diamètre, indolore et surmontée en superficie par des papules un peu kératosiques, siégeant au niveau axillaire droit. L'examen dermoscopique révélait des lagunes rouges sombres, un érythème périphérique rouge. Un traitement chirurgical était proposé mais la patiente était réticente.

Discussion

L'angiokératome circonscrit est une malformation congénitale rare, la plus rare des 5 types. Depuis sa première description en 1890, peu de cas ont été rapportés dans la littérature. Malgré cela, on a noté une prédominance féminine avec un sex-ratio femme/homme de 3. Il s'agirait d'une mutation génétique qui est probablement autosomique mais dont le siège exact est encore inconnu. Les signes dermoscopiques des AK ne sont pas bien connus et peu rapportés dans la littérature. Certains aspects sont caractéristiques comme les lacunes rouges sombres qui correspondent à des espaces vasculaires dilatés du derme superficiel ou moyen , dont la couleur sombre est due à une thrombose vasculaire partielle ou complète.

Conclusion

Il s'agit d'une observation particulière par la localisation axillaire et la disposition linéaire, qui n'a jamais été décrite à notre connaissance.

Naevus de Becker : association et caractéristiques dermoscopiques :

CH ;Saadani, I.Assenhaji ; S.Elloudi, H.Baybay ; F.Z.Mernissi
Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès

Introduction :

Le naevus de Becker est une forme d'hyperpigmentation acquise. Il a été décrit pour la première fois en 1948 par S. William Becker sous le nom de «mélanose et hypertrichose concomitantes dans la distribution du nævus unius lateris. Nous rapportons un cas d'une jeune enfant présentant un nævus de Becker unilatéral et asymétrique.

Observation :

Une jeune fille de 10 ans, sans ATCD particuliers, présentait depuis 5 ans une hyperpigmentation localisée au niveau scapulaire droit, asymptomatique, augmentant progressivement de taille. L'examen clinique trouvait un phototype 5, une hyperpigmentation brunâtre homogène, bien limitée, faisant environ 7 cm de grand axe, localisée au niveau scapulaire droit, débordant sur l'épaule homolatérale, surmontée par une hypertrichose, qui a été mieux individualisée en dermoscopie révélant ainsi des poils plus longs que ceux de l'épaule controlatérale. Un réseau pigmenté homogène, une hypopigmentation périfolliculaire, et des vaisseaux en points, ont également été observés en dermoscopie. Le reste de l'examen trouvait une pigmentation brunâtre au niveau de la sclérotique évoquant un nævus d'Ota. Le diagnostic d'un nævus de Becker a été retenue cliniquement.

Discussion :

Le Nævus de Becker est un hamartome cutané rare. Il est caractérisée par des macules unilatérales hyper pigmentées et des plaques réparties sur les extrémités proximales avec ou sans hypertrichose. Il est généralement unilatéral, parfois bilatérale comme décrits dans quelques rapports de cas. La dermoscopie semble fournir une aide diagnostique importante pour différencier entre les nævus mélanocytaires congénitales et le nævus de Becker. Effectivement, le réseau pigmentée, l'hypo pigmentation périfolliculaire, la vascularisation, sont les caractéristiques dermoscopiques les plus fréquemment retrouvé dans le nævus de Becker que dans le Nævus congénital. Le nævus de Becker peut être associé à d'autres anomalies pigmentaires telle que les taches café au lait ou nævus congénital, plus rarement au nævus d'Ota comme c'est le cas de notre patient .

Conclusion :

L'association du NB avec le naevus d'Ota, et les caractéristiques dermoscopiques du NB, sont les principales points forts de notre observation.

Erysipèle chez le diabétique : Une comorbidité de 75 cas :

C.Saadani Hassani, H.Baybay, I.Assenhaji, S.Elloudi, Z.Douhi, FZ.Merinssi

Service de dermatologie, CHU Hassan II, Fès

Introduction :

L'érysipèle est une dermo-hypodermite bactérienne aiguë, non nécrosante, généralement due au *Streptococcus pyogènes*.

Le diabète constitue un facteur de gravité initial pour l'érysipèle, ce qui impose une prise en charge rapide et efficace en milieu hospitalier.

Patients et méthodes :

Etude rétro prospective qui prend en compte 75 patients diabétiques, hospitalisés pour érysipèle menée au service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès, sur une période de 8 ans, depuis Mars 2010 à Mai 2018, afin d'étudier les particularités cliniques, épidémiologiques et thérapeutiques de cette infection chez le patient diabétique.

Résultats :

Parmi 300 cas d'érysipèles hospitalisés, 75 patients étaient diabétiques. L'âge moyen au moment du diagnostic de l'érysipèle était de 56,31 ans (25-85), avec un sex-ratio (M/F) de 0.86. Le diabète est de type 2 dans (85 %) alors que le type 1 représentait (15 %,). Le traitement antidiabétique à l'admission : ADO (44,7 %), insuline (51,9 %), Régime seul (3,4 %)

Un terrain prédisposant était noté et représenté essentiellement par les maladies cardio-vasculaires (60 %), suivies par l'obésité (33,3 %) et l'insuffisance veineuse (21.33%), la prise d'AINS (16%). Par ailleurs, 16 % des cas avait un lymphœdème, et 6 patientes présentait un néo du sein.

Il s'agissait d'une première poussée dans 82,66%, et d'une 2^{ème} poussée voire plus dans 17.33% des cas. Pour le siège de l'infection, les membres inférieurs étaient touchés, dans 88%, avec prédominance des jambes (42.66%), unilatérale dans la majorité des cas, les membres supérieurs dans 5.33%, l'hémi thorax dans 3 cas, la face chez 2 cas, et un seul cas d'érysipèle sur moignon d'amputation.

Une porte d'entrée était retrouvée dans 96 %, avec un intertrigo inter orteils mycosiques dans 72.3% des cas.

Le traitement antibiotique institué en première intention était à l'association amoxicilline – acide clavulanique dans 65,33% par voie parentérale, suivie par les association de l'amoxicilline protégée avec la ciprofloxacine dans 16%, avec la et gentamycine dans 10,6%, avec flagyl dans 2 cas, et une trithérapie Amoxiclav+Genta+Flagyl dans 2 cas.

Le traitement anticoagulant était utilisé chez (95%) des patients. L'évolution était favorable chez 80 %. 20% ont développé des **complications précoces**, dominées par la décompensation du diabète avec perturbation du cycle glycémique dans 33,33%, d'un abcès dans 17,33% nécessitant un drainage dans 76,92 %, et d'une fasciite nécrosante dans 2.6% des cas, nécessitant un traitement chirurgicale. Une **prévention** par l'extencilline a été instaurée chez 39,5% des patients.

Discussion :

Le diabète constitue l'un des principaux facteurs de risque d'érysipèle, ainsi qu'un facteur prédictif de complications. Peu d'études ont été menés dans ce sens.

On a constaté que la topographie prédominante des membres inférieurs, et les infections mycosiques inter-orteils comme porte d'entrée, n'étaient pas différentes de la population non diabétique.

Par contre, les complications sont plus fréquentes, à type de décompensation du diabète , et d'abcès des parties molles nécessitant une prise en charge immédiate.

Ainsi, on a le plus souvent recours à des associations d'antibiothérapies, suggérant une dermo-hypodermite poly-microbienne, ce qui rend l'évolution aussi favorable que celle des patients non diabétiques.

Néanmoins, les récurrences sont fréquentes, responsables de lymphœdème résiduel, nécessitant une antibioprophylaxie à long terme.

Conclusion :

L'érysipèle chez le patient diabétique est une affection grave qui nécessite une prise en charge précoce en milieu hospitalier. Le traitement antibiotique utilisé en première intention reste l'amoxicilline – acide clavulanique, avec souvent, nécessité d'une double voire triple antibiothérapie. Le traitement d'une éventuelle porte d'entrée et la correction des facteurs prédisposant restent les seuls garants d'une prévention efficace.

Attestations des
communications affichées



Société Algérienne de
Dermatologie

**22ème Congrès Maghrébin
de Dermatologie**

27ème Congrès National de Dermatologie



22 - 23 octobre 2015

Alger – Hôtel Sheraton Club des Pins

Orléstalion

Je soussigné *Professeur J. Benkaidali, Président de la Société Algérienne de Dermatologie,*

Orléste que le Docteur C.H.SADANI participe au

22ème Congrès Maghrébin de Dermatologie du 22 -23 octobre 2015 à Alger

et a présenté la communication suivante

Institué

**L'ERYSYPELE: EXPERIENCE DU SERVICE DE DERMATOLOGIE AU
CHU HASSAN II DE FES (A PROPOS DE 115 CAS)**

Co-Auteurs **N. AMRAOUI, S. GALLOUJ, F.MERNISSI**





Société Algérienne de
Dermatologie

**22^{ème} Congrès Maghrébin
de Dermatologie**
27^{ème} Congrès National de Dermatologie



22 - 23 octobre 2015
Alger – Hôtel Sheraton Club des Pins

Préstation

Je soussigné Professeur S. Benkaïdali, Président de la Société Algérienne de Dermatologie,

Atteste que le Docteur C.H.SAADANI

participé au

2^{ème} Congrès Maghrébin de Dermatologie du 22 -23 octobre 2015 à Alger

et a présenté la communication suivante

Intitulée **AMELIORATION SPECTACULAIRE D'UN PEMPHIGUS DE
NEUMANN.TRAITE PAR ERYTHROMYCINE:A PROPOS D'UN CAS**

Co-Auteurs S. GALLOUJ, M.MEZIANE, W.SLAOUI,F.MERNISSI





الجمعية المغربية للأمراض الجلدية
Société Marocaine de Dermatologie
www.smdermato.org

Présidente :

Pr Mernissi Faima Zahra
Professeur Agrégé en
Dermatologie
Centre Hospitalo - Universitaire
Hassan II - Fès, Maroc

mernissi_f@yahoo.fr

Vice - Présidente :

Pr Senouci Karima
Professeur Agrégé en
Dermatologie
Centre Hospitalo - Universitaire
Ibn Sina - Rabat, Maroc

kasenouci@yahoo.fr

Secrétaire Générale :

Pr Meziane Mariame
Professeur Agrégée en
Dermatologie
Centre Hospitalo - Universitaire
Avicenne Rabat, Maroc

mariame_meziane@yahoo.fr

Secrétaire Générale Adjoint :

Dr Sbai Mounir
Dermatologue
Cabinet privé de Dermatologie
Rabat, Maroc

sbai71@yahoo.fr

Trésorière :

Dr Bay Bay Hanane
Professeur Assistante
Centre Hospitalo - Universitaire
Hassan II - Fès, Maroc

baybayhanane@yahoo.fr

Trésorière Adjointe :

Dr Lazrak Sanaa
Dermatologue
Cabinet privé de Dermatologie
Fès, Maroc

lazraksanaa@hotmail.fr

الجمعية المغربية للأمراض الجلدية
Société Marocaine de Dermatologie

Attestation de présentation
d'une communication affichée

La présidente de la Société Marocaine de
Dermatologie et de Vénérologie atteste que le
Docteur : SAADANI HASSANI CHEYMAE

a présenté une communication affichée intitulée

Dermatose Cendrée de Romires et Diabète
Associées au HLAB*
lors du

XXIX^{ème} congrès national de dermatologie

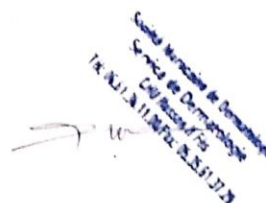
Couplé au

séminaire du Psoriasis et à

la journée de l'infirmier en dermatologie

du 27 au 29 Octobre 2016

Présidente de la SMD : FZ. Mernissi



Société Marocaine de Dermatologie, BP : 7642, An-narjiss-Fès

E-mail : smd.secretariat@gmail.com

Web : www.smdermato.org

GSM : 06 61 36 11 00 / Fax : 05 35 61 37 29



Société Tunisienne de Dermatologie et de Vénérologie

XXIII^{ème} CONGRES MAGHREBIN DE DERMATOLOGIE

Hammamet, 13-16 octobre 2016

ATTESTATION DE PRESENTATION

Le poster intitulé :

**P233- MALADIE DE GROVER ET L'ARTHRITE JUVÉNILE IDIOPATHIQUE
SYSTÉMIQUE CHEZ UN ENFANT : À PROPOS D'UN CAS.**

a été présenté par :

C.H. Saàdani, H. Baybay, FZ. Merrissi

la Présidente de la STDV : H Turki

Société Tunisienne
de Dermatologie
et de Vénérologie
Tél & Fax: (216) 71 399.115



Société Tunisienne de Dermatologie et de Vénéréologie
XXIII^{ème} CONGRES MAGHREBIN DE DERMATOLOGIE

Hammamet, 13-16 octobre 2016

ATTESTATION DE PRESENTATION

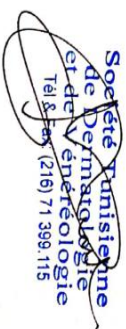
Le poster intitulé :

**261 - ERYSIPELE DE LA FACE AU SERVICE DE DERMATOLOGIE
DU CHU HASSAN II FES. (À PROPOS DE 13 CAS)**

a été présenté par :

C.H.Saàdani, A.E.Alaoui, H.Baybay, S. Gallouj, F.Z.Mernissi.

la Présidente de la STDV : H Turki


Société Tunisienne
de Dermatologie
et de Vénéréologie
Tél & Fax (216) 71 398 115

Scanned by CamScanner



الجمعية المغربية للأمراض الجلدية
Société Marocaine de Dermatologie

Attestation de présentation de communication affichée

La présidente de la Société Marocaine de Dermatologie et de Vénérologie atteste que le

Docteur : C.H. SAADANI

a présenté une communication affichée intitulée Impact de l'usage du laser Nd:YAG en dermatologie
lors du XXIV ème Congrès Magrèbin de Dermatologie couplé au XXX ème Congrès

National de Dermatologie du 26 au 28 Octobre 2017

Présidente : FZ. Mermissi

Société Marocaine de Dermatologie
et de Vénérologie
Café Hassan II
14, Bd. L. A. 11, Rabat (26.10.17 à 28.10.17)

Présidente :

Pr. Fatima Zohra Mermissi
Professeur d'Enseignement
supérieur en Dermatologie
Centre Hospitalier - Universitaire
Hassan II
Faculté de Médecine et de Pharmacie
Fès - Maroc
mermissi_fz@yahoo.fr

Vice - Président :

Pr. Amal Said
Professeur d'Enseignement
supérieur en Dermatologie
Centre Hospitalier - Universitaire
Mohammed VI - Marrakech - Maroc
saidamali@gmail.com

Secrétaire Général :

Pr. Gelloul Salim
Professeur Agrégé en Dermatologie
Centre Hospitalier - Universitaire
Hassan II
Faculté de Médecine et de Pharmacie
Fès - Maroc
sgelloul@gmail.com

Secrétaire Générale Adjointe :

Dr. Rabia Assia
Dermatologue
Hôpital Moulay Ismail
Meknes - Maroc
sammassia@yahoo.fr

Treasurière :

Pr. Bay Bay Hamme
Professeur assistante en
Dermatologie
Centre Hospitalier - Universitaire
Hassan II
Faculté de Médecine et
de Pharmacie - Fès - Maroc
hammebaybay@gmail.com

Treasurière Adjointe :

Dr. Benhane Med Said
Dermatologue
Cabinet privé de Dermatologie
Meknes - Maroc
benkhanesaid@yahoo.fr



الجمعية المغربية لأمراض الجلدية
Société Marocaine de Dermatologie

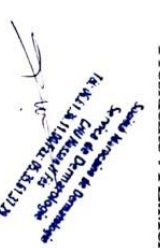
Attestation de présentation de communication affichée

La présidente de la Société Marocaine de Dermatologie et de Vénérologie atteste que le

Docteur : C. H. SAADANI

a présenté une communication affichée intitulée Aspects épidémiologiques et facteurs de risque des érysièles des membres supérieurs au service de Dermatologie CHU.Fès lors du XXIV^{ème} Congrès Magrébin de Dermatologie couplé au XXX^{ème} Congrès National de Dermatologie du 26 au 28 Octobre 2017

Présidente : FZ. Mermissi



الجمعية المغربية لأمراض الجلدية
Société Marocaine de Dermatologie

Présidente : Pr. Fatima Zahra Mermissi Professeur d'Enseignement supérieur en Dermatologie Centre Hospitalier - Université Hassan II Fès - Maroc mermissi_fz@yahoo.fr	Vice - Président : Pr. Amal Saïd Professeur d'Enseignement supérieur en Dermatologie Centre Hospitalier - Université Mohammed VI - Marrakech - Maroc saaidamali@gmail.com	Secrétaire Général : Pr. Ghalib Salim Professeur Agrégé en Dermatologie Centre Hospitalier - Université Hassan II Fès - Maroc sgalib@gmail.com
Secrétaire Générale Adjoint : Dr. Rabia Asia Dermatologue Hôpital Moulay Ismail Meknes - Maroc samuassia@yahoo.fr	Treasury : Pr. Bay Bay Hamane Professeur assistant en Dermatologie Centre Hospitalier - Université Hassan II Fès - Maroc hamanebaybay@gmail.com	Treasury Adjoint : Dr. Brahim Med Saïd Dermatologue Cabinet privé de Dermatologie Meknes - Maroc brahimmedsaïd@yahoo.fr



الجمعية المغربية للأمراض الجلدية
Société Marocaine de Dermatologie
www.smd.ma

Attestation de présentation de communication affichée

La présidente de la Société Marocaine de Dermatologie et de Vénérologie atteste que le

Docteur : C. H. SAADANI

a présenté une communication affichée intitulée Environnement et diabète de type 1: 40 ans d'expérience

lors du XXIV^{ème} Congrès Maghrébin de Dermatologie couplé au XXX^{ème} Congrès National de Dermatologie du 26 au 28 Octobre 2017

Présidente : F.Z. Mermissi

Présidente :
Pr. Fatima Zahra Mermissi
Professeur d'Enseignement Supérieur
Centre Hospitalier - Universitaire Hassan II
Faculté de Médecine et de Pharmacie
Fes - Maroc
mermissi_fz@yahoo.fr

1^{er} - Président :
Pr. Amal Saïd
Professeur et Enseignement Supérieur en Dermatologie
Centre Hospitalier - Universitaire Mohammed VI - Marrakech - Maroc
saidamali@hotmail.com

Secrétaire Général :
Pr. Ghaloul Salim
Professeur Agrégé en Dermatologie
Centre Hospitalier - Universitaire Hassan II
Faculté de Médecine et de Pharmacie
Fes - Maroc
sgalloul@gmail.com

Secrétaire Générale Adjointe :
Dr. Fatima Isid
Dermatologue
Hôpital Moulay Ismail
Meknes - Maroc
samassat@yahoo.fr

Traitante :
Pr. Bay Bay Hamme
Professeur assistante en Dermatologie
Centre Hospitalier - Universitaire Hassan II
Faculté de Médecine et de Pharmacie - Fes - Maroc
hammebaybay@gmail.com

Traitante Adjointe :
Dr. Benboune Abd Saïd
Dermatologue
Cabinet privé de Dermatologie
Meknes - Maroc
benbouneabd@yahoo.fr



Présidente : F.Z. Mermissi
Société Marocaine de Dermatologie
et de Vénérologie
14, K11, N11, Meknes - Maroc
06 31 11 17 13





ABSTRACT EVALUATION

Dear Dr. saadani,
The EADV Scientific and Organising Committees are delighted to inform you that your abstract has been selected to be displayed as an **e-poster** (electronic version to be displayed on computer onsite). You will have now the possibility to produce an e-poster following the below instructions.

Abstract ID	3350
e-poster number	P0146
Abstract Title	Lichenoid Drug Eruption with anonychia due to Anrituberculosis Drug: An unusual presentation



ABSTRACT EVALUATION

Dear Dr. saadani,
The EADV Scientific and Organising Committees are delighted to inform you that your abstract has been selected to be displayed as an **e-poster** (electronic version to be displayed on computer onsite). You will have now the possibility to produce an e-poster following the below instructions.

Abstract ID	1093
e-poster number	P0576
Abstract Title	Basosquamous carcinoma: report of two cases



ABSTRACT EVALUATION

Dear Dr. saadani,

The EADV Scientific and Organising Committees are delighted to inform you that your abstract has been selected to be displayed as an **e-poster** (electronic version to be displayed on computer onsite). You will have now the possibility to produce an e-poster following the below instructions.

Abstract ID	3363
e-poster number	P0725
Abstract Title	Diffuse melanosis cutis secondary to metastatic malignant melanoma:case report



ABSTRACT EVALUATION

Dear Dr. saadani,

The EADV Scientific and Organising Committees are delighted to inform you that your abstract has been selected to be displayed as an **e-poster** (electronic version to be displayed on computer onsite). You will have now the possibility to produce an e-poster following the below instructions.

Abstract ID	1095
e-poster number	P1035
Abstract Title	Epidemiology of hospital-acquired infections in the departement of dermatology: about 36 cases



ABSTRACT EVALUATION

Dear Dr. saadani,

The EADV Scientific and Organising Committees are delighted to inform you that your abstract has been selected to be displayed as an **e-poster** (electronic version to be displayed on computer onsite). You will have now the possibility to produce an e-poster following the below instructions.

Abstract ID	3312
e-poster number	P1284
Abstract Title	Erysipelas of the upper extremity following locoregional therapy for breast cancer: (25 cases)



ABSTRACT EVALUATION

Dear Dr. saadani,

The EADV Scientific and Organising Committees are delighted to inform you that your abstract has been selected to be displayed as an **e-poster** (electronic version to be displayed on computer onsite). You will have now the possibility to produce an e-poster following the below instructions.

Abstract ID	3273
e-poster number	P1530
Abstract Title	An isolated collagenoma: A clinical and dermoscopic aspect: about a rare presentation:



ABSTRACT EVALUATION

Dear Dr. saadani,

The EADV Scientific and Organising Committees are delighted to inform you that your abstract has been selected to be displayed as an **e-poster** (electronic version to be displayed on computer onsite). You will have now the possibility to produce an e-poster following the below instructions.

Abstract ID	3322
e-poster number	P1690
Abstract Title	Polymorphic light eruption complicated by cataract in a child: about a case



الجمعية المغربية للأمراض الجلدية
Société Marocaine de Dermatologie

Attestation de présentation de communication affichée

La présidente de la Société Marocaine de Dermatologie atteste que le

Docteur : C. Saadani Hassani

a présenté une communication affichée intitulée Carcinome basocellulaire Cinqoia de
l'onglette de la paupière inférieure au stade morphologique exceptionnelle...

XXXI ème Congrès National de Dermatologie du 11 au 13 Octobre 2018

Présidente : FZ. Mernissi

Présidente :

Pr. Fatima Zahra Mernissi
Professeur d'Enseignement
supérieur en Dermatologie
Centre Hospitalier Universitaire
Hassan II
Faculté de Médecine et de Pharmacie
Fes - Maroc
mernissi_fz@yahoo.fr

Vice - Président :

Pr. Amal Said
Professeur d'Enseignement
supérieur en Dermatologie
Centre Hospitalier - Université
Mohammed VI - Marrakech - Maroc
saidamalib@gmail.com

Secrétaire Général :

Pr. Ghalib Salim
Professeur Agrégé en Dermatologie
Centre Hospitalier - Université
Hassan II
Faculté de Médecine et de Pharmacie
Fes - Maroc
sgsalim@yahoo.com

Secrétaire Générale Adjointe :

Dr. Fatih Anis
Dermatologue
Hôpital Moulay Ismail
Meknes - Maroc
sammassia@yahoo.fr

Treasurière :

Pr. Bay Bay Hamane
Professeur assistante en
Dermatologie
Centre Hospitalier - Université
Hassan II
Faculté de Médecine et
de Pharmacie - Fes - Maroc
hamanebaybay@gmail.com

Treasurière Adjointe :

Dr. Benkroune Med Said
Dermatologue
Cabinet Privé de Dermatologie
Meknes - Maroc
benkrounemed@yahoo.fr

Société Marocaine de Dermatologie

14-15-16-17 Octobre 2018

Centre Hospitalier de Dermatologie

Centre Hospitalier de Dermatologie

Centre Hospitalier de Dermatologie

Centre Hospitalier de Dermatologie



الجمعية المغربية لأمراض الجلد
Société Marocaine de Dermatologie
et Vénéréologie
www.smdv.ma - 06 77 77 77 77

الجمعية المغربية لأمراض الجلد
Société Marocaine de Dermatologie
et Vénéréologie

Attestation de présentation de communication affichée

La présidente de la Société Marocaine de Dermatologie et de Vénéréologie atteste que le
Docteur : Dr. Saadani Hassani
a présenté une communication affichée intitulée Puyléose sous cornée de Sneddon
et hypercalcémie au cours de grossesse : Associations infectieuses

XXXI ème Congrès National de Dermatologie du 11 au 13 Octobre 2018

Présidente : FZ. Mernissi

Société Marocaine de Dermatologie
et Vénéréologie
Cité Hassan II
14, Bd. 11, 11100, Rabat, Maroc
Tél: 06 77 77 77 77

Présidente :

Pr. Fatima Zahra Mernissi
Professeur d'Enseignement
supérieur en Dermatologie
Centre Hospitalier - Universitaire
Hassan II
Faculté de Médecine et de Pharmacie
Fès - Maroc
mernissi_fz@yahoo.fr

Vice - Président :

Pr. Amal Said
Professeur d'Enseignement
supérieur en Dermatologie
Centre Hospitalier - Universitaire
Mohammed VI - Marrakech - Maroc
saidamali@hotmail.com

Secrétaire Général :

Dr. Ghalib Salim
Professeur Agrégé en Dermatologie
Centre Hospitalier - Universitaire
Hassan II
Faculté de Médecine et de Pharmacie
Fès - Maroc
sgalib@yahoo.com

Secrétaire Générale Adjointe :

Dr. Rabia Issa
Dermatologue
Hopital Moulay Elouadi
Meknes - Maroc
samarissia@yahoo.fr

Treasures :

Pr. Bay Bay Houane
Professeur assistante en
Dermatologie
Centre Hospitalier - Universitaire
Hassan II
Faculté de Médecine et
de Pharmacie - Fès - Maroc
houanebaybay@gmail.com

Treasures adjoint :

Dr. Benkroune Med Said
Dermatologue
Cabinet privé de Dermatologie
Meknes - Maroc
benkrounemed@yahoo.fr



الجمعية المغربية للأمراض الجلدية
Société Marocaine de Dermatologie

Attestation de présentation de communication affichée

La présidente de la Société Marocaine de Dermatologie et de Vénéréologie atteste que le

Docteur : C. Saadani Hassani

a présenté une communication affichée intitulée Tuberculose sporadique du visage
Aspect clinico-dermoscopique individuel d'une tuberculose gommense étendue au front

XXXI ème Congrès National de Dermatologie du 11 au 13 Octobre 2018

Présidente : FZ. Mernissi

Société Marocaine de Dermatologie
et Vénéréologie
14, Bd 11, 11180 Tetouan, Maroc
Tél: 0539 21 11 11

Présidente : Pr. Fatima Zahra Mernissi
Professeur d'Enseignement
supérieur en Dermatologie
Centre Hospitalier Universitaire
Hassan II
Faculté de Médecine et de Pharmacie
Fès - Maroc
mernissi_fz@yahoo.fr

Vice - Président : Pr. Amal Sali
Professeur d'Enseignement
supérieur en Dermatologie
Centre Hospitalier - Universitaire
Hassan II - Marrakech - Maroc
saliama@hotmail.com

Secrétaire Général : Pr. Ghaloul Salim
Professeur Agrégé en Dermatologie
Centre Hospitalier - Universitaire
Hassan II de Pharmacie
Fès - Maroc
sgaloul@gmail.com

Secrétaire Générale Adjointe : Dr. Rabia Asla
Dermatologue
Hopital Moulay Ismail
Meknes - Maroc
smaassia@yahoo.fr

Treasurière : Pr. Bay Bay Hanne
Professeur assistante en
Dermatologie
Centre Hospitalier - Universitaire
Hassan II
Faculté de Médecine et
de Pharmacie - Fès - Maroc
hananebaybay@gmail.com

Treasurière Adjointe : Dr. Benbraouha Med Sali
Dermatologue
Cabinet privé de Dermatologie
Meknes - Maroc
benbraouha.med.sali@yahoo.fr



الجمعية المغربية للأمراض الجلدية
Société Marocaine de Dermatologie
06 31 38 00 00 - 06 31 38 00 01

الجمعية المغربية للأمراض الجلدية
Société Marocaine de Dermatologie

Attestation de présentation de communication affichée

La présidente de la Société Marocaine de Dermatologie et de Vénérologie atteste que le

Docteur : C. SAADANI HASSANI

a présenté une communication affichée intitulée Achromyose cutanée primitive
ment une tuberculose scrofuleuse : A propos d'un cas

XXXI ème Congrès National de Dermatologie du 11 au 13 Octobre 2018

Présidente : FZ. Mernissi



Société Marocaine de Dermatologie
Cabinet de Dermatologie
14, K1, A11, B11, B12, B13, B14

Présidente : Pr. Fatima Zahra Mernissi Professeur d'Enseignement supérieur en Dermatologie Centre Hospitalo - Universitaire Hassan II Faculté de Médecine et de Pharmacie Fes - Maroc mernissi_fz@yahoo.fr	Vice - Président : Pr. Amal Saïd Professeur d'Enseignement supérieur en Dermatologie Centre Hospitalo - Universitaire Mohammed VI - Marrakech - Maroc saidamalib@outlook.com	Secrétaire Général : Pr. Gallouj Salim Professeur Agrégé en Dermatologie Centre Hospitalo - Universitaire Hassan II Faculté de Médecine et de Pharmacie Fes - Maroc sgallouj@gmail.com	Secrétaire Générale Adjointe : Dr. Rabah Assia Dermatologue Hôpital Moulay Ismail Meknes - Maroc samarassia@yahoo.fr	Traitement : Pr. Bay Bay Hamane Professeur assistant en Dermatologie Centre Hospitalo - Universitaire Hassan II Faculté de Médecine et de Pharmacie - Fes - Maroc hamanebay@gmail.com	Traitement Adjoint : Dr. Benhane Med Saïd Dermatologue Cabinet privé de Dermatologie Meknes - Maroc benhane.med.said@yahoo.fr
---	---	---	---	--	--



 الجمعية المغربية لأمراض الجلدية
 Société Marocaine de Dermatologie

**Attestation de présentation
de communication affichée**

La présidente de la Société Marocaine de Dermatologie et de Vénérologie atteste que le
 Docteur : CH. Saadani
 a présenté une communication affichée intitulée l'usage - engelaure : une présentation
inhabituelle d'une affection courante

XXXI ème Congrès National de Dermatologie du 11 au 13 Octobre 2018

Présidente : FZ. Mermissi

Pr. Fatima Zahra Mermissi
 Professeur d'Enseignement
 Supérieur en Dermatologie
 Centre Hospitalier - Universitaire
 Hassan II
 Faculté de Médecine et de Pharmacie
 Fes - Maroc
 mermissi_fz@yahoo.fr

Vice - Président :
 Pr. Amal Said
 Professeur d'Enseignement
 Supérieur en Dermatologie
 Centre Hospitalier - Universitaire
 Hassan II
 Faculté de Médecine et de Pharmacie
 Fes - Maroc
 saidamali@hotmail.com

Secrétaire Général :
 Pr. Gelloul Salim
 Professeur Agrégé en Dermatologie
 Centre Hospitalier - Universitaire
 Hassan II
 Faculté de Médecine et de Pharmacie
 Fes - Maroc
 sgelloul@gmail.com

Secrétaire Générale Adjointe :
 Dr. Raziya Asia
 Dermatologue
 Hôpital Moulay Ismail
 Meknes - Maroc
 samaasia@yahoo.fr

Trésorière :
 Pr. Baya Bay Hamme
 Professeur assistante en
 Dermatologie
 Centre Hospitalier - Universitaire
 Hassan II
 Faculté de Médecine et
 de Pharmacie - Fes - Maroc
 hammebaybaya@gmail.com

Trésorière Adjointe :
 Dr. Berkane Mrid Said
 Dermatologue
 Cabinet privé de Dermatologie
 Meknes - Maroc
 berkane Said@yahoo.fr

Société Marocaine de Dermatologie
 Secrétaire Générale
 Le 11/10/2018 à 11h30



**Attestation de présentation d'une
communication affichée**

Le bureau de la société Marocaine de Dermatologie Pédiatrique atteste que le Docteur : **CH.Saadani**

a participé par une communication affichée intitulée:

Naevus de Becker : association et caractéristiques dermoscopiques :

au congrès national de dermatologie pédiatrique les 16-17 Novembre 2018.

La secrétaire générale :

Pr Hocar Ouafa

A handwritten signature in black ink, belonging to Pr Hocar Ouafa, is written over a faint, circular official stamp.

Le président :

Pr Amal Saïd
LA SOCIÉTÉ MAROCAINE
DE DERMATOLOGIE
PÉDIATRIQUE
PRÉSIDENT

A handwritten signature in black ink, belonging to Pr Amal Saïd, is written over a faint, circular official stamp.



**Attestation de présentation d'une
communication affichée**

Le bureau de la société Marocaine de Dermatologie Pédiatrique atteste que le
Docteur : **CH.Saadani**
a participé par une communication affichée intitulée:

***Angiokératome circonscrit à disposition linéaire : A propos d'un cas
pédiatrique :***

au congrès national de dermatologie pédiatrique les 16-17 Novembre 2018.

La secrétaire générale :

Pr Hocar Ouafa

A handwritten signature in black ink, belonging to Pr Hocar Ouafa, is written over a faint, circular official stamp.

Le président :

Pr Amal Said

A handwritten signature in black ink, belonging to Pr Amal Said, is written over a faint, circular official stamp. The stamp contains the text 'LA SOCIÉTÉ MAROCAINE DE DERMATOLOGIE PÉDIATRIQUE' and 'PRÉSIDENT'.

76 : ERYSIPÈLE CHEZ LE DIABÉTIQUE : UNE COMORBIDITÉ DE 75 CAS

CH.Saadani, H.Baybay, I.Assenhaji, S.Elloudi, Z.Douhi, FZ.Merinski

Service de dermatologie, CHU Hassan II de Fès, Maroc

Introduction :

L'érysipèle est une dermo-hypodermite bactérienne aiguë, non nécrosante, généralement due au *Streptococcus pyogenes*.

Le diabète constitue un facteur de gravité initial pour l'érysipèle, ce qui impose une prise en charge rapide et efficace en milieu hospitalier.

Patients et méthodes :

Etude rétro prospective qui prend en compte 75 patients diabétiques, hospitalisés pour érysipèle menée au



92

16^{ème} congrès
22 - 23 Mars 2019
Mazagan Beach & Golf Resort- El Jadida



Dear Saâdani Hassani Cheymae,

Thank you for submitting your abstract for presentation at the 24th World Congress of Dermatology to be held from 10 to 15 June 2019 in Milan, Italy.

On behalf of the Scientific Committee we are pleased to inform you that your Abstract(s)
2964 Herpes zoster on the face involving the trigeminal nerve - 2966 Lichen Nitidus: Clinical aspect and dermoscopic features - 5128 Malignant Staphylococcal disease of the face complicated by fatal thrombophlebitis in an immunocompetent - 5139 Erysipelas: A common infection with atypical manifestations
has been selected as e-Poster.



La Société Marocaine
de Microbiologie Médicale
-S.M.A.M.M.-

Attestation

Cette attestation est attribuée à : Khilil Sara

Pour sa contribution par une Communication affichée intitulée :

INFECTIONS A STAPHYLOCOQUE AUREUS RESISTANT A LA METICILLINE AU SERVICE
DE DERMATOLOGIE DU CHU HASSANII DE FES : EPIDEMIOLOGIE ET PROFIL DE
RESISTANCE

Coauteurs : BOUCHAREB Z., BENNANI Z., YAHYAOUI G., MAHMOUD M.

SAADANI HASSANI C., ZINOUNE S., BETTIOU A., BAYBAY H., GALLOU S., MERNISSI F.

à la 7ème Journée Scientifique de la SMAMM organisée sous le thème :

Infections communautaires et maîtrise de la résistance aux antibiotiques

Le 05 Novembre 2016, au Siège de l'Ordre National des Médecins - Rabat

Comité d'Organisation
Pharmactin Et Colonne
Laboratoire de Recherche
et de Biosécurité L3 de
I.H.M.I. N°ed. V - Rabat

Président de la SMAMM
Microbiologie Médicale
S.M.A.M.M.
www.smamm.ma
PRESIDENT

LISTE DES PUBLICATIONS

ARTICLES PUBLIES ET
ACCEPTES:

Auteur initial :

- **Linear Pigmented Basal Cell Carcinoma: Exceptional Clinical Entity with Rare Localization**

Saàdani CH, Assenhaji I, Gallouj S, Mernissi FZ. Int J Clin Dermatol Res. 2018;6(1):160-161*

➔ **Article accepté et publié dans International Journal of Clinical Dermatology & Research 14 mars 2018.**

- **Spectacular Improvement of Neumann Pemphigus Vegetans, Treated with Erythromycin: Report of a Case.**

CH Saadani, S Gallouj, FZ Mernissi. Int J Clin Dermatol Res. 2018; 6(8):193- 196.

➔ **Article accepté et publié dans International Journal of Clinical Dermatology & Research 14 novembre 2018.**

- **Staphylococcal sycosis of pubis in a young girl: Exceptional location.**

Hassani CS, Gallouj S, Mernissi FZ. Our Dermatol Online. 2018;9(2):215-216.

➔ **Article accepté le 28 novembre 2017 et publié dans our dermatology online en février 2018.**

- **Dermoscopy of a corneiform pyogenic granuloma.**

Saadani CH, Elloudi S, Baybay H and Mernissi FZ. Madridge J Dermatol Res. 2018; 3(1): 57-58.

➔ **Article accepté juin 2018 et publié dans Madridge journal of dermatology en juillet 2018.**

- Erysipelas of the upper extremity : about 25cases of breast cancer with locoregional therapy.

Saadani CH, Baybay H, Zinoune S, Douhi Z and Mernissi FZ. Integr Cancer Sci Therap, Volume 5(4): 1-2, 2018.*

➔Article accepté et publié en aout 2018 dans Integrative cancer science and therapeutique.

- Basosquamous carcinoma : report of two cases and review.

CH Saàdani1, H Baybay1, H ElMahi1, KH Elboukhari1, S Gallouj1, I SOUAF2 and FZ Mernissi.Int J Cancer Clin Res 2018, 5:093*

➔Article accepté et publié en Juin 2018 dans International journal of cancer and clinical research.

- Diffuse melanosis cutis secondary to metastatic malignat melanoma: case report. : our dermatology online .

Cheymae Saadani Hassani1, Salim Gallouj1, Safae Zinoune1, Ghita Senhaji1, Hanane Baybay1, Fatima Zahra Mernissi1, Samia Arifi 2, Naoufal Mellas2. Our Dermatol Online 1.2019.

➔Article accepté et publié en juillet 2018 dans our dermatology online.

- Diagnostic usefulness of dermatoscopy in differentiating lichen planus from Plaque Psoriasis.Saàdani Hassani Cheymae, Sara Elloudi, Fatima Zahra Mernissi.Edorium Open 2019;2:100006Z95SC2019

➔Article accepté en Octobre 2018 et publié en Février 2019 dans Edorium journals.

- Epidémiologie des infections nosocomiales au service de Dermatologie au CHU Hassan II de Fès.

CH.Saàdani, H.Baybay, FZ.Mernissi. S.Khlil**, G.Yahyaoui**, M.Mahmoud***Revue nationale de Dermatologie Vol 3-N°1.*

➔ Article accepté et publié en 2019 dans la Revue nationale de Dermatologie.

- Sporotrichoid-like tuberculosis in a child: Unusual clinico-dermoscopic aspect

C.Saadani Hassani, H.Baybay ; J.Ziani; M.Rimani; F.Z.Mernissi

➔ Article accepté en Mai 2019 dans clinical case reports

- Multiple scrotal epidermal cysts: A Clinical Case

Saàdani Hassani Cheymae; Elloudi Sara, Fatima zahra Mernissi

➔ Article accepté le mois 5 2019 dans le journal de our dermatology online

- Cutaneous blastomycosis : A mirror of multi systemic disease : A Moroccan case report
C.Saadani Hassani, Pr. H.Baybay, Dr. K.Isoual, S.Mrabet, I.Assenhaji, Dr. Z.Douhi, Dr. S.Elloudi, Dr. M.Rimani, Pr .Z.Tlamçani, Pr. B.Amara, Pr. M.Maaroufi; F.Z.Mernissi

➔ Article accepté le mois 04 2019 dans Indian Journal of dermatology (IDJ_333_18R16)

- Erysipelas of the child : About 30 cases

Ch.saadani, Z.Douhi, H.Baybay, S.Elloudi, FZ.Mernissi

➔ Article accepté et publié le mois 05 2019 dans Clinical Micribiology and Infectious Diseases

Co-auteur:

- **Toxidermie lichénoïde aux anti-bacillaires associée à une anonychie : présentation inhabituelle Lichenoid Drug Eruption with anti-bacillary associated with anonychia: unusual presentation**

Hanane BAYBAY; **Cheymae Saadani**, Dr; Sara Elloudi, Pr; Zakia Douhi, Dr; Mounia Rimani, Pr; Fatima zahra Mernissi

➔ **Article accepté en avril 2019 dans les annales de dermatologie et vénérologie (ANNDER-D-18-00198R1)**

- **Unusual Lesion of the Eyebrow: A Case Report of Chondroid Syringoma**

C. Filali 1* , M. Abdellaoui 1 , F. Chraïbi 1 , **C. Saadani** 2 , F.Z. Mernissi 2 , A. Douida 3 , N. Hammas 3 , D. Benatiya 1

1 Department of Ophthalmology, CHU Hassan II Fez, Morocco.

2 Department of Dermatology, CHU Hassan II Fez, Morocco.

3 Department of Anatomopathology, CHU Hassan II Fez, Morocco.

➔ **Article accepté et publié en avril 2019 dans International Journal of Ophthalmology & Eye Science (IJOES) ISSN 2332-290X**

- **The bork-baykal phenomenon**

S.Zinoune, H.Baybay ; C.H.Saadani ; S.Elloudi ; F.Z.Mernissi

➔ **Article accepté et publié en Mars 2019 dans Madridg Journal of Dermatology and Research ISSN 2639-0353**

- **Giant Peimary Amelanotic Scalp melanoma: Report of a Rare case and Review of the Litterature**

S.Zinoune, S.Elloudi ; C.H.Saadani ; L.Tahiri; H.Baybay; A.Oufkir ; F.Z.Mernissi

➔ **Article accepté et publié en mars 2019 dans Madridg Journal of Dermatology and Research ISSN 2639-4353**

ARTICLES SOUMIS **POUR PUBLICATION**

- Erythermalgie et diabète de type 1 : A propos d'un cas

C.H.Saàdani, H.Baybay, S.Elloudi, Z.Douhi, F.Z.Mernissi.

➔ Article soumis dans la revue africaine de medecine interne

Lichen Nitidus : Clinical aspect and dermoscopic features:

CH.Saadani, S.Elloudi, F.Z.Mernissi

➔ Article soumis dans **Clinical & Experimental Dermatology**

Co-auteur:

Dermoscopic features of vulvar Bowen's disease

Ouiame EL Jouari, Hanane Baybay, **Cheymae Saadani Hassani**, Ghita Senhaji, Sara Elloudi, Fatima Zahra Mernissi

➔ Article soumis au : **Dermatology Practical & Conceptual. ISSN 2160-9381.**

TEXTE DES PUBLICATIONS

Linear Pigmented Basal Cell Carcinoma: Exceptional Clinical Entity with Rare Localization

Case Report

Saädani CH^{*}, Assenhaji I, Gallouj S, Mernissi FZ

Faculty of Medicine, Department of Dermatology, CHU Hassan II, Fes, Morocco.

Abstract

Linear BCC is a distinct clinical entity, first described by Lewis in 1985. The particular region was the most affected. Presence of the tumor along relaxing skin tension lines, increase in subclinical extension. It is suggested that margin controlled excision should be considered for linear BCC. We report a new case of linear pigmented basal cell carcinoma developed in the shoulder.

Keywords: Basal Cell Carcinoma; Linear; Pigmented; Shoulder; Rare Localization.

Introduction

Basal cell carcinoma (BCC) is the most common human malignancy, and accounts for nearly 80% of all non melanoma skin cancers [1]. Several morphologic and histologic variants of BCC have been reported [2]. Linear pigmented basal cell carcinoma is a distinct and rare morphological variant. The first case was described by Lewis in 1985, and since then only 37 cases have been reported [3]. The most common site is the periorbital region [4], especially the lower eyelid and malar region, and they were followed by cervical and trunk. The main of our case is to report a new case of linear pigmented basal cell carcinoma developed in the shoulder, which is a rare localization.

Observation

A 57-year-old man with no pathologic history had a linear pigmented lesion with onset 1 year earlier, on the right shoulder. The patient reported the notion of manipulation of a papule at the same site before the symptomatology. Clinical examination found a linear pigmented plaque measuring 4 cm, well limited, with erosions and crusts at its center (Figure 1). The differential diagnosis was essentially linear angiokeratomas. Dermoscopy revealed ovoid nests, a peripheral digitiform aspect, telangiectasia and arborizing vascularization and central ulceration, with no pigmented network (Figure 2). The diagnosis of pigmented basal cell carcinoma was confirmed by histology, which showed tumor

proliferation of basaloid cells, arranged in palisaded cords, basophilic and sometimes pigmented cytoplasm, and retraction slits. Surgical excision with margins was performed, with histological study concluding a nodular and pigmented basal cell carcinoma, with healthy margins. No recurrence had occurred after 2 years of follow up (Figure 3).

Discussion

Our case describes a rare form of linear pigmented basal cell carcinoma, with the same features reported in the literature. Nevertheless, the most frequent localization described was the periorbital region [4]. The location at the shoulder is exceptional. The majority of linear CBCs are oriented along the lines of tension of the skin, this linear arrangement can be explained by several mechanisms, including the koebner effect, as the case of our patient [5]. Dermoscopy is used to guide the diagnosis of CBC with ovoid nests, ulceration and telangiectasia. The diagnosis is confirmed by histology and nodular CBC represents the most reported histologic subtype. The orientation along the tension lines allows easy surgical excision with good healing. However, the lateral extension of the tumor requires excision with margins of safety.

Acknowledgement & Declarations

All authors contributed to the writing of this article. The authors also state that they have read and approved the final version. The

*Corresponding Author:

C.H. Saädani,
Department of Dermatology, CHU Hassan II, Fes, Morocco.
E-mail: ch.saadani@gmail.com

Received: February 21, 2018

Accepted: March 13, 2018

Published: March 14, 2018

Citation: Saädani CH, Assenhaji I, Gallouj S, Mernissi FZ. Linear Pigmented Basal Cell Carcinoma: Exceptional Clinical Entity with Rare Localization. *Int J Clin Dermatol Res.* 2018;6(1):160-161.

Copyright: Saädani CH^{*} 2018. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Saädani CH, Assenhaji I, Gallouj S, Mernissi FZ. Linear Pigmented Basal Cell Carcinoma: Exceptional Clinical Entity with Rare Localization. *Int J Clin Dermatol Res.* 2018;6(1):160-161.

160

Figure 1. Pigmented plaque with a linear arrangement on the right shoulder.



Figure 2. Dermoscopy: ovoid nests, a peripheral digitiform aspect, telangiectasia central ulceration.

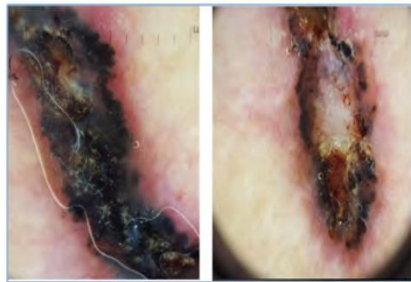


Figure 3. Clinical and dermoscopic control of the exeresis scar.



authors declare no conflict of interest.

Conclusion

Pigmented and linear basal cell carcinoma is a rare morphological variant whose clinical, topographical and therapeutic characteristics must be known. Hence the interest of dermoscopy which has made it possible to correct the diagnosis allowing adequate management.

References

- [1]. Margo CE, Waltz K. Basal cell carcinoma of the eyelid and periocular skin.

- Surv Ophthalmol. 1993 Sep-Oct;38(2):169-92. PubMed PMID: 8235999.
- [2]. Sexton M, Jones DB, Maloney ME. Histologic pattern analysis of basal cell carcinoma: study of a series of 1039 consecutive neoplasms. J Am Acad Dermatol. 1990 Dec;23(6 Pt 1):1118-26. PubMed PMID: 2273112.
- [3]. Bittencourt F, Weis J, Paschoal F, Machado CD, Barbosa CP. Description and approach to a rare case of linear pigmented basal cell carcinoma. J Am Acad Dermatol. 2016 May 1;74(5):AB195.
- [4]. Mavrikakis I, Malhotra R, Barlow R, Huilgol SC, Selva D. Linear basal cell carcinoma: A distinct clinical entity in the periocular region. Ophthalmol. 2006 Feb 1;113(2):338-42. PubMed PMID: 16406534.
- [5]. Mavrikakis I, Malhotra R, Selva D, Huilgol SC, Barlow R. Linear basal cell carcinoma: A distinct clinical entity. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2006;59(4):419-23. PubMed PMID: 16756260.
- [6]. Pardavila R, Rosón E, De La Torre C, González B, Posada C, Feal C, et al., Linear basal cell carcinoma. Report of two cases. Actas Dermosifiliogr. 2007 Jan 1;98(4):291.

Saadani CH, Assenhaji I, Gallouj S, Mernissi FZ. Linear Pigmented Basal Cell Carcinoma: Exceptional Clinical Entity with Rare Localization. *Int J Clin Dermatol Res*. 2018;6(1):160-161.

Spectacular Improvement of Neumann Pemphigus Vegetans, Treated with Erythromycin: Report of a Case

Case Report

CH Saadani*, S Gallouj, FZ Mernissi

CHU Hassan II, Department of Dermatology, Morocco.

Abstract

Pemphigus vegetans is a rare form of pemphigus vulgaris. Its characterized by hypertrophic and vegetating lesions, which typically affects the big folds. We report a case of Neumann pemphigus with involvement of the oral mucosa, with which a spectacular improvement to erythromycin.

Keywords: Pemphigus Vegetans; Neumann Pemphigus; Erythromycin.

Abbreviations: P Veg: Pemphigus Vegetans; PV: Pemphigus Vulgaris.

Introduction

Pemphigus vulgaris is a rare autoimmune blistering disease, the vegetative form is an exceptional form. It is manifested by vegetating lesions in relief, sitting mainly in the folds but may be of interest to other sites. We report a case of pemphigus vegetans, taking a geographical aspect with involvement of the oral mucosa, With a spectacular response to erythromycin.

Case Synopsis

A 35 year-old man, followed-up for tuberculous lymphadenitis under treatment by antibacillar drugs, consulted with a three month history of vegetating lesions of the umbilicus, abdomen, thigh and inguinal folds.

The patient reported that four months ago, he presented a painful, hemorrhagic, purulent and erosive lesions, of the oral mucosa, associated with an itchy vesicular-bullous lesions, which evolved towards hypertrophic lesions, of the entire body.

Examination found multiples plaques, which were vegetating, papillomatous, smelly, well limited, with irregularly shaped, (i.e. Figure 1) involving the umbilical site realizing an omphalitis (i.e. Figure 1a, b), abdominal area (i.e. Figure 1c) the right thigh and

inguinal folds (i.e. Figure 1d). An erythematous erosive plaques with polycyclic margins were also observed at the upper and lower limbs (i.e. Figure 2), with some pigmented scars on the back. It also noted the presence of hypertrophic verrucous lesions in the angles of mouth, with a fissured and erosive tongue (i.e. Figure 3). The scalp was involved with an erythematous and squamous patches.

The rest of the examination revealed cervical lymphadenopathy with Alteration of the general state.

The skin biopsy showed papillomatous, verrucous epidermal hyperplasia with a suprabasal acantholysis. The dermis is edematous, characterized by intense mixed inflammatory infiltrate consisting of polymorphonuclear leukocytes, eosinophils, lymphocytes and plasma cells.

The Direct immunofluorescence showed a fishnet pattern of deposition of IgG and C3, and indirect immunofluorescence revealed the presence of positive anti-intercellular substance antibodies to 640 IU/ml.

Furthermore, hepatic serology B was positive, contraindicate oral corticosteroids. The patient was then placed under Erythromycin 1g/day for a 45kg weight, combined with topical treatment with

*Corresponding Author:

Cheymae Saadani Hassani,
CHU Hassan II, Department of Dermatology, Morocco.
E-mail: ch.saadani@gmail.com

Received: October 29, 2018

Accepted: November 12, 2018

Published: November 14, 2018

Citation: CH Saadani, S Gallouj, FZ Mernissi. Spectacular Improvement of Neumann Pemphigus Vegetans, Treated with Erythromycin: Report of a Case. *Int J Clin Dermatol Res.* 2018;6(8):193-196.

Copyright: CH Saadani©2018. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

dermocorticoids, antiseptic and wound care.

The evolution was marked by subsidence of lesions in the first week of treatment with no new lesions. The treatment was continued for 3 months. Erythromycin side effects were minor, such as stomach pain managed by omeprazole drugs. The patient is in complete remission for 3 years without relapse (i.e. Figure 4).

Case Discussion

The term pemphigus refers to a group of autoimmune bullous diseases of the skin and mucous membranes that have variable clinical and prognostic features [1].

Figure 4. The patient is in complete remission.



Pemphigus Vegetans (P Veg), which represents only 1-2% of all pemphigus patients, is thought to be a rare variant of Pemphigus Vulgaris (PV), characterized by vegetating erosions, primarily in flexures. Classically, two subtypes of Pemphigus Vegetans are recognized [1, 7]:

- *Neumann's subtype*: Actually beginning as PV, with vesicles and bullae that rupture to form hypertrophic granulating erosions, then evolving into vegetating exuding masses; which bleed easily [7]. It's the case of our patient.

- *Hallopeau's subtype*: Initially characterized by pustular lesions that, after rupturing, merge and gradually evolve into vegetating erosions with a centrifugal expansion [7].

The sites most frequently involved are the big folds (axillary, inframammary, inguinocrural, intergluteal), but sometimes areas with small folds are also involved (nasolabial folds, labial folds, periumbelical area) [1]. However, vegetations may occur at any site and not solely in intertriginous areas. In non-flexural sites the granulation tissue can dry out and then produce a warty surface with painful fissures.

Oral involvement is exceedingly common (60 %) often since the beginning of the disease (75%), leading sometimes to malnutrition [3, 7]. Oral vegetations are rare, especially in the Neumann form, but occasionally the tongue develops a 'cerebriform' appearance which is typical of this condition [2].

The histological features of pemphigus vegetans are a suprabasal acantholysis, an exuberant proliferation of involved epidermis, which shows papillomatous, verrucous or pseudoepitheliomatous hyperplasia. Intraepidermal microabscesses consisting of eosinophils and neutrophils, sometimes interspersed with apoptotic or necrotic keratinocytes, are often seen. They can also invade the hair follicle or sweat duct epithelium.

The diagnosis of P Veg is based on clinical manifestations, and histology.

Immunofluorescence findings in P veg are indistinguishable from those of PV. Direct immunofluorescence demonstrates deposition of IgG and C3 on the cell surface of keratinocytes. Indirect immunofluorescence reveals circulating antiepithelial cell-surface IgG as in the reported case.

The physiopathology of the vegetation character of the lesions is not completely elucidated. It would involve local factors (occlusion, maceration and bacterial superinfection at the level of the folds), and general factors. Pemphigus has a genetic basis, characterized by the production of pathogenic autoantibodies directed against different desmosomal proteins (desmoglein 3 and sometimes desmoglein 1 as well) which gives rise to suprabasal acantholysis in both skin and mucous membranes. Some studies have suggested that in P Veg there are additional, occasionally detected antibodies, which bind to other desmosomal proteins, such as desmocollins 1 and 2, and periplakin. This could be a possible explanation for the differences in clinical appearance between PV and P Veg [3].

Under discussion are also immunopathological factors such as Th-2-mediated immune reaction and cytokines that play a role in the epithelial proliferation and eosinophils chemotaxis. Then, activation of the complement cascade in skin lesions attracts inflammatory cells, including polymorphonuclear leukocytes, which cause a severe inflammatory response, with the formation of intraepidermal abscesses and vegetative lesions, both characteristic of P Veg [2, 3].

Treatment of P Veg is similar to that for PV, being systemic glucocorticoids the first choice therapy. The Neumann's subtype is more resistant than Hallopeau's subtype, and requires high doses of corticosteroids with sometimes combination with other treatments such as dapsone or other immunosuppressive drugs [2].

Figure 1. Multiples plaques, vegetating, papillomatous and smelly.



Figure 1a. Vegetating plaques involving the umbilical site.



Figure 1b. Omphalitis.



Figure 1c. Vegetating plaques involving the abdominal area



Figure 1d. Vegetating plaques involving the right thigh and inguinal folds.



Figure 2. An Erythematous erosive plaques with polycyclic margins.



Figure 3. Fissured and erosive tongue.



In response to the infectious contraindication of the patient (Hepatitis B), erythromycin was a alternative therapeutic regimens.

Indeed, in addition to the bacteriostatic effect, erythromycin exerts an anti-inflammatory effect, decreasing the production of pro-inflammatory cytokines. This molecule also inhibits neutrophil chemotaxis, lymphocyte proliferation, and eosinophil activity, as well as modulation of the expression of genes involved in the immune response and inflammation [4, 5].

Considering all these properties, erythromycin has been used in other chronic inflammatory dermatoses, reported by various studies, such as bullous pemphigoid, linear IgA dermatosis, and atopic dermatitis, administered as monotherapy or in combination With topical steroids, indicated in patients which the systemic corticosteroid therapy is contraindicated, thus sparing the side effects of long-term oral corticosteroids [6].

Conclusion

Erythromycin has proven effective in pemphigus vegetating, and therefore a good therapeutic alternative to corticosteroids.

References

- [1]. Rmili M, Adamski H, Lopez L, Le FG, Chevrant-Breton J. Pemphigus vegetans: A rare form of pemphigus. *Ann Dermatol Venerol*. 2011;138(4):364-6. doi: 10.1016/j.jannder.2010.11.005. PubMed PMID: 21497269.
- [2]. Dahbi N, Hocar O, Akhdari N, Amal S, Fakhri A, Rais H, et al. Pemphigus vegetans: rare form of pemphigus. *Presse Med*. 2014 May;43(5):619-21. doi: 10.1016/j.lpm.2013.11.012. PubMed PMID: 24613065.
- [3]. Liegeon AL, Fougerousse AC, Valois A, Bensa Q, Veran Y. Pemphigus vegetans. *Presse Med*. 2013 Dec;42(12):1669-70. doi: 10.1016/j.lpm.2013.01.062. PubMed PMID: 23688706.
- [4]. Kwiatkowska B, Maślinska M. Macrolide therapy in chronic inflammatory diseases. *Mediators Inflamm*. 2012;2012:636157. doi: 10.1155/2012/636157. PubMed PMID: 22969171.
- [5]. Labro MT. Immunomodulation mediated by antibacterial agents. *Resuscitation*. 2006 Aug 1;57(4):259-64.
- [6]. Fox BJ, Odom RB, Findlay RE. Erythromycin therapy in bullous pemphigoid: possible anti-inflammatory effects. *J Am Acad Dermatol*. 1982 Oct;7(4):504-10. PubMed PMID: 6754772.
- [7]. Ruocco V, Ruocco E, Caccavale S, Gambardella A, Schiavo AL. Pemphigus vegetans of the folds (intertriginous areas). *Clin Dermatol*. 2015 Jul-Aug;33(4):471-6. doi: 10.1016/j.clindermatol.2015.04.011. PubMed PMID: 26051064.



Dermoscopy of a Corneiform Pyogenic Granuloma

Saadani CH*, Elloudi S, Baybay H and Mernissi FZ

Department of Dermatology, CHU Hassan II, Fez, Morocco

Article Info

*Corresponding author:
Cheymae Saadani Hassani
Department of Dermatology
CHU Hassan II, Fez
Morocco
Email: ch.saadani@gmail.com

Received: May 29, 2018

Accepted: June 28, 2018

Published: July 04, 2018

Citation: Saadani CH*, Elloudi S, Baybay H and Mernissi FZ. Dermoscopy of a Corneiform Pyogenic Granuloma. *Madridge J Dermatol Res.* 2018; 3(1): 57-58.

Copyright: © 2018 Saadani CH et al. This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Published by Madridge Publishers

A 30-year-old female presented with 4 months history after a trauma, of an erythematous, soft crusted and painful nodule over the chin (Figure 1).



Figure 1. Erythematous soft crusted nodule over the chin.

Dermoscopy was performed and revealed homogenous reddish area with white rail lines, an irregular linear vascularization at the basis, and white crusts with collarette at the upper (Figure 2),



Figure 2. Dermoscopy revealed homogenous reddish area with white rail lines, surrounded by white collarette, with irregular linear vascularization on the basis.

Suggestive of pyogenic granuloma. Histopathology confirms the diagnosis revealing lobular capillary proliferation in upper dermis.

Madridge Journal of Dermatology & Research

Pyogenic granuloma is dermoscopically characterized by reddish homogeneous area which is corresponded to the histologic finding of proliferating capillaries and veins [1]. The white lines like a double rail correspond to the histologic finding of fibrous septa that surround the lobules [2]. And finally, a white collarette corresponds to the hyperplastic adnexal epithelium that embraces the lesion at the periphery [1].

The identification of vascular structures in pyogenic granuloma is crucial because the presence of vascular structures in a red tumor resembling a pyogenic granuloma indicates that a melanoma should not be ruled out [3], such as in our case.

Conflict of Interest

The authors have no conflicts of interest to disclose.

References

1. Abhijeet KJ, Sonthalia S, Khopkar U. Dermoscopy of Pyogenic Granuloma. *Indian Dermatol Online J.* 2017; 8(6): 523-524.
2. Kissou A, Hassam BE. Dermoscopy of pyogenic granuloma. *Pan Afr Med J.* 2017; 27: 110. doi: 10.11604/pamj.2017.27.110.12278
3. Oiso N, Kawada A. Dermoscopy of pyogenic granuloma on the lip: the differing appearances of vascular structures with and without pressure. *Eur J Dermatol.* 2011; 21(3): 441. doi: 10.1684/ejd.2011.1338

Diffuse melanosis cutis secondary to metastatic malignant melanoma: case report

Cheymae Saadani Hassani¹, Salim Gallouj¹, Safae Zinoune¹, Ghita Senhaji¹, Hanane Baybay¹, Fatima Zahra Mernissi¹, Samia Arifi², Naoufal Mellas²

¹Department of Dermatology, CHU Hassan II, Fès, Morocco, ²Department of Oncology, CHU Hassan II, Fès, Morocco

Corresponding author: Dr. Cheymae Saadani Hassani, e-mail: ch.saadani@gmail.com

ABSTRACT

Diffuse melanosis cutis (DMC) is an exceptional presentation of metastatic melanoma characterized by progressive blue-gray discoloration of the skin and mucous membranes. It attests a generally advanced metastatic tumor extension. We report an additional case of diffuse melanosis associated with widespread cutaneous and visceral metastases from malignant melanoma. The prognosis are poor in patients with diffuse cutaneous melanosis associated with malign melanoma.

Key words: Diffuse melanosis cutis – melanoma - metastatic

INTRODUCTION

Diffuse melanosis cutis (DMC) is an exceptional presentation of metastatic melanoma characterized by progressive blue-gray discoloration of the skin and mucous membranes [1]. It attests a generally advanced metastatic tumor extension. The discoloration represents the abnormal presence of pigment within the dermis causing scattering of light [1], and is usually more intensive on sun-exposed areas, including head and upper torso [2]. Usually, dark urine associated with melanin, darkening of the serum and peritoneal fluid can be also seen [3].

Histological findings are relatively uniform in DMC with the most consistent feature reported being the presence of dermal pigment [1].

Due to the rarity of the observed phenomenon the pathogenesis of DMC is yet to be fully understood.

In the literature, approximately 72 cases of DMC have been described until now, most of them being associated with multiple organ metastases [2].

Patients with melanosis cutis have a bleak prognosis with survival times of only weeks or months after the onset of melanosis [4].

We report an additional case of diffuse melanosis associated with widespread cutaneous and visceral metastases from malignant melanoma

CASE REPORT

A 32-year-old woman, phototype IV (Fig. 1), with history of familial melanomas, had been operated for non-metastatic melanoma of the left thigh. Five years later, the patient presented a local recurrence of her melanoma with homolateral ganglionic involvement. The results of the extension showed cutaneous, subcutaneous, ganglionic and pulmonary metastases. The patient had palliative surgery associated with chemotherapy with dacarbazine followed by paclitaxel. The evolution was marked by a change of phototype with diffuse pigmentation. The clinical examination found a patient with phototype V (Fig. 1), a diffuse and homogeneous melanoderma which interest the skin, the nails and the mucous membranes, more pronounced in photo exposed zones (Figs. 2a, 2b and 2d). Dermoscopy showed an homogeneous pigmented pattern (Fig. 2c), with diffuse regular melanonychia bands on all the nails (Fig. 2e). A skin biopsy, taken from his face area revealed melanin deposition in the dermis. Urine analysis showed a brown-amber color

How to cite this article: Saadani CH, Gallouj S, Zinoune S, Senhaji G, Baybay H, Mernissi FZ, Arifi S, Mellas N. Diffuse melanosis cutis secondary to metastatic malignant melanoma: case report. Our Dermatology Online. 2019;10(1):1-3.

Submission: 20.06.2018; **Acceptance:** 01.07.2018

DOI: 10.7241/ourd.20191.??

(Fig. 3). The metabolic and endocrine blood tests were negative. The patient was dead 15 months later.

DISCUSSION

Diffuse cutaneous melanosis (DCM) is rarely encountered condition in malign melanoma. It is often associated with liver, lung and lymph nodes metastases. DCM also can be seen in Addison disease, porphyria cutanea tarda and hemochromatosis [3].

Until 2017, more than 70 cases of DMC were reported, however, mechanisms of the condition have not been elucidated [2]. So far, Different pathogenic mechanisms leading to diffuse melanosis have been discussed.

Bohm et al suggested that cutaneous diffuse melanosis is linked to an excessive production of melanocytic growth factors (MSH (melanocyte stimulating hormone), Hepatocyte growth factor (HGF), Endothelin-1 (ET-1)). Excessive production of MSH (from tumor), HGF and ET-1 (from distinct site of metastasis) induce normal and malignant melanocytes resulting in enhanced proliferation, melanogenesis and melanin releasing [3].

Other several lines of evidence suggest that the direct cause of the skin darkening is melanin derived from the melanoma micrometastases in the dermis [2].

On the other hand, other reports indicate that it is plausible that cytolytic melanoma deposits liberate vast quantities of melanin precursors, as well as free melanin and melanosomes into the circulation. This may occur as a result of rapid turnover of neoplastic deposits, ischemia, immunological responses, or oncologic therapies [1]. Circulating precursors would have the capacity to traverse the glomerulus and be excreted in the urine, causing melanuria [1-6].

Subsequently, an other hypothesis is the peripheral oxidation of melanin precursors. These precursors generated in the tumor pass through the capillary membrane into the dermis and are converted into melanin by oxidizing systems [4]. This theory has been supported by the documented observations of melanin precursors, melanin, melanosomes, and melanophages in patients' serum [2].

In our patient as well, diffuse melanosis appeared after beginning chemotherapy.

The findings of histomorphological examinations are described differently [4]. The most often described



Fig. 1: Phototype of the patient before and after disease.



Fig 2 : a: Diffuse and homogeneous melanoderma which interest the skin, more pronounced in photoexposed zones b: Diffuse and homogeneous melanoderma which interest the mucous membranes c: Dermoscopy showed an homogeneous pigmented pattern d: Diffuse and homogeneous melanoderma which interest the nails e: Dermoscopy showed an homogeneous pigmented pattern, with diffuse regular melanonychia bands on all the nails.

histological finding, was the presence of pigmented granules but not of malignant cells [5]. In most of the cases, biopsy specimens revealed that the hyperpigmentation resulted from a marked deposition of pigment in the dermis. Another finding was giant melanosomes in melanocytes, keratinocytes and melanophages [3,4]. Micrometastases or single metastatic melanoma cells, as rarely have been described.

Treatment of diffuse melanosis cutis involves treating the underlying melanoma. There have been no reports of diffuse melanosis cutis reversing [7].



Fig 3: Urine analysis showed a brown-amber color

The prognosis are poor in patients with diffuse cutaneous melanosis [3,4]. The mean duration between diagnosis of melanoma and the onset of melanosis is less than a year. And the survival time from the onset of DMC is approximately 4 months [2].

DCM should be considered in the differential diagnosis list of skin discoloration after excluding other common differential diagnoses.

CONCLUSION

Melanosis cutis is a rare event in advanced metastatic melanoma whose exact mechanisms of development are still unclear. However, the role of micrometastases, as well as melanin precursors, released during lysis of MM metastases, and growth factors play a role. It is associated with a grim and poor prognosis of

preterminally affected patients with a mean survival of approximately 4 months

CONSENT

The examination of the patient was conducted according to the Declaration of Helsinki principles.

REFERENCES:

1. Sebaratnam DF, Venugopal SS, Frew JW, McMillan JR, Finkelstein ER, Martin LK, et al. Diffuse melanosis cutis: A systematic review of the literature. *J Am Acad Dermatol*. 2013;68:482-8.
2. Maj J, Jankowska-Konsur A, Gruber J, Woźniak Z, Nockowski P, Hryniewicz-Gwóźdź A. Diffuse melanosis cutis related to dermal micrometastases as the first clinical symptom of distant metastatic malignant melanoma. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96:e6470.
3. Oruç, Kaplan MA, Yerlikaya H, Uraçlı Z, Küçüköner M. A metastatic malign melanoma case with diffuse cutaneous melanosis. *J Oncol Scien*. 2016;2:71-2.
4. Hofmann M, Kiecker F, Audring H, Grefer K, Sterry W, Trefzer U. Diffuse Melanosis cutis in Disseminated Malignant Melanoma. *Dermatology*. 2004;209:350-2.
5. El Hadj OE, Bouhajja L, Goucha A, Rekik W, El May A, Gamoudi A. Dubreuilh's melanosis or malignant lentigo. *Our Dermatol Online*. 2017;8:231-2.
6. Guérin M, Chappard D, Giard C, Domp martin-Blanchière A, Martin L. Mélanose et mélanurie au cours d'un mélanome multimetastatique. *Imag Dermatol*. 2012;5:1.
7. Minocha R, Kefford R, Uribe P, Sebaratnam DF, Fernandez-Penas P. Diffuse melanosis cutis in the setting of BRAFV600E mutant melanoma and treatment with targeted therapies. *Australas J Dermatol*. 2015;56:128-30.

Cheymae Saadani Hassani, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.
Source of Support: Nil, Conflict of Interest: None declared.

Epidémiologie des infections nosocomiales au service de Dermatologie au CHU Hassan II de Fès (à propos de 40 cas)

Epidemiology of nosocomial infections in the Department of Dermatology at the Hassan II Hospital of Fez (about 40 cases)

C.H.Saadani*, H.baybay*, FZ.Mernissi*
S.Khlil**, G.Yahyaoui**, M.Mahmoud**
Service de dermatologie* CHU Hassan II, Fès
Service de Microbiologie**CHU Hassan II, Fès

Auteur Correspondant : Cheymae Saadani Hassani , email : ch.saadani@gmail.com

Résumé :

Les infections nosocomiales (IN) posent un véritable problème de santé publique du fait de leur fréquence, leur gravité et leur coût socio-économique. Notre travail qui consiste à une étude rétro prospective réalisée au service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès sur une période de 7 ans (Janvier 2010 à Aout 2017), comportant les patients ayant présenté une infection à des germes multi résistants au cours de leurs hospitalisation au service de dermatologie, avait pour objectifs de déterminer la prévalence globale des IN au service de dermatologie et d'évoquer les principaux facteurs de risque liés à ces infections, afin d'établir une stratégie préventive adéquate.

Mots clés : infections nosocomiales, prévalence, service dermatologie

Summary:

Nosocomial infections (NIs) are a real public health problem because of their frequency, severity and socio-economic cost. Our work consists of a retrospective study carried out in the Department of Dermatology of the university hospital Hassan II of Fez over a period of 7 years (January 2010 to August 2017), including patients who had an infection with multiresistant germs during their hospitalization in the Department of Dermatology. Our aims are to determine the overall prevalence of NIs in dermatology and to discuss the main risk factors related to these infections, in order to establish an adequate preventive strategy.

Keywords: nosocomial infections, prevalence, dermatology department

خلاصة

تشكل العدوى المستحدثة مشكلة صحية عمومية حقيقية بسبب تواترها وشدها وتكلفتها الاجتماعية والاقتصادية. قمنا بدراسة رجعية مستقبلية في قسم الأمراض الجلدية في جامعة الملك عبد العزيز الثاني في فاس على مدى 7 سنوات (يناير 2010 إلى أغسطس 2017)، تتضمن المرضى الذين أصيبوا بالعدوى الناتجة عن الجراثيم ذاتي مقاومة متعددة خلال استشفائهم في قسم الأمراض الجلدية، بهدف تحديد نسبة انتشار العدوى المستحدثة في قسم الأمراض الجلدية ومناقشة عوامل الخطر الرئيسية المرتبطة بهذه الأمراض، من أجل وضع استراتيجية وقائية ملائمة.

الكلمات الدالة : العدوى المستحدثة، نسبة انتشار ، قسم الأمراض الجلدية

Introduction:

Une infection nosocomiale est une infection acquise à l'hôpital. Un délai d'au moins 48 heures entre l'admission et l'état infectieux est classiquement admis pour affirmer son caractère nosocomial [1].

Bien que le département de dermatologie est un service froid avec un faible taux de gestes invasifs, il constitue cependant le théâtre d'une proportion non négligeable des infections acquises à l'hôpital.

De nombreux travaux ont été réalisés dans les services à haut risque aux infections nosocomiales, tel que la réanimation et les services de chirurgie, mais il existe peu de données disponibles à ce jour concernant les infections nosocomiales au service de dermatologie et ses particularités. [2]

Matériel et méthodes :

Etude rétro prospective réalisée au service de dermatologie du CHU Hassan II de Fès sur une période de 7 ans (Janvier 2010 à Aout 2017), comportant les patients ayant présenté une infection à des germes multi résistants au cours de leurs hospitalisation au service de dermatologie.

Résultats :

Au terme de l'étude 40 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 49,69 ans, avec des extrêmes d'âge de 21 et 74 ans. Le sex-ratio était de 0,89 (18H/23F). Le niveau socio-économique bas était prédominant. La durée d'hospitalisation moyenne était de 45 jours.

Les facteurs de risque intrinsèques, liés aux patients, retenus dans notre étude étaient l'immunodépression liée au diabète (27%), au traitement immunosuppresseur par corticothérapie au long court (19,4%) ou par chimiothérapie (30%), et à la dénutrition (11,1%). Les facteurs de risque extrinsèques, liés aux gestes invasifs étaient : la biopsie cutanée (47,2%), le cathétérisme veineux central (19,4%) et périphérique (11,1%), la biopsie ganglionnaire (8,33%) et la nécrosectomie (8,33%). Tous les patients recevaient les soins locaux et 60% prenaient le bain.

Les dermatoses bulleuses étaient les plus fréquentes (36,11%), suivies des erythrodermies avec (13,8%), les erysipèles avec (11,11%), les Lymphomes T cutanées (8,33%), puis les brûlures (5,55%) et les escarres (5,55%). Le bilan infectieux était perturbé chez la majorité des patients, alors qu'il était normal chez 4 patients qui avaient bénéficié du dépistage.

L'examen microbiologique a été réalisé dans tout les cas. Le site d'infection était cutanée dans la majorité des cas (88,8%), puis sanguin (19,4%), nasal (13,8%) et urinaire (5,55%). Les germes responsables étaient dominés par le Staphylocoque Aureus Résistant à la Mécilline (72,22%), suivi par E-Coli multi-résistant (13,8%), l'Acinetobacter (5,55%), le Pseudomonas auregenosa (2,7%) et l'enterobacter (2,7%). Le traitement par antibiothérapie était instauré chez 88,8% des patients infectés, par Targocid, Vancomycine, Tienam, Rovamycine et Colymicine, Une décontamination par Bactroban était prescrite chez 11,11% des patients qui avaient un portage asymptomatique.

Le prélèvement de contrôle était négatif chez 50% des patients, positifs chez 13,5%, et non fait chez 41,2%.

Une aggravation de la dermatose sous jacente était retrouvée dans 30,5% cas , avec un décès dans 11,11%.

Discussion :

Nos résultats sont comparables avec les données de la littérature en ce qui concerne les facteurs de risque d'infections nosocomiales, qu'elles soient intrinsèques, essentiellement la moyenne d'âge avancé, l'immunodépression liée au diabète, à la dermatose sous jacente et au traitement immunosuppresseur ainsi que la prise de Corticothérapie à long court[3, 4]. Les facteurs extrinsèques étaient essentiellement la durée moyenne d'hospitalisation prolongée[5], les gestes invasifs effectués essentiellement les cathetersveineux, les biopsies cutanées et la necrosectomies, ce qui rejoint les données de la littérature.

La relation entre la consommation d'antibiotiques[6], notamment les fluoroquinolones et la survenue d'IN a été retrouvée dans plusieurs études, néanmoins, l'antibiothérapie la plus prescrite dans notre étude était l'Amoxicilline protégée.

La dermatose chronique[7], avec effraction cutanée[8], semble fortement favoriser la colonisation et l'infection des patients. Cette constatation est confirmée dans la littérature. Dans notre série, tous les patients avaient, en plus de l'effraction cutanée, des dermatoses lourdes nécessitant une hospitalisation prolongée ce qui favorise d'avantage l'acquisition d'une infection nosocomiale.

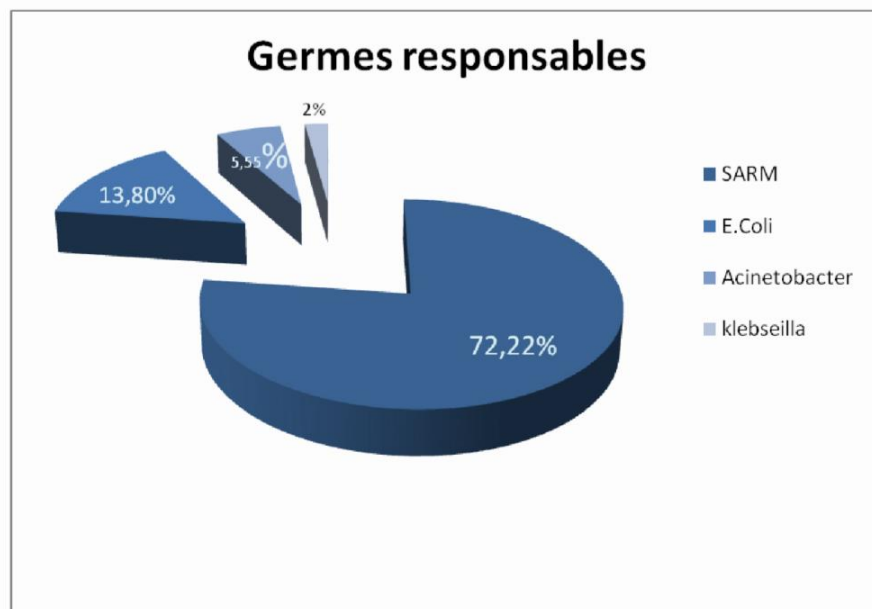
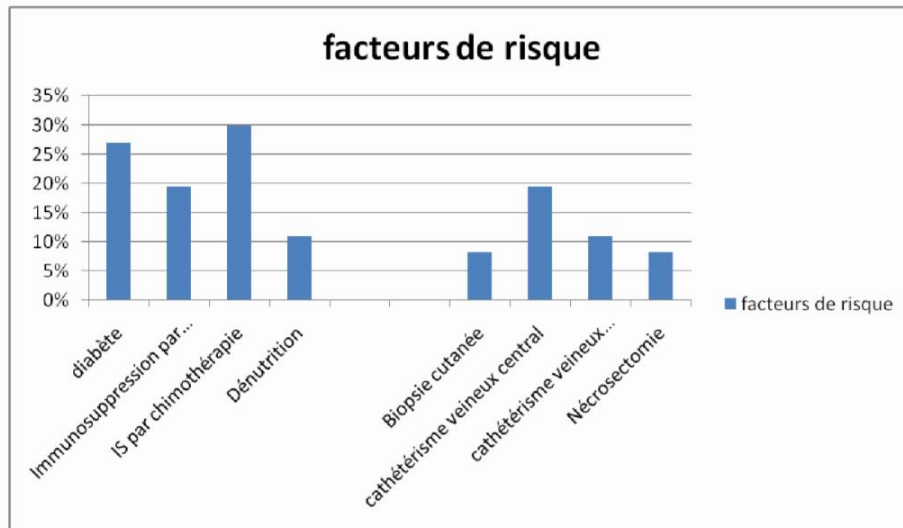
La Vancomycine et la Teicoplanine constituent les molécules de choix dans le traitement des infections nosocomiales [5].

La mortalité des infections à SARM varie selon les sites infectés, variant de 10 à 30% [9]. L'impact de la résistance bactérienne sur cette mortalité est cependant discuté. La cause de décès dans notre série était majoritairement secondaire à une septicémie.

Conclusion :

La pathologie dermatologique constitue un facteur de risque majeur de l'acquisition d'IN, ce qui impose des mesures de prévention plus stricte et plus rigoureuse dans le service de dermatologie. Les techniques de détection des IN appropriées et le respect des indications de dépistage peuvent permettre le repérage précoce de plusieurs patients porteurs d'IN en centre hospitalier et empêcher l'apparition d'éclosions. L'application rigoureuse des mesures de prévention et de contrôle pour les patients porteurs des IN limite aussi la possibilité de transmission d'IN dans un établissement. Enfin la communication au moment des transferts et en période d'éclosion peut prévenir la transmission de ces IN d'un établissement à l'autre.

Figures :



Références :

- 1- S. hamdani, Pr Kanjaa : Epidémiologie de l'infection nosocomiale en milieu de réanimation. Thèse de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès. Juillet 2010.
- 2- N.Draou, K.Zouhair, M.Ouhadous et al : Epidémie à staphylocoque résistant à la méthicilline au service de dermatologie. Ann DermatolVenercolVol 130, N° SUP 4 - avril 2003.

Erysipelas of the upper extremity: About 25 cases of breast cancer with loco regional therapy

Saadani CH*, Baybay H, Zinoune S, Douhi Z and Mernissi FZ

Department of Dermatology, Hassan II hospital, Fes, Morocco

Abstract

Aim: The aim of this study was to evaluate the prevalence of erysipelas of the upper extremity in women treated for breast cancer.

Methods: A study of 7-years retro-prospective study identifying 25 cases of erysipelas of the upper extremity following treatment for breast cancer; was carried out between March 2010 and December 2017 at the Hassan II hospital Fes, Morocco, we describe the clinical, therapeutic, and evolutionary aspects.

Results: The mean age was of 48, 17 years. All patients had a breast surgery and lymphadenectomy. The erysipelas appeared with an average of 5.23 years after cancer treatment and was recurrent in seven cases. Lymphedema occurred in eighteen patients. The clinical aspect was an inflammatory plaque. The portal of entry was found in 73.91% of patients. The upper limb was affected in all cases. Involvement of the axillary folds or the chest was observed in 30.43%. Treatment with amoxicillin associated with clavulanic acid was undertaken for all patients.

Conclusion: Lymphadenectomy and radiotherapy in breast cancer may lead to lymphedema, which can be evident or sometimes discrete. Those patients who developed erysipelas in our series usually fared well with treatment, but many had recurrences attributed to persistent lymphedema.

Introduction

Erysipelas is a distinct type of superficial cutaneous cellulitis with marked dermal lymphatic vessel involvement caused by group A beta hemolytic streptococcus, rarely caused by *S. aureus* [1]. Lymphedema, venous stasis, web intertrigo, and obesity are risk factors in the adult patient [2]. Erysipelas of the upper extremity in women treated for breast cancer is relatively known but rarely reported. Malignancy and local impairment of venous and lymphatic circulation are reported to be predisposing factors. We attempted to characterize the clinical and evolutionary characteristics of erysipelas after treatment of breast cancer.

Materials and methods

Our study was a retro-prospective analysis of 255 patients with erysipelas observed during the period from March 2010 until December 2017 at the department of dermatology at Hassan II Hospital Fes, Morocco, we identify 25 cases of erysipelas of the upper limb following treatment for breast cancer.

The clinical data were collected from the files of the hospitalized patients.

For each patient we recorded the age, past medical history, clinical findings, laboratory finds, treatment, and outcome.

Results

The age of our patients ranged between 31 and 75 years with a mean age of 48.17 years. All our patients had undergone mastectomy and lymphadenectomy for breast cancer, 12 had chemotherapy, and 20 had radiotherapy. History of obesity was found in 7 patients, diabetes in 6. Lymphedema was noted in thirteen patients.

The erysipelas appeared with an average of 5.23 years after cancer treatment (3 months to 15 years) and was recurrent in 7 cases, the number of episodes varied from 1 to 3.

The portal of entry was found in 73.91%, with (post traumatic wound: 8.69%; interdigital tinea: 13.03%, under breast :13.03%), mastectomy scar :13.03%).

The site of involvement was the homolateral superior limb for all the cases. Involvement of the axillary folds or the chest was observed in 30.43% (Figure 1). The clinical aspect was an inflammatory plaque in all cases. It was complicated by purpura in three case (Figure 2), blisters in 26.03%.

Laboratory abnormalities included increased white blood cell count (with predominance of segmented neutrophils) in fifteen cases; the white count was normal in eight cases, and the CRP was increased in twenty cases. The score of Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis (LRINEC) was > 6 in 5 cases.

Outcome was favorable. All patients were treated with intravenous amoxicillin associated with clavulanic acid (50mg/kg/day). Once the patients became afebrile and otherwise had a marked improvement, the route of penicillin administration was changed to oral. The duration of treatment varied between 6 and 30 days with an average of 16 days. Prevention with benzyl penicillin was initiated in 44.82% of patients.

***Correspondence to:** Saadani CH, Department of Dermatology, Hassan II hospital, Fes, Morocco, E-mail: ch.saadani@gmail.com

Received: August 01, 2018; **Accepted:** August 20, 2018; **Published:** August 23, 2018



Figure 1. Involvement of the axillary folds and the chest



Figure 2. Erythema, edema and purpura of the forearm and arm

Discussion

Erysipelas is a dermohypodermal infection that most often occur the face or lower extremity. However, localization at the upper extremity and at the thoracic level remains infrequent. Mastectomy and radiotherapy for breast cancer are factors contributing to this complication, but few cases are reported in the literature [3].

The lymphatic circulation is affected by the radiotherapy and mastectomy favoring the obstruction and the progressive destruction of lymphatic communications, hence the lymphedema [4]. This lymphatic stasis appeared to play an important role in the occurrence of erysipelas in our patients.

Other factors that may play a role in developing infection in areas of lymphedema include diabetes which was noted in six of our patients, obesity, treatment with corticosteroids, and immune suppression. Once lymphedema is established, the affected arm is subject to erysipelas developing from minor infections such as paronychia, folliculitis, and interdigital web-space infection, as reported in our patients, such infections would not be significant in the normal arm.

Lymphedema following lymph-node dissection for invasive breast cancers is common and its impact on long-term quality of life in survivors of early-stage breast cancer should not be underestimated [5,6].

The risk of lymphedema correlates with the use of postoperative radiotherapy and the number of lymph nodes removed [3].

The diagnosis of erysipelas is essentially clinical, a fever of acute onset with a sharply demarcated, warm, indurated and painful erythema.

The principal antibiotic recommended for treating β -hemolytic streptococci infection, including *S. pyogenes*, is penicillin G [7]. When administered orally, penicillin V is used; however, because that drug isn't available in our hospital, amoxicillin, sometimes associated with clavulanic acid, another oral penicillin, is used.

Penicillin G is the treatment of choice, but we used amoxicillin associated with clavulanic acid given its availability in our hospital. Following the acute phase, the treatment may be given by oral routes. The outcome is generally favorable.

In addition to antibiotics, scrupulous personal hygiene may be beneficial because group-A Streptococci may colonize unbroken skin [8].

The major late complication of this erysipelas is more lymphedema, which favors recurrence of infection. Each recurrence may do further local damage to lymphatic channels and thus perpetuate a vicious cycle. For patients who have recurrent erysipelas, antibiotic prophylaxis (especially with benzathine-benzylpenicillin or phenoxymethylpenicillin) is recommended [9]. The eradication of every portal of entry is recommended, especially for Local fungal infection of the skin or nails.

Conclusion

The occurrence of erysipelas following treatment of breast cancer correlates with the associated lymphedema. The treatment is an antibiotic during the acute phase of the disease and eventually an antibiophylaxis to avoid recurrences. Attention should be given to measures that prevent lymphedema and eradicate potential portals of entry.

References

1. Naveena KN, Paia VV, Soria T, Kalabhavib S (2012) Erysipelas after breast cancer treatment. *The Breast* 21: 218e219.
2. Saavedra A, Weinberg AN, Swartz MN, Johnson RA (2008) Soft-tissue infections: Erysipelas, cellulitis, gangrenous cellulitis, and myonecrosis. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, et al. (Eds). *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. (7th edn). New York: McGraw-Hill: 1720e4.
3. Masmoudi A, Maaloul I, Turki H, Elloumi Y, Marrekhi S, et al. () Erysipelas after breast cancer treatment (26 cases). *Dermatology Online J* 11: 12. [Crossref]
4. de Godoy JMP, Azoubel LMO, de Fátima M, Godoy MDG (2009) Erysipelas and lymphangitis in patients undergoing lymphedema treatment after breast-cancer therapy. *Acta Dermatoven APA* 18.
5. Fredriksson I, Liljegren G, Arnesson LG, Emdin SO, Palm-Sjövall M, et al. (2002) Consequences of axillary recurrence after conservative breast surgery. *Br J Surg* 89: 902-908. [Crossref]
6. Voogd AC, Ververs JM, Vingerhoets AJ, Roumen RM, Coebergh JW, et al. (2003) Lymphoedema and reduced shoulder function as indicators of quality of life after axillary lymph node dissection for invasive breast cancer. *Br J Surg* 90: 76-81. [Crossref]
7. Kwak YG, Choi SH, Kim T, Park SY, Seo SH, et al. (2017) Clinical Guidelines for the Antibiotic Treatment for Community-Acquired Skin and Soft Tissue Infection. *Infect Chemother* 49: 301-325. [Crossref]
8. Herman C, Hamdy M (1984) Recurrent streptococcal cellulitis complicating radial hysterectomy and radiation. *Obstet Gynecol* 63: 862-864. [Crossref]
9. Sjöblom AC, Eriksson B, Jorup-Ronstrom C, Karkkonen K, Lindqvist M (1993) Antibiotic prophylaxis in recurrent erysipelas. *Infection* 21: 390-393. [Crossref]

Copyright: ©2018 Saadani CH. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.



CASE REPORT

Basosquamous Carcinoma: Report of Two Cases and Review of Literature

CH Saàdani^{1*}, H Baybay¹, H ElMahi¹, KH Elboukhari¹, S Gallouj¹, I SOUAF² and FZ Mernissi¹

¹Departement of Dermatology, CHU Hassan II, Fes, Morocco

²El Yousr laboratory, Fes, Morocco

*Corresponding author: CH Saàdani, Departement of Dermatology, CHU Hassan II, Fes, Morocco, E-mail: ch.saadani@gmail.com



Abstract

Background: Basosquamous cell carcinoma (BSCC) or metatypical carcinoma is a poorly known cutaneous tumor that is considered as an aggressive type of basal cell carcinoma with an increased risk of recurrences and metastases. The most common onset is in the head and neck region.

Methods: We present two cases of basosquamous carcinoma of lower extremity, in which a longstanding lesion initially diagnosed as basal cell carcinoma for one case, and as squamous cell carcinoma for the second case, and were later found to have basosquamous histology. Both patients received surgical treatment with good evolution.

Conclusion: Metatypical basal cell carcinoma or basosquamous Cell carcinoma (BSCC), is a rare skin carcinoma, potentially aggressive entity with clinical and pathological characteristics of CBC and CSC, considered as a variant of CBC, but is currently defined as a tumor complex. Although clinically similar to BCC, it is more aggressive and metastasizes more frequently. Clinical differentiation of BSC and BCC is impossible owing to their clinical similarity. Dermoscopic patterns may facilitate early diagnosis and accurate management. Confirmation remains histological, showing areas typical for both BCC and SCC. Immunohistochemical examination may provide additional data for a more accurate diagnosis. Review of the literature reveals a metastatic rate greater than that of basal cell and squamous cell carcinoma, and identifies several important characteristics that impact prognosis after surgical resection. It's important to have an early diagnosis and compulsory excision and a regular follow-up in order to avoid the significant morbidity and even mortality associated with this aggressive carcinoma of the skin.

Keywords

Basosquamous, Carcinoma, Metastasis

Abbreviation

BSCC: Basosquamous Cell Carcinoma; BCC: Basal Cell Carcinoma; SCC: Squamous Cell Carcinoma

Introduction

Basosquamous cell carcinoma (BSCC) or metatypical carcinoma, is a rare type of epithelial skin tumor first described by MacCormac in 1910, regarded by most authors as a rare variant or subtype of basal cell carcinoma (BCC) [1], it has areas of definitive basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma with a transition zone between them, suggesting differentiation of one of the tumours into the other.

BSC is a rare tumor with an incidence of less than 2% of all non-melanoma skin cancers [2] and is predominant in men. Its etiology is multifactorial, but UV radiation, aging, and tobacco exposure seem to play key roles in the onset of BSC [3]. BSCs are usually located in the head and neck area or in other sun-exposed areas [3].

Although basosquamous carcinoma is similar to the basal cell carcinoma clinically and morphologically, this tumour may behave more aggressively, with a propensity for local recurrence and a potential risk for distant metastatic spread. However, there is a disagreement about aggressiveness of this tumour, and data are insufficient [2].

Case Report 1

A 59-year-old man, with past medical history was



Citation: Saàdani CH, Baybay H, ElMahi H, Elboukhari KH, Gallouj S, et al. (2018) Basosquamous Carcinoma: Report of Two Cases and Review of Literature. Int J Cancer Clin Res 5:093. doi.org/10.23937/2378-3419/1410093

Accepted: June 11, 2018; **Published:** June 13, 2018

Copyright: © 2018 Saàdani CH, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.



Figure 1: Clinical image: Ulceration in the leg (case 1).

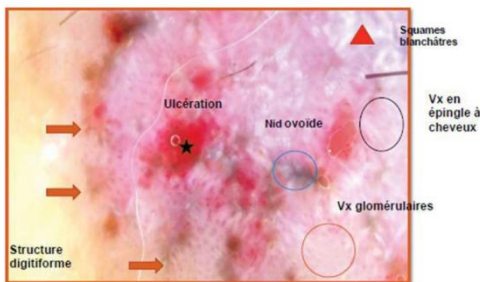


Figure 2: Dermoscopic features (case 1).

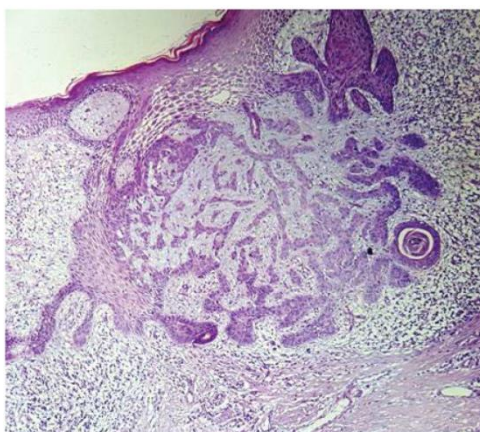


Figure 3: Histological section of basal cell carcinoma (case 1).

significant for diabetes, and hypertension, presented a painless, slightly pruriginous left leg injury, evolving for 10 months, Whose diagnosis of squamous cell carcinoma (SCC) was histologically confirmed by a biopsy. Clinical examination revealed a large ulcerated skin lesion, 3 cm in size, well limited, with clean surface, covered with whitish scales in places resting on a slightly atrophic skin (Figure 1). Dermoscopy focuses on diagnosis of squamous cell carcinoma by demonstrating glomerular and hairpins vascularity surrounded by a whitish halo (Figure 2). Other lesions were found, including ovoid nests, ulceration and digitiform structures, suggestive of the diagnosis of associated basal cell carcinoma (Figure 2). Histological examination of the surgical specimen with a margin of 10 mm revealed basosquamous carcinoma with disease-free resection margins (Figure 3 and Figure 4). The extension rate was negative. Currently, after 1 year, the patient is free of disease and enjoys good health.

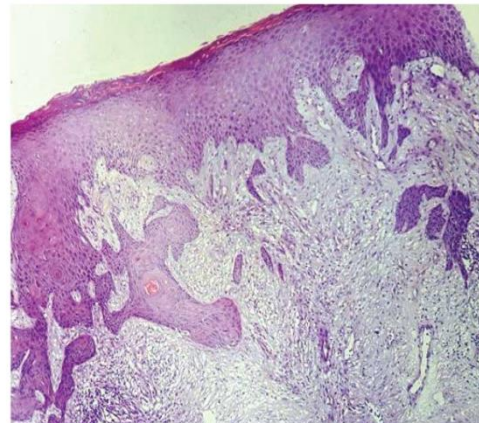


Figure 4: Histological section of basal cell carcinoma (case 1).



Figure 5: Image Clinical image: Nodule at the knee (case 2).

ma (SCC) was histologically confirmed by a biopsy. Clinical examination revealed a large ulcerated skin lesion, 3 cm in size, well limited, with clean surface, covered with whitish scales in places resting on a slightly atrophic skin (Figure 1). Dermoscopy focuses on diagnosis of squamous cell carcinoma by demonstrating glomerular and hairpins vascularity surrounded by a whitish halo (Figure 2). Other lesions were found, including ovoid nests, ulceration and digitiform structures, suggestive of the diagnosis of associated basal cell carcinoma (Figure 2). Histological examination of the surgical specimen with a margin of 10 mm revealed basosquamous carcinoma with disease-free resection margins (Figure 3 and Figure 4). The extension rate was negative. Currently, after 1 year, the patient is free of disease and enjoys good health.

Case Report 2

A 68-year-old woman, Followed for idiopathic thrombocytopenic purpura, presented an asymptomatic nodular lesion, on the left knee, evolving for 1 year.

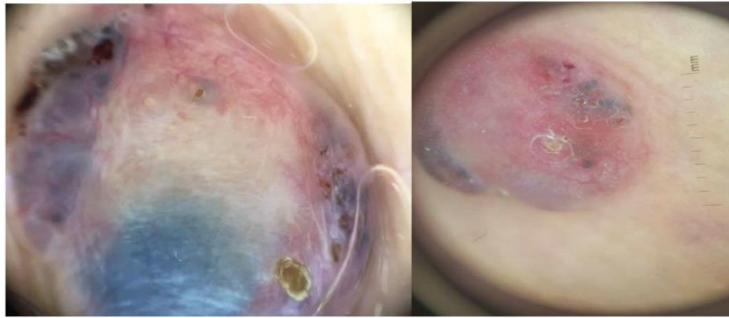


Figure 6: Dermoscopic features (case 2).

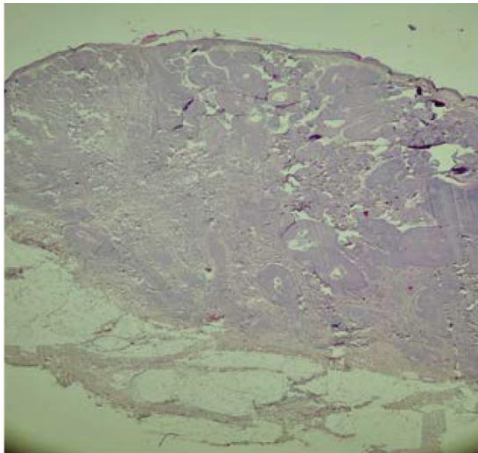


Figure 7: Histological section of basal cell carcinoma (case 2).

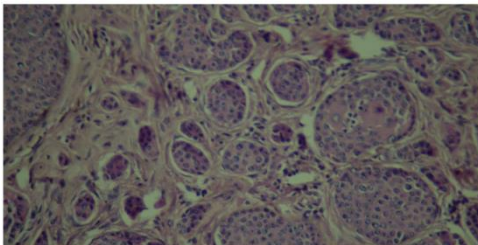


Figure 8: Histological section of basal cell carcinoma (case 2).

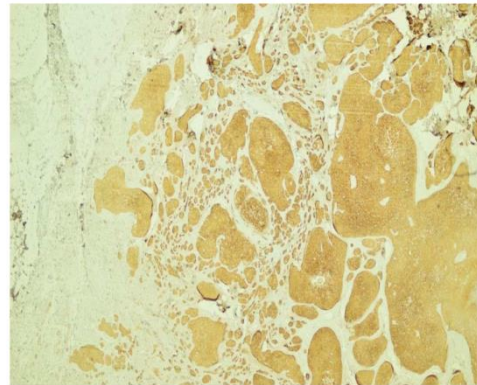


Figure 9: Histological section of basal cell carcinoma and IHC (CK 5/6) (case 2).

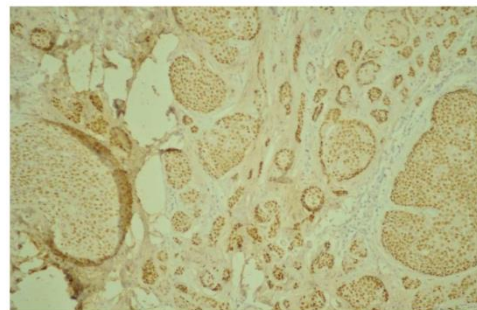


Figure 10: Histological section of basal cell carcinoma and IHC (P63) (case 2).

Clinical examination established a nodule, 2 cm in size, well limited, covered with telangiectasia (Figure 5). Dermoscopy confirmed the diagnosis of basal cell carcinoma by demonstrating ovoid nests, digitiform structures, and telangiectasia (Figure 6). Staging procedures did not reveal any evidence of metastatic disease. Histological examination of the surgical specimen with a margin of 6 mm, revealed an infiltrating tumour with a mixed basal and spindle cell pattern with disease-free resection margins (Figure 7 and Figure 8). Immunohistochemi-

cal (IHC) analysis with p63 and CK5/6 demonstrated a mixed pattern of staining consistent with a diagnosis of a basosquamous carcinoma (BSC Figure 9 and Figure 10). The extension rate was negative. Currently, after 1 year, the patient is free of disease and enjoys good health.

In both cases, IHC was performed on the sections, using a complete panel of specific antibodies. BSCs showed

a transition zone between typical BCC and SCC and staining patterns similar to both the BCC and SCC. The lesions stained positive for cytokeratins 5/6 and p63 in squamoid areas (Figure); and for EMA in classic areas of BCC.

Discussion

Metatypical basal cell carcinoma (MTBCC), also known as basosquamous carcinoma (BSC), is a rare skin carcinoma [4]. It was first described in 1910 by MacCormac and later, in 1928, by Montgomery, using the terms "metatypical basal cell carcinoma" or "basal squamous cell epithelioma" as synonyms of BSC, a pathological entity described as transitional between BCC and SCC [5]. In 1959, Burston and Clay defined it as a variant of BCC, differentiating into SCC. This hypothesis of "squamatization" of BCC was cytologically demonstrated by the presence of areas of basal cells differentiating into squamous cells [5].

The incidence of BSC is ill-defined; it may represent 1.2% to 2.7% of all skin carcinomas [6]. Although clinically similar to BCC, it is more aggressive and metastasizes more frequently (> 7.4%), even in comparison to SCC (0.78%) [4]. Metastases have been described in the lymph nodes, lung and bones, and appear 4-7 years after presentation of the primary tumor [7].

Some common characteristics have emerged when many patients with BSC are compared [6]. In large series, BSC is most commonly found in the head and neck region, and less common in the trunk, limbs (as reported in our two cases), scalp and other regions. Additionally, there is a male predominance and a mean age distribution in the 7th decade of life [6]. Recurrences occurred mainly in the head and neck area [2].

Clinical differentiation of BSC and BCC is impossible owing to their clinical similarity [8]. Dermoscopic patterns may facilitate early diagnosis and accurate management, which comprises BCC-related criteria, as well as features that are known to characterize invasive SCC [9]. The most frequently detected criteria were: Unfocused (peripheral) arborizing vessels keratin masses, white structureless areas, superficial scale, ulceration or blood crusts, white structures, blue-grey blotches and blood spots in keratin masses [9,10]. BSC appears to have overlapping dermoscopic features of BCC and invasive SCC, and detection of at least one dermoscopic criterion of both BCC and SCC should raise suspicion for the tumor [10].

Therefore, histopathological examination is mandatory before primary treatment [8]. Histologically BSC is classified in two type-intermediate and mixed [8]. The first one shows areas typical for both BCC and SCC, transitional zones and tumor islets found together. In the mixed type, typical basal cells coexist with areas of squamous cells and possibly squamous pearls. A large number of mitoses are usually found [8].

Immunohistochemical examination (where avail-

able) may provide additional data for a more accurate diagnosis, typically showing strong positivity for keratins 17 and 8 in BCC, and 6 to 8 times decreased intensity of staining in BSC [8].

Another point of distinction between BCC and BSC is mitotic activity: BSC is more proliferative, with a mitotic activity that is eight times greater than that of the normal epidermis, compared with BCC in which it is only four times greater. In addition, BSC also shows a more frequent presence of atypical mitotic figures, such as multipolar or tripolar mitoses [8].

In light of the rarity and the complex diagnosis of BSC, it is often not clear enough whether some clinical or histological features might be correlated with the risk of metastasis and/or recurrence [5]. This aggressive course may be attributed to different factors: Male gender, patient immune response, with weak or absent inflammatory host response and/or the local sclerotic tissue reaction, tumor dimension, anaplasia degree of the SCC component, which is responsible for the metastatic potential, since the BCC rarely metastasizes [5]. Also the presence of positive resection margins, lymphatic invasion, and especially perineural invasion (PNI) seem to be significantly correlated to higher rates of metastatic disease and/or recurrence.

Early and adequate surgical treatment of the primary BSC is mandatory. Although the tumor resection is performed with large safety margins for well-known infiltrative growth pattern of this tumor and even though most surgeons decide the size of the safe surgical margin according to a dermoscopic presurgical evaluation of tumor margins or by the use of MMS, local recurrence rates are significantly high, ranging between 12.1% and 45.7% [5]. Radiotherapy is an additional option for cases with high risk of relapses (positive excision margins, deep invasion, pN+, and perineural/intravascular spread). The role of chemotherapy is not established. In case of lymphnode metastasis, lymphatic mapping and sentinel lymph node biopsy (a standard approach in malignant melanoma) can also be performed, especially in high risk lesions. A regular follow-up would allow early detection of disease recurrence [6].

Conclusions

Although uncommon among skin carcinomas, BSC commands special attention for its diagnostic challenges and metastatic potential. Our cases highlight the need to consider this rare and aggressive variant of BCC and the role of dermoscopy in suspecting this variety. The location at the limb, far from the cephalic region, considers the low risk of metastasis and recurrences. However, it is vital to appreciate the importance of early resection with free margins, a full workup for lymph node and distant metastases, and a regular follow up to detect a disease recurrence.

Declaration of Conflicting Interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

References

1. Mougel F, Kanitakis J, Faure M, Euvrard S (2012) Basosquamous cell carcinoma in organ transplant patients: A clinicopathologic study. *J Am Acad Dermatol* 66: e151-e157.
2. Kececi Y, Argon A, Kebat T, Sir E, Gungor M, et al. (2015) Basosquamous carcinoma: Is it an aggressive tumor. *J Plast Surg Hand Surg* 49: 107-111.
3. Wermker K, Roknic N, Goessling K, Klein M, Schulze HJ, et al. (2015) Basosquamous Carcinoma of the Head and Neck: Clinical and Histologic Characteristics and Their Impact on Disease Progression. *Neoplasia* 17: 301-305.
4. Garcia C, Poletti E, Crowson AN (2009) Basosquamous carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 60: 137-143.
5. Bucci T, Santoro A, Pannone G, Rodriguez J, Fior A, et al. (2016) Metastatic Basosquamous Carcinoma: Report of Two Cases and Clinicopathological Considerations. *Int J Surg Pathol* 24: 726-732.
6. Costantino D, Lowe L, Brown DL (2006) Basosquamous carcinoma-an under-recognized, high-risk cutaneous neoplasm: Case study and review of the literature. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 59: 424-428.
7. H Dhouib, M Mnejja, L Ayadi, B Hammami, T Boudawara, et al. (2009) Carcinome basocellulaire métatypique. *Anna d'Otolaryngologie et de Chirurgie Cervico-faciale* 126: 25-28.
8. Tchernev G, Chokoeva AA, Penev PK, Ananiev J, Nowak A, et al. (2014) Relapsing advanced metatypical basal cell carcinomas (MTBCC) of the face: Surgical modalities. *Wien Med Wochenschr* 164: 529-535.
9. Hakima Elmahi, Asmae Lahlou, Hanane Baybay, Salim Gallouj, Fatima Zahra Mernissi, et al. (2016) L'apport de la dermoscopie dans le carcinome basosquameux. *Pan Afr Med J* 25: 252.
10. Giacomel J, Lallas A, Argenziano G, Reggiani C, Piana S, et al. (2013) Dermoscopy of basosquamous carcinoma. *Br J Dermatol* 169: 358-364.



Staphylococcal sycosis of pubis in a young girl: Exceptional location

Cheymae Saadani Hassani, Salim Galouj, Fatima Zahra Mernissi

Departement of Dermatology, CHU Hassan II, Fes, Morocco

Corresponding author: Dr. Cheymae Saadani Hassani, E-mail: ch.saadani@gmail.com

Staphylococcal sycosis is a rare variety of deep folliculitis caused by *Staphylococcus aureus* [1]. It is presented in the form of pustular inflammatory cupboards, maintained by shaving and poor hygiene. It mainly affects the hairy regions of the face [1]. We present a rare localization of staphylococcal sycosis in the pubis and vulva, in a teenage girl. A 15-year-old girl, consulted for painful, pubic and vulvar skin lesions, evolving for two months. The dermatological examination showed an erythematous-oedematous and infiltrated plaque, at the pubis and the vulva, with pustules and crusts, associated with partial depilation (Fig. 1). Dermoscopy was non-specific, showing follicular pustules and pubic anisotrichy (Fig. 2).

A pus collection with bacteriological study showed a staphylococcus aureus infection, while the mycological examination was negative.

The diagnosis of a pubic staphylococcal sycosis was retained.

The patient was put under fucidic acid 1g per day 10 days, with local treatment with an antiseptic and cream based

on copper zinc. The evolution was favorable (Fig. 3). The pubis and the vulva constitute an exceptional location of the staphylococcal sycosis. Pediatric cases are rare [2]. It is seen mainly in man after puberty at the level of the beard.

It is often secondary to inoculation by the razor [3].

The diagnosis of sycosis of the pubis can sometimes be difficult to establish with other diagnoses such as

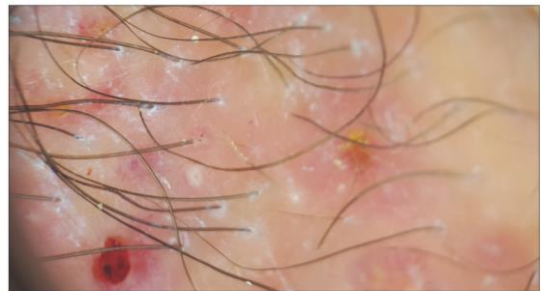


Figure 2: Non-specific dermoscopy follicular pustules and pubic anisotrichy.



Figure 1: Erythematous-edematous placard, surmounted by pustules and croutons, with pressure pus, and partial depilation.



Figure 3: Good progress under anti-staphylococcal treatment.

How to cite this article: Hassani CS, Galouj S, Mernissi FZ. Staphylococcal sycosis of pubis in a young girl: Exceptional location. Our Dermatol Online. 2018;9(2):215-216.

Submission: 19.09.2017; **Acceptance:** 28.11.2017

DOI: 10.7241/ourd.20182.29

www.odermatol.com

a pubic celiac kerion, a pustular psoriasis, or even a cutaneous manifestation of a crohn.

The anti-staphylococcal treatment of the pubis appears effective and sufficient. The course under treatment is generally performed without sequelae.

REFERENCES

1. Manchanda Y, Khanna N, Pandhi RK, Das S, Sirka CS. Lupoidsyosis of pubic area. J Dermatol. 2003;30:248-9.

2. Hali F, Khadir K, Benchikhi H. Kérion du pubis chez une adolescente. Presse Med. 2013;42:1149–50.
3. Hay RJ, Adriaans BM. Bacterial infections. In: A Rook, D Wilkinson, J Ebling. Textbook of dermatology, 6th ed. Oxford, Blackwell Science, 1998: 1120-1.

Copyright by Cheymae Saadani Hassani, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Source of Support: Nil, **Conflict of Interest:** None declared.

Diagnostic usefulness of dermatoscopy in differentiating lichen planus from Plaque Psoriasis

Saàdani Hassani Cheymae, Sara Elloudi, Fatima Zahra Mernissi

To the Editors,

A 30-year-old men, with a personal and familial history of vulgar psoriasis, presented since two months, a new thrust of his psoriasis by the appearance of some plaques in the back and lower limbs. On examination, there was a well-defined, firm, shiny, curly-grained plaque on the upper back (Figure 1A). Dermoscopically, the lesion in (Figure 1B) exhibits a network of round whitish striae and brown globules, with white projections of the border at the periphery, comedo-like openings are also seen (corresponding to dilated, hypergranulotic infundibula with orthokeratosis).

On the other hand, we noted another erythematous, slightly scaly, oval plate plaque at the lumbar level (Figure 2A), for which dermatoscopy revealed a vascular pattern made of points and red blood cells with homogeneous distribution (Figure 2B). At the end of the clinical-dermoscopic data, we therefore mentioned vulgar psoriasis, hypertrophic lichen planus or pseudolymphoma. Histological examination confirmed the diagnosis of hypertrophic lichen planus for the first lesion. The clinical differentiation of Lichen Planus (LP) and Plaque Psoriasis (PP) may be a diagnostic challenge in some cases. So, histopathologic studies could help differentiate the two conditions [1]. LP is characterized by the combination of degeneration of the basal layer of the epidermis and a band like lymphocytic infiltrate obscuring the dermoepidermal junction, whereas Psoriasis is characterized by thickening of epidermis with loss of granular cell layer and formations of mounds of parakeratosis, with an elongation and dilatation of blood

vessels of the papillary derma, with associated lymphocytic infiltrate [2]. Dermoscopy is a low-cost and noninvasive technique and clearly serves in PP and LP for enhancing the demonstration of vascular feature (homogeneous red globules) and a nonvascular feature (whitish striae), which are the most significant dermoscopic features in the LP pattern [3]. Dermoscopic features of LP also included gray-blue dots, comedo, milium-like cysts, and vascular structures (red lines) as reported in our case. In conclusion, our case shows that the efficacy of surface microscopy of common inflammatory dermatoses may be improved by investigating both vascular and nonvascular findings and its practicability in daily practice by using the dermoscope.

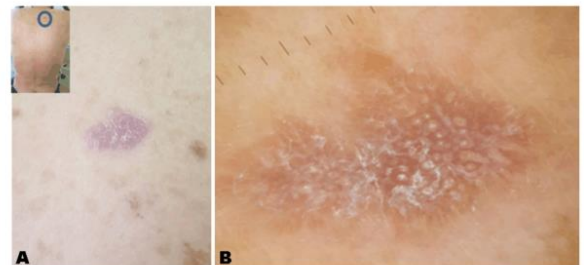


Figure 1(A and B): Clinical image well-defined, firm, shiny, curly-grained plaque on the upper back (A). Hypertrophic LP lesion disclosing comedo-like openings. A network of round whitish striae and white projections of the border are also seen (B).

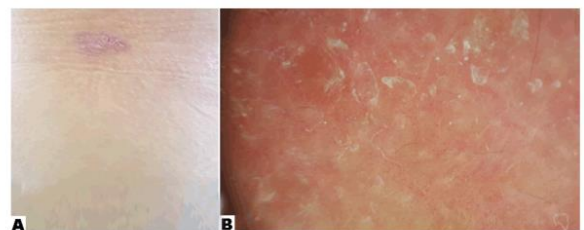


Figure 2(A and B): Erythematous, slightly scaly, oval plate plaque at the lumbar level (A). Dermoscopy showing regularly arranged, uniform, homogeneous red globules, associated with white scaly (B).

Saàdani Hassani Cheymae¹, Sara Elloudi¹, Fatima Zahra Mernissi¹

Affiliation: ¹Departement of Dermatology, CHU Hassan II, Fès, Morocco.

Corresponding Author: Saàdani Hassani Cheymae, Departement of Dermatology, CHU Hassan II, Fès, Bouleman 30000, Morocco; Email: ch.saadani@gmail.com

Received: 13 September 2018

Accepted: 08 October 2018

Published: 15 February 2019

REFERENCES

1. Vázquez-López F, Alvarez C, Hidalgo Y, Pérez Oliva N. Utility of the hand held dermoscope to evaluate inflammatory dermatoses. *Actas Dermosifiliogr* 2001;92(S3):128.
2. Todorovic-Zivkovic D, Argenziano G, Popovic D, Zalaudek I. Clinical and dermoscopic findings of a patient with co-existing lichen planus, lichen sclerosus and morphea. *Eur J Dermatol* 2012;22(1):143–4.
3. Vázquez-López F, Manjón-Haces JA, Maldonado-Seral C, Raya-Aguado C, Pérez-Oliva N, Marghoob AA. Dermoscopic features of plaque psoriasis and lichen planus: New observations. *Dermatology* 2003;207(2):151–6.

Keywords: Dermatoscopy, Lichen planus, Plaque Psoriasis

How to cite this article

Cheymae SH, Elloudi S, Mernissi FZ. Diagnostic usefulness of dermatoscopy in differentiating lichen planus from Plaque Psoriasis. *Edorium Open* 2019;2:100006Z95SC2019.

Article ID: 100006Z95SC2019

doi: 10.5348/100006Z95SC2019LE

Author Contributions

Saādani Hassani Cheymae – Substantial contributions to conception and design, Acquisition of data, Analysis

and interpretation of data, Drafting the article, Revising it critically for important intellectual content, Final approval of the version to be published

Sara Elloudi – Substantial contributions to conception and design, Acquisition of data, Analysis and interpretation of data, Drafting the article, Revising it critically for important intellectual content, Final approval of the version to be published

Fatima Zahra Mernissi – Substantial contributions to conception and design, Acquisition of data, Analysis and interpretation of data, Drafting the article, Revising it critically for important intellectual content, Final approval of the version to be published

Guarantor of Submission

The corresponding author is the guarantor of submission.

Source of Support

None.

Consent Statement

Written informed consent was obtained from the patient for publication of this letter to editors.

Conflict of Interest

Authors declare no conflict of interest.

Data Availability

All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

Copyright

© 2019 Saādani Hassani Cheymae et al. This article is distributed under the terms of Creative Commons Attribution License which permits unrestricted use, distribution and reproduction in any medium provided the original author(s) and original publisher are properly credited. Please see the copyright policy on the journal website for more information.

Access full text article on
other devices



Access PDF of article on
other devices



Received: 12 January 2019 | Revised: 22 February 2019 | Accepted: 8 March 2019

DOI: 10.1002/ccr3.2175

Clinical Case Reports

WILEY

ABSTRACT

Sporotrichoid-like tuberculosis in a child: Unusual clinico-dermoscopic aspect

Cheymae Saadani Hassani^{1,2} | Hanane Baybay^{1,2} | Jihan Ziani^{1,2} | Mouna Rimani^{1,2} |Fatima Zahra Mernissi^{1,2}¹Departement of Dermatology, CHU Hassan II, Fez, Morocco²Laboratory Hassan, Rabat, Morocco

Correspondence

Cheymae Saadani Hassani, Departement of Dermatology, CHU Hassan II, Fez, Morocco.
Email: ch.saadani@gmail.com

Abstract

Tuberculosis- child - Sporotrichoid - clinical image - dermoscopic image- correlation.

Cutaneous tuberculosis simulating sporotrichosis has been sporadically reported; it mainly affects children after post-traumatic inoculation.¹ We describe a new pediatric case of gummy tuberculosis with a sporotrichoid pattern, as well as its dermoscopic appearance.

A child of 10 years, who has been vaccinated by BCG just 1 week after born, presented since 4 months, with two lesions on his right arm. On examination, it was the primary nodule formed two erythematous nodules developed subsequently over his right arm in a linear distribution, simulating sporotrichosis. The oldest was ulcerated at its center, well defined, with regular accentuated borders (Figure 1A). Dermoscopically, the lesion exhibits a linear and hairpin vessels, and whitish reticular streaks at the periphery (Figure 2A). The recent plaque was erythematous-squamous, well limited (Figure 1A), with linear and hairpin vessels on dermoscopy (Figure 2B). Unilateral axillary lymph nodes were involved with a 3 cm, firm and mobile lymphadenopathy. A skin and lymph node biopsy were performed. The histopathology of the primary nodule disclosed dermal epithelioid cell granuloma with caseation necrosis and peripheral lymphocytic infiltration (Figure 3). Ziehl-Neelsen, periodic acid-Schiff or Grocott's staining did not provide any additional positive information. The primary clinical differential diagnosis included sporotrichosis and leishmaniasis

sporotrichosis-like. We started antituberculosis drugs for 6 months. After the initiation of the therapy, his cutaneous lesions rapidly subsided with some residual scar formation (Figures 4 and 5).



FIGURE 1 A and B, Two erythematous nodules developed subsequently over his right arm in a linear distribution

This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs License, which permits use and distribution in any medium, provided the original work is properly cited, the use is non-commercial and no modifications or adaptations are made.
© 2019 The Authors. *Clinical Case Reports* published by John Wiley & Sons Ltd.

Clin Case Rep. 2019;1–3.

wileyonlinelibrary.com/journal/ccr3 | 1

Journal Name	CCR3
Manuscript No.	2175
WILEY	
No. of pages: 3	Dispatch: 20-4-2019
PE: Pravin Kumar	CE: Arulmozhi

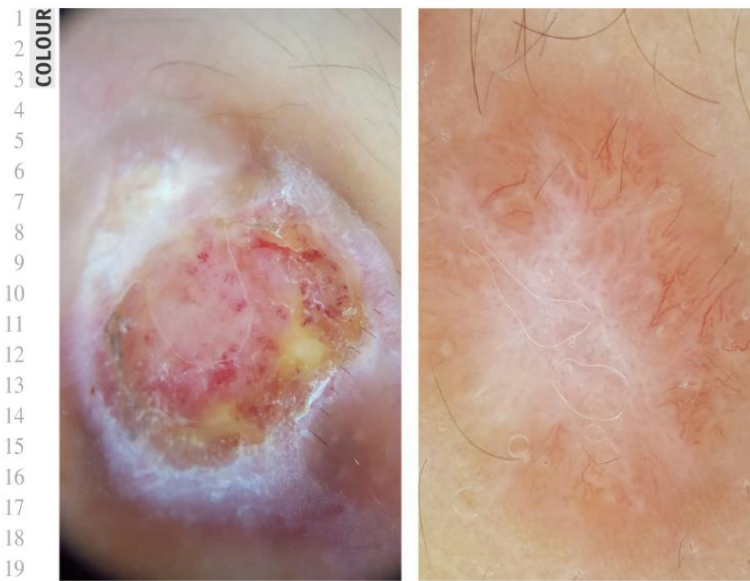


FIGURE 2 A and B, Dermoscopy: Hairpin vessels, whitish reticular streaks at the periphery

Cutaneous tuberculosis with sporotrichoid pattern is exceptional; it may be observed in young people following post-traumatic inoculation.¹ Typically the lesions have a linear (lymphatic) arrangement as a result of lymphatic

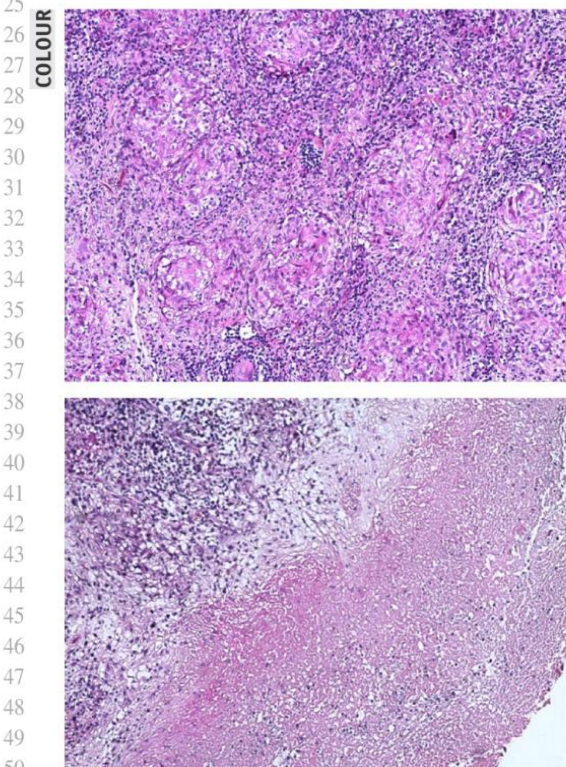


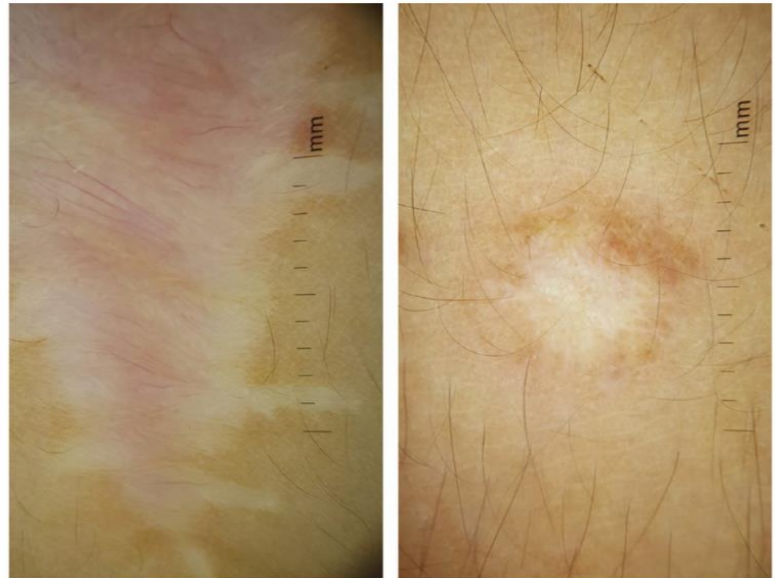
FIGURE 3 A, Coloration HES G x 100 -> Dermal epithelioid cell granuloma; B, Coloration HES G x 100 -> caseation necrosis and peripheral lymphocytic infiltration

spread of the infection from a primary entry focus in the skin. The unique clinical presentation of the cutaneous tuberculosis should be kept in mind in the differential diagnosis of sporotrichosis-like skin lesions, especially in elderly immunocompromised patients.² Dermoscopy is a noninvasive diagnostic tool that recently has been discovered to assist also the clinical diagnosis of infectious skin diseases. However, dermoscopy of cutaneous tuberculosis is less reported and concerned mainly the lupus vulgaris, with typically the yellow to golden-colored background and linear vessels.³ New features were revealed in our case, such as peripheral hairpin vessels and whitish streaks. This observation requires further confirmation on a larger series of cases of cutaneous tuberculosis. Cutaneous tuberculosis mimicking sporotrichosis is rare, and the diagnosis remains difficult and must be based on clinical-dermoscopic and histological arguments. Nevertheless, it must be mentioned before any sporotrichoid lesion especially in an endemic country such as Morocco.



FIGURE 4 Clinical image of control -> Residual scar formation of both lesions

FIGURE 5 Dermoscopic images of control -> Fibrosis and telangiectasia



CONFLICT OF INTEREST

No conflicting interest.

AUTHOR CONTRIBUTION

CSH: is a corresponding author of the manuscript. HB: supervised the manuscript. JZ: involved in photograph taking. MR: contributed to histological examination. FZM: supervised the manuscript.

ORCID

Cheymae Saadani Hassani  <https://orcid.org/0000-0001-8674-6986>

REFERENCES

1. Nakamura Satoshi, Hashimoto Yoshio, Nishi Kaoru, et al. Cutaneous tuberculosis simulating lymphocutaneous Sporotrichosis. *Australas J Dermatol.* 2012;53:316-7.

2. Akhdari N, Zouhair K, Habibeddine S, Lakhdar H. Tuberculose cutanée de l'enfant au Maroc : étude de 30 cas. *Arch Pediatr.* 2006;13:1098-1101.
3. Brasiello M, Zalaudek I, Ferrara G, Argenziano G. Lupus Vulgaris: a new look at an old symptom –the lupoma observed with dermoscopy. *Dermatology.* 2009;218:172-174.

How to cite this article: Saadani Hassani C, Baybay H, Ziani J, Rimani M, Mernissi FZ. Sporotrichoid-like tuberculosis in a child: Unusual clinico-dermoscopic aspect. *Clin Case Rep.* 2019;00:1–3. <https://doi.org/10.1002/ccr3.2175>

it may be observed in young people following post-traumatic inoculation [1]. Typically, the lesions have a linear (lymphatic) arrangement as a result of lymphatic spread of the infection from a primary entry focus in the skin. The unique clinical presentation of the cutaneous tuberculosis should be kept in mind in the differential diagnosis of sporotrichosis-like skin lesions, especially in elderly immuno-compromised patients [2]. Dermoscopy is a noninvasive diagnostic tool that recently has been discovered to assist also the clinical diagnosis of infectious skin diseases. However, dermoscopy of cutaneous tuberculosis is less reported and concerned mainly the lupus vulgaris, with typically the yellow to golden-colored background and linear vessels [3]. New features were revealed in our case, such as peripheral hairpin vessels and whitish streaks. this observation requires further confirmation on a larger series of cases of cutaneous tuberculosis. Cutaneous tuberculosis mimicking sporotrichosis is rare, the diagnosis remains difficult and must be based on clinical-dermoscopic and histological arguments. Nevertheless, it must be mentioned before any sporotrichoid lesion especially in an endemic country such as Morocco.

References

1. Satoshi Nakamura, Yoshio Hashimoto, Kaoru Nishi. Cutaneous tuberculosis simulating lymphocutaneous Sporotrichosis. Australasian Journal of Dermatology. 2012; 53: 316-317.
2. Akhdari N, Zouhair K, Habibeddine S, et al. Tuberculose cutanée de l'enfant au Maroc : étude de 30 cas. Archives de pédiatrie. 2006; 13: 1098-1101.
3. Marcella Brasiello, Iris Zalaudek, Gerardo Ferrara, et al. Lupus Vulgaris: A New Look at an Old Symptom –the Lupoma Observed with Dermoscopy. Dermatology. 2009; 218: 172-174.



Figure 4a: Clinical image -> Residual scar formation of both lesion. **b:** Dermoscopic images -> Fibrosis and telangiectasia.

Multiple scrotal epidermal cysts: A clinical case

Cheymae Saadani Hassani, Sara Elloudi, Fatima Zahra Mernissi

Department of Dermatology, CHU Hassan II, Fès, Morocco

Corresponding author: Dr. Cheymae Saadani Hassani, E-mail: ch.saadani@gmail.com

A 45 year old male came with multiple painless swellings all over the scrotum (Fig. 1) since last five years. On examination, multiple swellings were found arising from scrotal skin, which were pearly white in color and were firm in the consistency, and the largest was measuring 2,5 cm. Scrotal wall could be moved easily over the testicles. The findings were consistent with a diagnosis of multiple epidermal cysts of scrotum. The patient was advised surgery with complete excision, however he refused surgery.

Epidermal cysts are the most common benign epithelial cysts and are generally devoid of malignant potential. These occur commonly in hair-bearing areas mostly on the scalp, also on the face, neck, back and scrotum [1]. Histologically, cysts are lined by stratified squamous epithelium and contain loosely packed keratin debris and cholesterol. A complete removal of the cyst is the only choice of treatment because no neoplastic malignant lesion or remote metastases were reported in the literature contrary to the proper skin's cysts which can be malignant [2].

In conclusion, multiple epidermal cysts over the scrotum is a rare condition, and men use to ignore the lesions, as the condition is painless, but should be promptly treated if infected to avoid fatal sequels such as Fournier's gangrene.



Figure 1: Multiple epidermal cysts of scrotum.

Consent

The examination of the patient was conducted according to the Declaration of Helsinki principles.

REFERENCES

1. Prasad KK, Manjunath RD. Multiple epidermal cysts of scrotum. Indian J Med Res. 2014;140:318.
2. Ząbkowski T, Wajszczyk M. Epidermoid cyst of the scrotum: A clinical case. Urol J. 2014;11:1706-9.

Copyright by Cheymae Saadani Hassani, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.
Source of Support: Nil, **Conflict of Interest:** None declared.

Author Query???

AQ1: Kindly provide acceptance date.

How to cite this article: Hassani CS, Elloudi S, Mernissi FZ. Multiple scrotal epidermal cysts: A clinical case. Our Dermatol Online. 2020;11(2):1.

Submission: 14.03.2019; **Acceptance:** ??.05.2019

DOI: 10.7241/ourd.20202.1

Erysipelas of the child: About 30 cases

Saadani CH*, Douhi Z, Baybay H, Elloudi S and Mernissi FZ

Department of Dermatology, CHU, Hassan II, Fes, Morocco

Abstract

Erysipelas is a non-necrotizing infectious dermo-hypodermatitis, classically caused by Group A hemolytic *Streptococcus B*. It is a relatively common disease in adults and the elderly, but it is rare in children and exceptional in infant, according to data from the literature.

Introduction

A retro-prospective study was conducted in the dermatology department in collaboration with paediatric services at CHU Hassan II, Fez, covering 6 years, from March 2012, in February 2018, including all cases of erysipelas at children under 15, and excluding adult erysipelas and necrotizing dermo-hypodermatitis.

Methods and materials

The collection of clinical and interrogation data and their treatment were carried out by the software SpSS 21, including: age, sex, pathological antecedent, number of episode, gateway, headquarters, local and general signs, treatment, evolution and complications, as well as the LRINEC gravity score (Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis).

The purpose of our work was to conduct a descriptive study to support the clinical, therapeutic and evolutionary epidemiological profile of erysipelas in the paediatric age group, and then conducted an analytical study of qualitative variables as a function of age.

Case report

Thirty children were included in the study, with 10 infants and 20 children, with an average age of 46.66 months (3.88 years), and extremes ranging from 4 months to 16 years. A slight female predominance was objectified with 16 girls versus 14 boys and a sex ratio of 0.87.

Most children had no pathological history, with the exception of 3 children, including a girl who was followed for diabetes type 1, a boy who took a self-medication of non-steroid anti-inflammatory, and a girl who had one episode of erysipelas of the face with 2nd recurrence. The average consultation time was 3 days, and the duration of hospitalization was 4 days with extremes of 2 to 8 days. The portal of entry was found in 93.3% of cases, with 9 cases of wound and erosion, 6 cases of abrasions and 5 cases of impetigo, against only 1 case of intertrigo (Figure 1).

Erysipelas was unilateral in all cases with predominance of the lower limb in 55.2%, affecting mainly the legs. The upper limb was affected in 24.1% of cases (Figure 2), and the face in 20% of cases (Figure 3).

Clinically, circumscribed inflammatory placard was found in all children, with some local signs as reported in (Figures 4 and 5). The general signs were marked by the presence of fever in 66.7%. Regional

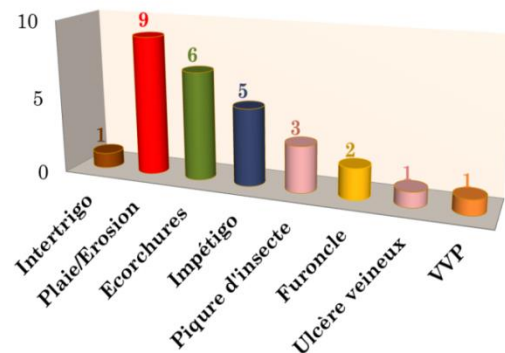


Figure 1. Diagram showing the different portal of entry



Figure 2. Erysipelas of the upper limb

*Correspondence to: CH Saadani, Departement of Dermatology, CHU Hassan II, Fes, Morocco, E-mail: ch.saadani@gmail.com

Received: May 10, 2019; Accepted: May 20, 2019; Published: May 24, 2019

Saadani CH (2019) Erysipelas of the child: About 30 cases



Figure 3. Erysipelas of the Face

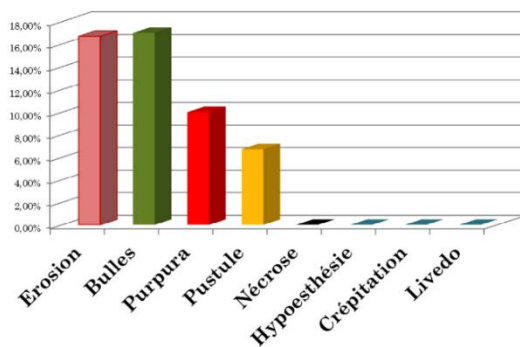


Figure 4. Diagram showing the local signs found



Figure 5. Presence of inflammatory plaques and bullous lesions

lymphadenopathies were found in 60%. The LRINEC gravity score was calculated on admission of infants, based on biological parameters (leukocytes, CRP, renal function, haemoglobin, serum albumin and fasting glucose), of which one case was > 6 .

Ultrasonography of the soft parts was performed in children with local signs of infiltration or abscess, objectifying a collection in only one case.

A standard radiograph was performed in children with the closest next to the joints, to rule out the diagnosis of osteomyelitis, normal return. All children were on amoxicillin protected at 50 mg/kg/day, and one child underwent surgical drainage of the abscess. Not to mention the treatment of the front door and adjuvant treatment to type of local care started in all children. The evolution was favourable for the 30 children with a total duration of treatment of 3 weeks. No cases of residual lymphoedema were observed.

Coming to our second part, which is the analytical study where we compared the qualitative variables according to the age, including all the cases of erysipelas followed in our formation and included in our study. Indeed, there was no significant difference regarding sex, or the female predominance was in the 2 age groups. On the other hand, there was a large difference in history, with diabetes predominating, obesity and lymphoedema in adults. In addition, the consultation time and length of hospital stay were significantly shorter in children than in adults. Significant differences were also observed with respect to the type of entryway, where wounds and impetigo were prominent among children, against intertrigo inter toe, largely predominant in adults. Other differences were noted with respect to seat, local and general signs, and the significantly higher LRINEC severity score in adults than in children. Finally, lymphedema, which is the most common complication in adults in the long term, is absent in children (Table 1).

Discussion

Erysipelas is an acute cutaneous and subcutaneous infection, characterized by its rarity in children and infants [1]. In France, in children, cases are sporadic, with no obvious increase in the number of cases, unlike adults. The annual incidence is globally low, lower than 1 / 100,000 inhabitants [2]. Anglo-Saxon publications of the last ten years have shown their resurgence, with their mortality and morbidity related to toxic shock syndrome and necrotizing fasciitis [3]. In the Maghreb, Tunisian series confirm this rare nature of this infection in children [4].

Erysipelas is classically due to group A haemolytic streptococcus B. However, other germs may be the cause, especially staphylococcus, especially in the presence of a bullous impetigo as portal of entry, but the confusion is what it is a primitive aetiology, or it is a co-infection with the streptococcus is always plausible. Also, *E. coli* was found in cases of erysipelas of newborn or premature infants [5] and was considered to be a late fetal-fetal infection. *Haemophilus influenzae* once common but has since disappeared from the generalization of vaccination.

The question is, why is erysipelas, which is an infectious dermo-hypodermatitis, interested in the child? The hypothesis suggests that in children, immunity is insufficient to obtain a satisfactory level of neutralizing antibodies against exotoxins and surface proteins [6].

The feature of erysipelas in children concerns the portal of entry, which is predominated by wounds, abrasions and impetigo, unlike in

Saadani CH (2019) Erysipelas of the child: About 30 cases

Table 1. Analysis of qualitative variables by age

Characteristics	Childhood	Adult	P Value
Sex			
M	14	121	1
F	16	147	
History			
Previous episode	1	57	0.19
Diabetes	1	75	0.002
Obesity	0	75	0.001
Lymphedema	0	58	0.0046
NSAIDs/Cortico	1	39	0.15
Consultation time	3	6	0.04
Duration of hospitalisation	4	9	0.032
Porte d'entrée			
Wound	9	18	
Scratch	8	11	
Impétigo	5	0	
Mycotique intertrigo	1	134	0.0043
Leg ulcer	1	10	
Siège			
MI	17	202	
MS	7	29	0.042
face	6	15	
Local signs			
Bullous lésions	6	103	0.047
Erosion	5	112	0.008
Purpura	3	81	0.001
nécrosis	0	11	0.61
General signs			
Fever	20	97	0.001
ADP	18	65	0.000
LRINEC > 6	1	60	0.017
Complications			
Abcess	1	40	0.095
Résiduel Lymphedema	0	90	0.001
Nécessité d'ajout ATB	0	45	0.037

adults which mycotic infections are the most frequent. The beginning of the symptomatology is often brutal with very marked general signs. The classic inflammatory placard is usually found with sometimes local signs (Bubbles, purpura) Osteomyelitis and osteoarthritis are the main differential diagnoses of erysipelas in children, especially for the forms located next to the joints, hence the interest of completing a standard radiography to eliminate these orthopedic emergencies. Hospitalization is not always necessary, nevertheless, there are some factors of gravity leading to indicate a hospitalization in urgency [7].

- The severity of the general picture
- The nature of the local signs (bullous, purpura, limited necrosis) or the presence of a local risk (facial involvement).

- Diagnostic uncertainty: atypical clinical signs or suspicion of deeper dermo-hypodermatitis
- A LRINEC score greater than 6
- Predictable compliance difficulties or the need for bed rest.

Complications are rare but can be serious, especially in infants and premature infants [8], by the installation of necrotizing fasciitis, toxic shock or sepsis

Antibiotic prophylaxis is rarely needed [9]. Indeed, in children, recurrences are less frequent, and residual lymphoedema is usually absent.

Conclusion

The erysipelas of the child is not so rare according to our study. We have reported the main clinical and progressive features of erysipelas in children compared to adults. It is an affection which remains of good prognosis.

References

1. Jait N (2015) Erysipèle chez l'enfant: diagnostic et traitement [thèse]. Rabat: université Mohamed V
2. Bernard P (1992) Dermo-hypodermal bacterial infections. Current concepts. *Eur J Med* 1: 97-104. [Crossref]
3. Goettisch WG, Bouwes Bavinck JN, Ilerings RM (2006) Burden of illness of bacterial cellulites and erysipelas of the leg in the Netherlands. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 20: 834-835. [Crossref]
4. Ben abdallah chbchoub.R ; Aydi.Y ; Turki.F Erysipèle chez l'enfant : à propos de 22 cas pédiatriques. pédiatriques [Poster]. Sfax : Hôpital Hédi Chaker
5. Gouache E, Chantier E, Hubert N, Rivière MF (2013) Dermohypodermatitis and gut translocation *Escherichia coli* septicemia in a newborn infant. *Arch Pediatr* 20: 26-29. [Crossref]
6. Larri B, Gerber JS (2014) Cutaneous Bacterial Infections Caused by *Staphylococcus aureus* and *Streptococcus pyogenes* in Infants and Children. *Pediatr Clin N Am* 61: 457-458. [Crossref]
7. Vayalunkal JV, Jadavji T. (2006) Children Hospitalized with Skin and Soft Tissue Infections. *Pediatr Drugs* 8: 99-101. [Crossref]
8. Tarbé de Saint Hardouin AL, Mariani P, Esteve V, Msélati JC, Lorrot M, et al. (2015) Dermo-hypodermatitis caused by group B *Streptococcus* in infants under 3 months of age: A retrospective study in two hospitals. *Archives de Pédiatrie* 22: 693-698. [Crossref]
9. Sjöblom AC, Eriksson B, Jorup-Rönström C, Karkkonen K, Lindqvist M (1993) Antibiotic prophylaxis in recurrent erysipelas. *Infection* 21: 390-393. [Crossref]

Copyright: ©2019 Saadani CH. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Case Report

Cutaneous Blastomycosis: A Mirror of Multisystemic Disease: A Moroccan Case Report

Abstract

Blastomycosis is an uncommon deep fungal infection in Africa, which is extremely rare in Morocco. It generally produces a pulmonary form of the disease and, to a lesser extent, extrapulmonary forms such as cutaneous, osteoarticular, and genitourinary. Cutaneous blastomycosis is the second most common clinical presentation in frequency. We report the case of a 59-year-old male who had an irregularly shaped ulcer and infiltrated plaques involving the face of 18 months duration, with 2-months history of hemoptysis, fever, and significant weight loss. The chest radiograph demonstrated bilateral apical opacities. The thoracic scan showed multiple nodular and micronodular lesions with foci of alveolar-type condensation and an osteolytic lesion of the left scapula. Cerebral magnetic resonance imaging found multiple parenchymal abscesses. *Blastomycosis dermatitidis* was identified using direct examination, stains, isolation in culture media, and histopathology studies. The patient was diagnosed with disseminated blastomycosis and was treated with voriconazole.

Keywords: Central nervous system involvement, cutaneous blastomycosis, Morocco, systemic blastomycosis, voriconazole

Introduction

Blastomycosis is a chronic or subacute deep fungal infection caused by a dimorphic fungus called *Blastomycosis dermatitidis*.^[1] Primary infection initially involves the lungs and it can subsequently disseminate hematogenously to extrapulmonary sites.^[2] Cutaneous blastomycosis is the second most common clinical presentation in frequency and can be classified as primary or secondary.^[1] The infection is most commonly noted in certain areas of the United States and Canada.^[3]

Nevertheless, several cases have been individualized in Africa. Therefore, it seemed interesting to us to report a new case of multisystemic blastomycosis, to draw attention to the existence of this fungus in Morocco and its possible confusion with tuberculosis in our country.

Case History

A 59-year-old man presented with an 18-month history of a large expanding facial plaque that was unresponsive to topical and oral antibiotic treatments. He also reported one episode of hemoptysis

and mild dyspnea, with fever and significant weight loss for the past 2 months.

The patient's medical and surgical histories revealed no remarkable findings. He had smoked tobacco for 20 years and was in contact with river water in his profession. He had also been exposed to dogs, cats, chickens, rabbits, and pigs, but he denied having received bites or scratches from these animals, which appeared to be healthy. There wasn't any family history of similar lesions or history of travel.

Physical examination was normal apart from the skin lesions. Patient was found to have ulcerated plaques with raised borders and an erythematous base, covered with yellow crusts and scales present over the forehead; an left paranasal sinuses, jawline and a hypertrophied inner canthus of the left eye [Figure 1]. He also had two red nodules on the chin [Figure 2]. Dermoscopic examination showed a reddish pink background with hemorrhagic and yellow crusting. Nonspecific vascular structures: irregular linear, glomerular and dots, without particular distribution were also noted [Figure 3].

This is an open access journal, and articles are distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 License, which allows others to remix, tweak, and build upon the work non-commercially, as long as appropriate credit is given and the new creations are licensed under the identical terms.

For reprints contact: reprints@medknow.com

How to cite this article: Hassani CS, Baybay H, Isoual K, Mrabet S, Louizi IA, Douhi Z, et al. Cutaneous blastomycosis: A mirror of multisystemic disease: A Moroccan case report. Indian Dermatol Online J 2019;XX:XX-XX.

Received: September, 2018. Accepted: April, 2019.

Cheymae Saadani
Hassani^{1,2,3,4,5},

Hanane

Baybay^{1,2,3,4,5},

Khadija Isoual^{1,2,3,4,5},

Samia Mrabet^{1,2,3,4,5},

Ibtissam Assenhaji

Louizi^{1,2,3,4,5},

Zakia Douhi^{1,2,3,4,5},

Sara Elloudi^{1,2,3,4,5},

Mouna Rimanj^{1,2,3,4,5},

Zineb

Tiamçani^{1,2,3,4,5},

Bouchera

Amara^{1,2,3,4,5},

Mustapha

Maaroufi^{1,2,3,4,5},

Fatima Zahra

Mernissi^{1,2,3,4,5}

Departments of ¹Dermatology,

²Microbiology and Mycology,

³Pulmonary Disease and

⁴Radiology, University of

Medicine, Hassan II Hospital,

Fez, ⁵Laboratory of Histology,

Rabat, Morocco

Address for correspondence:

Dr. Cheymae Saadani Hassani,

Hay Amal, Residence Raihana,

Etage 3, Apartment 8, Fès,

Morocco.

E-mail: ch.saadani@gmail.com

Access this article online

Website: www.idoj.in

DOI: 10.4103/idoj.IDOJ_333_18

Quick Response Code:



The first clinical impression suggested cutaneous leishmaniasis or cutaneous tuberculosis.



Figure 1: Clinical image: Ulcer plaques with raised borders and an erythematous base, over the forehead, left paranasal sinuses and left jawline, and hypertrophy of the inner canthus of the left eye

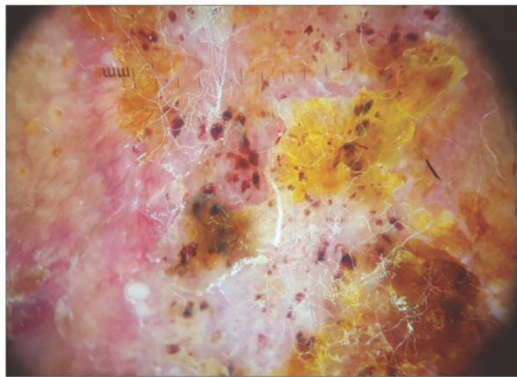


Figure 3: Dermoscopic examination (x 10): Reddish pink background with hemorrhagic and yellow crusting, without specific vascular structures: irregular linear, glomerular and dots

Skin biopsy of the facial lesions revealed pseudoepitheliomatous hyperplasia with inflammatory infiltrate producing microabscesses, tuberculoid granulomas, and the presence of broad-based mono-budding yeasts with a thick and refractive wall with periodic acid-Schiff stain (PAS), and Gomori Grocott staining positive, suggestive of *B. dermatitidis* [Figure 4a-c]. Direct examination (KOH 10%) and Giemsa stains showed mono-budding yeasts with a doubly refractile cell wall [Figure 5a and b].

The diagnosis of cutaneous blastomycosis was retained, and search for systemic involvement was undertaken.

Subsequent chest imaging showed diffuse bilateral mixed alveolar and interstitial opacities suggestive for tuberculosis [Figure 6]. The direct oriented sensitivity test based on quantitative bacilloscopic examination and culture on three successive days did not reveal the acid-alcohol resistant bacillus (BAAR).

Bronchoscopy and a cytopathological examination of the bronchoalveolar fluid were performed and demonstrated abundant broad-based budding yeast, consistent with *B. dermatitidis*.



Figure 2: Two red nodules on the chin

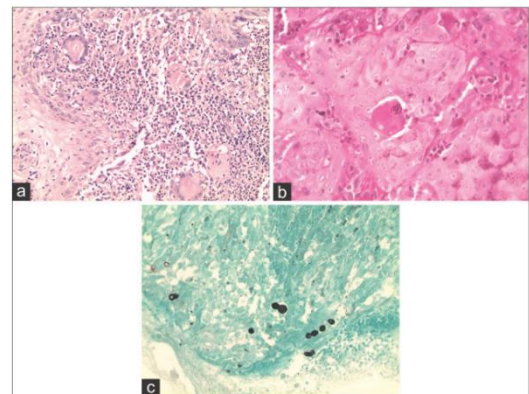


Figure 4: Histological images: (a) Pseudoepitheliomatous hyperplasia with tuberculoid granuloma. HES staining G x 200. (b) Big yeasts (PAS+) with a thick and refractive wall: PAS staining G x 400. (c) Presence of broad-based mono-budding yeasts: Gomori Grocott staining G x 400

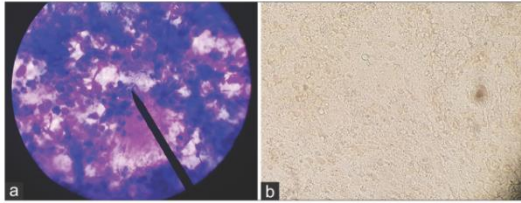


Figure 5: (a and b) Mono-budding yeasts with a doubly refractile cell wall: Direct examination (KOH 10%) and Giemsa stains (G * 400)

A cérébrothoracic abdominal scan was performed and showed multiple nodular and micronodular lesions scattered in the half pulmonary field associated with foci of alveolar type condensation containing aerial bronchograms along with an osteolytic lesion of the left scapula. A homogeneous rounded parenchymal lesion with an annular contrasting was found in the central nervous system, suggesting brain abscess, confirmed by brain magnetic resonance imaging [Figure 7]. Urine blastomyces antigen was negative.

Hematological investigations were done to rule out immune suppression, anemia, malnutrition, and all were normal including serology for HIV.

The final diagnosis was disseminated blastomycosis with cutaneous, pulmonary, bone, and central nervous system involvement.

Since amphotericin B is not available in Morocco, we choose voriconazole as the first-line therapy, which was continued for 12 months with good cutaneous response and complete remission [Figure 8], with regression of the nodular opacities in lung and brain abscess. No recurrence was found in the follow-up period.

Discussion

Blastomycosis is caused by *B. dermatitidis*, a thermally dimorphic fungus that grows as a filamentous mold in the environment and as a yeast in tissues. The infection is endemic in certain areas of the United States and Canada.^[3] It has an annual incidence of 12 to 40 cases per 100 000 within endemic regions.^[4] It has also been reported as sporadic cases in Central and South India, the Middle East, and Africa (South Africa and Zimbabwe).^[5] It remains rare in Morocco,^[6] with eight cases reported three of which were strictly cutaneous. All ethnicities may be affected.^[7]

It may occur at any age but endemic cases are more common in young or middle-aged adults, with a slight male predominance.^[6,7] Activities in watershed areas appear to carry a higher risk for acquisition of *B. dermatitidis*.^[3] It is thought that the moist soil enriched with decaying vegetation in these areas encourages the growth of the organism. This hypothesis may explain the source of inoculation of our patient. Blastomycosis is primarily a pulmonary infection. Most cases are asymptomatic; the rest displays mild to



Figure 6: Chest imaging showed diffuse bilateral mixed alveolar and interstitial opacities suggestive for tuberculosis

severe respiratory findings and the chest radiography can show opacities, nodules, masses, or cavitation, similar to tuberculosis or other systemic mycosis.^[8] However, secondary extrapulmonary involvement can be seen.^[1] Blastomycosis can disseminate to any organ in the body,^[8] especially to skin, osteoarticular structures, the genitourinary tract, and central nervous system.^[6,8] Skin involvement has been reported in 40 to 80% of the cases.^[4] Cutaneous blastomycosis is characteristically a verrucous "wart-like" lesion with irregular borders. Ulcerative lesions with raised borders are also common.^[9] Other presentations, including nodules, pustules, papules, and abscesses, have been described.^[10] Dermoscopic findings of cutaneous blastomycosis reported in our case are similar to those reported in one article in literature,^[11] such as reddish pink background and hemorrhagic crusting and scales, these signs may help in differentiating inflammatory and tumoral diseases. Bone involvement can underlie the cutaneous lesions, but can also be present at multiple distant sites as well. Radiographs usually show well-circumscribed osteolytic lesions.^[12] Central nervous system blastomycosis is estimated to occur in less than 5% to 10% of immunocompetent patients.^[8] Meningitis, brain abscesses, and cord lesions can occur. Mortality remains high for CNS blastomycosis, especially when it is accompanied by disseminated infection. In our case, this nervous system

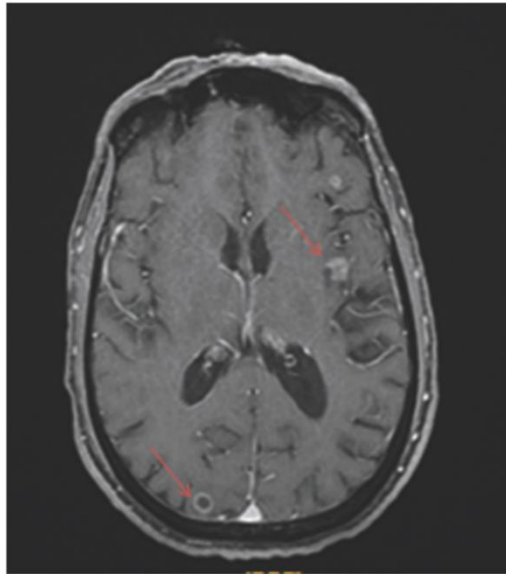


Figure 7: Brain magnetic resonance imaging (MRI): An homogeneous rounded parenchymal lesion with an annular contrasting was found at the central nervous system

localization was not symptomatic and was incidentally noticed by radiological examination.

The clinical presentation, physical examination, and radiographic manifestations of blastomycosis are nonspecific; but a rapid diagnosis of blastomycosis can be made by microscopic examination of smears of respiratory secretions or histopathological examination of cutaneous tissue specimens showing atypical granulomatous-tuberculoid like reaction, with broad-based budding yeasts and a doubly refractile and thick cell wall, observed with hematoxylin-eosin stain, but more evident with PAS stain.^[1,8,13]

It is difficult to establish if the case presented here constitutes a primary or a secondary cutaneous case. We considered it as secondary cutaneous blastomycosis because of pulmonary involvement and dissemination to central nervous system and bones.

Also, we propose that any patient with cutaneous blastomycosis should be investigated for pulmonary involvement and other sites of dissemination, especially the nervous system as illustrated in our case.

Antifungal treatment is recommended for all patients diagnosed with blastomycosis.^[14] The treatment of disseminated blastomycosis with central nervous system involvement is based on amphotericin B intravenously (5 mg/kg/d for 4-6 wk) as initial therapy. Fluconazole (800 mg daily), itraconazole (200 mg 2 or



Figure 8: Clinical improvement after treatment

3 times daily), or voriconazole (200-400 mg 2 times daily) are suggested as a step-down therapy and should continue for at least 12 months or more after resolution of central nervous abnormalities.^[8,15]

Without treatment, the prognosis is dark when infection spreads beyond the lung; especially with central nervous system involvement.^[4]

Blastomycosis is often a diagnostic and therapeutic challenge. The nonspecific clinical manifestations of blastomycosis frequently lead to a delay in diagnosis; especially with tuberculosis, which is endemic in Morocco.

This case highlights the clinical manifestations of cutaneous blastomycosis revealing systemic involvement with an extremely rare localization of the central nervous system lesions, first reported case according to our knowledge. Thus, it may be critical for the clinician to recognize the clinical and dermoscopic patterns of lesions that can be restricted to the skin and mucous surfaces or even present as visceral dissemination. Dermatologists from all over the world should be prepared to recognize and diagnose tropical mycoses. Therefore, the increasing number of cases described outside the American continent necessitates a revision of the name of the disease, which happens to be ubiquitous.

Articles soumis :

Titre :Erythermalgie et diabète de type 1 : A propos d'un cas :

Erythermalgia and diabetes type 1 : About a case

C.H.Saàdani, H.Baybay,S.Elloudi,Z.Douhi,.F.Z.Mernissi

Service de dermatologie et vénérologie CHU Hassan II, Fès

Résumé :

L'érythermalgie est un acrosyndrome très rare, caractérisé par des accès douloureux intéressant surtout les membres inférieurs ; elle peut être primitive ou secondaire.

La coexistence de l'érythermalgie et du diabète est loin d'être une coïncidence, puisque le diabète entraîne une atteinte neuropathique et des lésions vasculaires, l'érythermalgie en sa présence est considérée comme secondaire. Nous rapportons le cas d'un jeune patient diabétique de type 1, qui présente une érythermalgie dans sa forme sévère. Au travers de cette observation et à la lumière des données de la littérature, nous allons expliquer les mécanismes étiopathogéniques

invoqués pour expliquer l'érythermalgie chez le diabétique, et illustrer les difficultés diagnostiques et de prise en charge lors de cette association.

Mots clés:

Erythérmalgies, diabète, prise en charge

Abstract:

Erythermalgia is a very rare acrosyndrome mainly characterized by lower limbs pain. It is either primitive or secondary. Concomittence of erythermalgia and diabetes is a coincidence and since the latter induces neuropathic and vascular lesions, erythermalgia is then considered

as a consequence. We report the case of a young type 1 diabetic patient who presents with severe form of erythralgia. Through this case report and a review of the literature, we shall explain the etiopathogenic mechanisms involved in erythralgia in a diabetic patient and highlight the diagnosis and management challenges.

Key words :

Erythralgia ,diabetes, management

Introduction :

L'érythromélalgie est un acrosyndrome paroxystique rare, associant la douleur, l'augmentation de la chaleur locale et la rougeur des extrémités [1]. Son incidence est de l'ordre de 1,3 / million d'habitants / an [2]. L'érythralgie est une hypersensibilité au chaud, touchant préférentiellement les pieds, liée à une vasodilatation microcirculatoire des extrémités [3]. Elle peut être primitive ou secondaire. La coexistence de l'érythralgie et du diabète n'est pas une coïncidence, puisque le diabète entraîne une atteinte neuropathique et des lésions vasculaires, l'érythralgie en sa présence est considérée comme secondaire [4].

Nous rapportons le cas d'un jeune patient diabétique de type 1, qui présente une érythralgie dans sa forme sévère.

Observation :

Jeune patient de 27 ans, diabétique de type 1 depuis 8 ans, mal équilibré, sous insulinothérapie. Il a présenté des douleurs à type de brûlures siégeant au niveau des pieds, associées à des crises vasomotrices (rougeur, chaleur), paroxystiques, fréquentes, déclenchées par la chaleur, la station debout et soulagées par les bains d'eau froide, associées à de multiples ulcérations précédées par l'apparition de lésions vésiculeuses. L'examen clinique a objectivé de multiples ulcérations rétro-malléolaires et au niveau du dos des pieds, bien limités, à bords irréguliers, et à fond fibrineux [Figure 1], les poulx étaient perçus et symétriques. Le diagnostic clinique d'érythralgie dans sa forme sévère a été retenu.

Au plan paraclinique, les autres causes secondaires d'érythermalgie ont été éliminées, notamment un syndrome myéloprolifératif, une thrombocytose essentielle ou un lupus. L'exploration vasculaire par l'échodoppler veineux et artériel n'a pas révélé d'anomalies vasculaires.

La douleur intense des membres inférieurs étant le souci majeur, le patient a été mis initialement sous antalgiques 2ème palier, associés à l'acide acétylsalicylique (à raison de 300 mg/jour), et d'une cicatrisation dirigée pour les lésions ulcéreuses, mais devant la persistance de la symptomatologie douloureuse, on a ajouté les bêtabloquants à raison de 100mg/ jr et on a augmenté le palier des antalgiques aux morphiniques.

L'évolution a été marquée par la cicatrisation des lésions ulcéreuses mais avec une légère amélioration de la symptomatologie douloureuse dans un premier temps, puis l'apparition de nécroses distales [Figure 2] pour lesquels il a subi une nécrosectomie, avec amputation des gros orteils.

Discussion :

L'érythermalgie est un acrosyndrome paroxystique très rare, caractérisé par des accès douloureux de rougeur et de chaleur en rapport avec une vasodilatation intéressant surtout les membres inférieurs [5].

Le diagnostic est clinique avec une présentation paroxystique stéréotypée. Durant les crises, les extrémités sont rouges, chaudes et douloureuses avec une très nette prédominance aux membres inférieurs. Cependant, d'autres parties du corps peuvent être atteintes, tels les membres supérieurs ou les oreilles. Les crises sont volontiers déclenchées par l'activité physique, l'orthostatisme, l'exposition au chaud et calmées par le froid, le repos ou la surélévation du ou des membres. Elles débutent souvent par une impression de prurit des extrémités avec une exacerbation progressive. L'intensité des douleurs est souvent forte avec une impression de brûlements, de brûlures et d'élancements obligeant parfois le patient à immerger ses pieds dans une baignoire d'eau froide ou à déambuler sur un carrelage froid. Les symptômes sont plus sévères et plus fréquents en été et s'exacerbent au coucher obligeant souvent le patient à dormir les pieds découverts. La durée des crises est variable, allant de quelques minutes à quelques heures, voire à quelques jours [6]

Elle peut être primitive ou secondaire. En dehors du syndrome myéloprolifératif, les autres affections classiquement citées comme cause d'érythermalgie (insuffisance veineuse, hypertension artérielle, diabète) ont une valeur d'association fortuite plutôt que de déterminants pathogéniques [7] .

L'association érythermalgie et diabète n'est donc pas une coïncidence, car le diabète engendre une neuropathie périphérique et une atteinte vasculaire, l'érythermalgie est considérée comme secondaire en sa présence [4].

Notre patient présentait une symptomatologie typique d'érythémalgies associée à une douleur neuropathique ; les critères énoncés par l'école française ont permis d'authentifier le diagnostic d'érythermalgie, avec 3 critères majeurs (caractère paroxystique des crises, douleurs à type de brûlures intenses et rougeur en crise) et au moins 2 critères mineurs (déclenchement à l'effort ou au chaud, diminution au froid ou au repos, augmentation de la chaleur locale lors des crises, sensibilité à l'aspirine) [8, 9]. La négativité des bilans des autres étiologies avait permis de retenir le diagnostic d'érythermalgie secondaire au diabète.

Les hypothèses étiopathogéniques formulées à propos des érythermalgies sont nombreuses ; Quelques observations isolées ont fait évoquer le rôle pathogénique des complexes immuns circulants, une anomalie de l'innervation ou encore l'action de la sérotonine [7]. D'autres hypothèses font intervenir un trouble des prostaglandines et de l'agrégation plaquettaire ; ainsi s'expliquerait, en effet, l'efficacité thérapeutique spectaculaire de l'aspirine qui, en inactivant la cyclo-oxygénase, inhibe l'agrégation plaquettaire et la synthèse des prostaglandines. Par ailleurs, il existerait chez ces patients, une neuropathie des petites fibres et il est probable qu'il existe des anomalies de fonctionnement des canaux sodium des fibres C au cours des érythermalgies secondaires mais les mécanismes restent inconnus pour l'instant. Le terrain d'auto-immunité au cours du diabète de type 1 ainsi que l'atteinte neuropathique pourraient expliquer la survenue de l'érythermalgie chez notre patient [4].

La prise en charge thérapeutique des érythermalgies est difficile ; les principales molécules

concernées sont l'acide acétylsalicylique, les bêtabloquants, les antidépresseurs tricycliques, la lavenlafaxine, la gabapentine, les inhibiteurs calciques (nifédipine, diltiazem), les opioïdes.[10]. Le traitement de première intention reste l'aspirine à petite dose [11]. L'évolution de la maladie est variable. Elle est associée à une morbidité importante. L'intensité de la douleur est parfois insoutenable et la répétition des crises peut créer chez certains patients une invalidité majeure et retentir gravement sur leur psychisme [4]. Le risque accru de récurrence pose un problème de prise en charge à long terme chez notre patient, vu le retard de cicatrisation surajouté à cause du diabète.

L'avenir réside probablement dans la mise au point d'anti-Nav1.7 (bloqueurs de canaux sodiques) plus sélectifs ou peut-être l'association de différents traitements.

Conclusion :

L'érythromalgie est un acrosyndrome rare de diagnostic clinique, qui altère considérablement la qualité de vie, dont plusieurs traitements ont été décrits, mais aucun d'entre eux n'étant complètement efficace. L'intérêt de cette observation est de souligner le caractère aggravant du diabète quand une autre pathologie survient sur ce terrain fragile ainsi que les difficultés diagnostiques et de prise en charge thérapeutique que l'on peut rencontrer.

Références :

- 1- S. Miranda , M. Le Besnerais , V. Langlois , Y. Benhamou , H. Lévesque . Erythromelalgia: Diagnosis and therapeutic approach. La Revue de médecine interne <http://dx.doi.org/10.1016/j.revmed.2016.08.012>
- 2- Gabriel L. Pagani-Est_evez, MD,a Paola Sandroni, MD, PhD,a Mark D. Davis, MD,b and James C. Watson, MDa,c , Minnesota Erythromelalgia: Identification of a corticosteroid-responsive subset J Am Acad Dermatol <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2016.08.048>
- 3- S. Le Gloan, C. Lok. Acrosyndromes vasculaires et ischémies digitales. Thérapeutiques en Dermato-Vénérologie # 227_Novembre 2013

- 4- W. Chabane, H. Djorane, M. Azzouz, R. Hannachi et A. Boudiba. Erythermalgia and type 1 diabetes : diagnosis and management issues. About one case. Rev Med Brux 2015 ; 36 : 101-4
- 5- Tang Z, Chen Z, Tang B, Jiang H. Primary erythromelalgia. A review. Orphanet J Rare Dis 2015;10:127.
- 6- Priollet P : Acrosyndromes vasculaires Paris, Elsevier, Encycl Med Chir : Dermatologie 1999 ; 98 : 550- A-10
- 7- Lazareth I, Fiessinger JN, Priollet P. L'érythermalgie, un acrosyndrome rare. Presse Med 1988;17:2235-8.
- 8- Saviuc PF, Danel VC, Moreau PA, Claustre AM, Ducluzeau R, Carpentier PH : Erythermalgie soudaine : cherchez le champignon ! Rev Med Int 2002 ; 23 : 394-9
- 9- Planchon B : Acrosyndrome : causes vasculaires et neurotrophiques. AMC pratique 2005 : 138
- 10- Bouyahyaoui Y, Meziane M, Hanae Z et al. : Erythermalgie primitive familiale. A propos d'un cas. Arch Ped 2013 ; 20 : 369-71
- 11- Misery L : L'érythermalgie héréditaire : un modèle pour comprendre l'érythermalgie . Ann Dermatol Vénéréol 2007 ; 134 : 79-80

Conflits d'intérêts :

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt



Figure 1 : Multiples ulcérations post-vésiculeuses



Figure 2 : nécrose distale des orteils

Lichen Nitidus : Clinical aspect and dermoscopic features:

CH.Saadani, S.Elloudi, F.Z.Mernissi
Department of Dermatology, University Hassan II, Fès

Case reports

Lichen nitidus, which means shiny papules, is a relatively uncommon, asymptomatic, chronic a lichenoid dermatosis. Dermatoscopy is a an easily repeatable technique that reveals interesting and characteristic features in this condition. We present a case report of a lichen nitidus with its dermoscopic features.

A 27 year-old man , phototype 6, presented with 5 year history of mildly pruritic multiple white papules , over lateral edge of the fingers and toes (Fig 1,2), facing the wrist and genitalia (Fig 3). On exam, multiple small white shiny dots were noticed. Dermoscopic examination revealed multiple small shiny white circles, central circular depression giving a sunburst appearance (Fig 4,5). Linear vessels within the lesions were also seen. The patient was treated by topical steroid therapy with good improvement.

Lichen nitidus was first described by Pinkus in 1907. It is characterized by the presence of asymptomatic or mildly pruritic pinpoint to pinhead-sized, flat, shiny papules. Most cases occur in childhood or early adulthood with no particular sex predilection. The sites commonly involved include upper extremities, trunk, buttocks, and genitalia. Infrequently, mucosal and nail involvement can be seen (1). Although it is mostly a clinical diagnosis, common differentials may need to be entertained including frictional lichenoid dermatitis, lichen scrofulosorum, pinpoint polymorphous light eruption, and papular urticaria. Therefore, some of the cases require histopathological confirmation for this otherwise benign entity. Which is characterized by a circumscribed collection of inflammatory cells in

the papillary dermis that abuts the overlying epidermis? The inflammatory infiltrate consists of lymphocytes, histiocytes, and multinucleated giant cells.

On dermoscopic , the typical “sunburst appearance” along with shiny white circles, and central circular depression (2), as described above can help differentiate LN from other common differentials. Most cases require no treatment due to the asymptomatic nature of the eruption and tendency for spontaneous resolution(3). For symptomatic cases, moderately potent or potent topical steroid therapy may help.



Figure 1: multiple small white shiny dots over lateral edge of the fingers



Figure 2: multiple small white shiny dots over lateral edge of the toes



Figure 3: multiple small white shiny dotsover genitalia

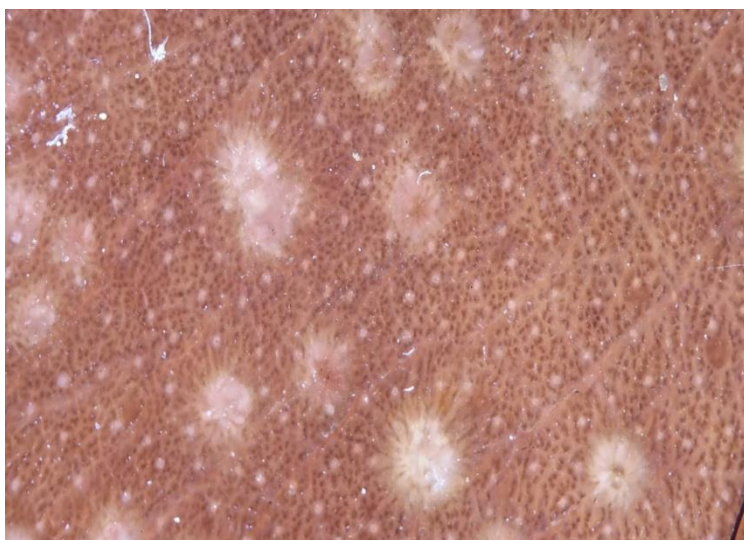


Figure 4: multiple small shiny white circles, central circular depression giving a sunburst appearance
On the skin



Figure 5: multiple small shiny white circles, central circular depression giving a sunburst appearance On genitalia area

References:

- 1- Jakhar D¹, Grover C¹, Kaur I¹, Sharma S². Dermatoscopic features of lichen nitidus. *Pediatr Dermatol*. 2018 Nov;35(6):866-867. doi: 10.1111/pde.13576. Epub 2018 Jun 26.
- 2- Subrato Malakar, Sushrut Save,¹ and Purva Mehta¹ Brown Shadow in Lichen Nitidus: A Dermoscopic Marker! *Indian Dermatol Online J*. 2018 Nov-Dec; 9(6): 479–480.
- 3- Ge Qian, Heng Wang, Jianbo Wu, Zudong Meng, Chuncai Xiao. [Different dermoscopic patterns of palmoplantar and nonpalmoplantar lichen nitidus](#). *J Am Acad Dermatol* 2015; 73:e101-3

Co-auteur

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Elsevier Editorial System(tm) for Annales de
Dermatologie et de Vénéréologie

Manuscript Draft

Manuscript Number: ANNDER-D-18-00198R1

Title: Toxidermie lichénoïde aux anti-bacillaires associée à une
anonychie : présentation inhabituelle Lichenoid Drug Eruption with
anti-bacillary associated with onychia: unusual presentation

Article Type: Cas clinique

Section/Category:

Keywords: Mots clés: Toxidermie lichénoïde; onychie; antibacillaires.
Key words: Lichenoid drug eruption; onychia; antibacillaries.

Corresponding Author: Professor Hanane BAYBAY,

Corresponding Author's Institution: University Hospital Center

First Author: Hanane BAYBAY

Order of Authors: Hanane BAYBAY; Cheymae Saadani, Dr; Sara Elloudi, Pr;
Zakia Douhi, Dr; Mounia Rimani, Pr; Fatima zahra Mernissi, Pr

Abstract: Résumé : Les toxidermies lichénoïdes (TL) sont des réactions
médicamenteuses rares. Le diagnostic différentiel clinique et
histologique avec le lichen plan idiopathique est délicat. De nombreux
médicaments sont reconnus comme inducteurs. La littérature inclut
quelques cas rapportés avec les antibacillaires. Exceptionnellement, la
LT peut être diffuse avec atteinte de la muqueuse et des phanères. Nous
en rapportons une nouvelle observation d'une TL diffuse aux
antibacillaires avec une onychie de tous les ongles. L'imputabilité
plaidait en faveur de l'Isoniazide. L'évolution était favorable après
arrêt du traitement mais au prix d'une onychie diffuse.

Summary: Lichenoid drug eruptions are rare drug reactions. The clinical
and histological differential diagnosis with idiopathic lichen planus is
delicate. Many drugs are recognized as inducers. The literature includes
some reported cases with antibacillaries. Exceptionally, Lichenoid drug
eruptions may be diffuse with the mucosa and phaneres localizations. We
report a new case with diffuse onychia. Accountability is in favor of
Isoniazid. The evolution was favorable after stopping treatment, but with
irreversible onychia.

Response to Reviewers:

***Manuscrit**

[Click here to download Manuscrit: page titre et auteurs.doc](#)

Toxidermie lichénoïde aux anti-bacillaires associée à une anonychie : présentation

inhabituelle

Lichenoid Drug Eruption with anti-bacillaries associated with anonychia: unusual

presentation

H.Baybay¹, C.Saàdani¹, S.Elloudi¹, Z.Douhi¹, M. Rimani², F.Z.Mernissi¹

¹ Service de Dermatologie, CHU Hassan II, Fès

² Laboratoire d' anatomopathologie Hassan, Rabat, Maroc

Auteur correspondant: Hanane Baybay; mail: hananebaybay@gmail.com

Professeur assistante ; service de Dermatologie; CHU Hassan II; FES. MAROC

Cheymae Saàdani : Interne en Dermatologie ; CHU Hassan II; FES. MAROC

Sarra Elloudi: Professeur assistante en dermatologie ; CHU Hassan II; FES. MAROC

Zakia Douhi : Dermatologue ; CHU Hassan II; FES. MAROC

Fatima Zahra Mernissi : Professeur en Dermatologie ; CHU Hassan II; FES. MAROC

Mouna Rimani : Professeur en anatomo pathologie ; Laboratoire Hassan ; RABAT.
MAROC

Manuscrit

[Click here to download Manuscrit: toxidermie lichnoide Manuscrit \(1\).doc](#)

Toxidermie lichénoïde aux anti-bacillaires associée à une anonychie : présentation inhabituelle

Lichenoid Drug Eruption with anti-bacillaries associated with anonychia: unusual presentation

H.Baybay¹, C.Saàdani¹, S.Elloudi¹, Z.Douhi¹, M. Rimani², F.Z.Mernissi¹

¹ Service de Dermatologie, CHU Hassan II, Fès

² Laboratoire d'anatomopathologie, Rabat, Maroc

Mots clés: Toxidermie lichénoïde ; anonychie ; antibacillaires.

Key words: Lichenoid drug eruption; anonychia; antibacillaries.

Résumé: Les toxidermies lichénoïdes (TL) sont des réactions médicamenteuses rares. Le diagnostic différentiel clinique et histologique avec le lichen plan idiopathique est délicat. De nombreux médicaments sont reconnus comme inducteurs. La littérature inclut quelques cas rapportés avec les anti bacillaires. Exceptionnellement, la TL peut être diffuse avec atteinte de la muqueuse et des phanères. Nous en rapportons une nouvelle observation d'une TL diffuse aux anti bacillaires avec une anonychie de tous les ongles. L'imputabilité plaide en faveur de l'Isoniazide et la Rifampicine. L'évolution était favorable après l'arrêt du traitement mais au prix d'une anonychie diffuse.

Summary: Lichenoid drug eruptions are rare drug reactions. The clinical and histological differential diagnosis with idiopathic lichen planus is delicate. Many drugs are recognized as inducers. The literature includes some reported cases with antibacillaries. Exceptionally, Lichenoid drug eruptions may be diffuse with the mucosa and phaneres localizations. We report a new case with diffuse anonychia. Accountability was in favor of Isoniazid and Rifampicin. The evolution was favorable after stopping treatment, but with irreversible anonychia.

Introduction

Les toxidermies lichénoïdes (TL) sont des réactions médicamenteuses rares dont le diagnostic et l'imputabilité médicamenteuse est difficile à établir (1). De nombreux médicaments sont reconnus comme inducteurs tels que les bêtabloqueurs, les antipaludéens de synthèse, et les diurétiques. L'atteinte orale est très rare et rapportée avec des médicaments spécifiques comme l'Allopurinol, les Inhibiteurs de l'enzyme de conversion, le Ketoconazole, et les Anti-inflammatoires non stéroïdiens. La littérature inclut quelques cas rapports avec les anti-bacillaires comme l'Ethambutol ou le Pyrazinamide. Exceptionnellement, la TL peut se généraliser et être associée à une anonychie rapportée avec le Leflunomide (2). Nous en rapportons une observation inhabituelle.

Observation

Patient de 41 ans consultait pour une éruption cutanée généralisée, très prurigineuse apparue depuis 2 mois. Dans ses antécédents, on notait un diabète compliqué d'une insuffisance rénale terminale au stade d'hémodialyse, une épilepsie traitée par antiépileptique et était suivi pour une rechute de tuberculose macroscopiquement positif (TPM+), mis sous RH (Rifampicine et Isoniazide) en fin 2016. Il a présenté 15 jours après le début de ce dernier traitement une éruption étendue sur le corps avec atteinte de la muqueuse buccale et des ongles. L'examen cutané objectivait des plaques érythémateuses squameuses polymorphes, à la fois lichéniennes, psoriasiformes et eczématiformes, siégeant au niveau des membres, du dos, du tronc et des extrémités. [Fig 1] L'examen de la muqueuse buccale trouvait une chéilite avec des érosions endo-jugales. L'examen des phanères objectivait des plaques érythémato-squameuses du cuir chevelu et une onychodystrophie avec périonyxis diffus. [Fig 2]. La dermoscopie montrait un fond érythémateux, des squames et des stries blanchâtres au niveau périunguéal diffus avec une hypertrophie de la cuticule, une macrolunule rouge, une

chromonychie et une onycholyse distale au niveau de certains ongles. [Fig 3]. Une biopsie cutanée avait montré une hypergranulose focale et un infiltrat lichénoïde discontinue du derme superficiel. [Fig. 4,5] Chez notre patient, l'enquête de pharmacovigilance se basant sur la méthode française analysant les données chronologiques, sémiologiques et bibliographiques a considéré que la relation de cause à effet entre cette toxidermie lichénoïde et les deux antibacillaires (Rifampicine et Isoniazide) est possible avec l'existence d'un facteur favorisant qui est le diabète et plusieurs comorbidités associées notamment l'insuffisance rénale chronique terminale et la polymédication. Le patient était mis sous dermocorticoïdes et photothérapie à UVB avec arrêt du traitement anti-bacillaire une fois déclaré guéri de la tuberculose. L'évolution était marquée par la régression complète de l'éruption après 2 mois d'arrêt de l'Isoniazide et la Rifampicine, avec installation d'anonychie diffuse associée à un pterygion dorsal au niveau des ongles des doigts [Fig.6, 7], associés à une pigmentation post inflammatoire post lichéniennes [Fig. 8] .Cette dernière était confirmée par l'histologie éliminant également une hémochromatose ou un lichen pigmentogène. Le recul sans récurrence était de 2 ans.

Discussion

Les toxidermies lichénoïdes sont rares (1), avec une trentaine de cas rapportés à travers le monde dont un cas au Maroc en 2012. Plusieurs molécules sont incriminées, dont les antibacillaires notamment l'Isoniazide et la Rifampicine (3). Le délai entre la prise médicamenteuse initiale et l'apparition des premiers signes cliniques est extrêmement variable dans la littérature, allant de quelques jours à plusieurs années et dépend de la molécule en cause (4).

La distinction entre un lichen plan idiopathique et une toxidermie lichénoïde est difficile à établir sur le plan clinique et histologique. (3, 5, 6) Néanmoins, le polymorphisme clinique des lésions associant à la fois des éléments psoriasiformes, eczématiformes et lichéniens avec

1 absence de stries de wickham (3, 5, 6) ainsi que la notion de prise médicamenteuse plaident
2 en faveur du diagnostic de TL chez notre patient. L'imputabilité des deux antibacillaires
3 Rifampicine et Isoniazide était jugée possible avec l'existence de facteurs favorisant comme
4 le diabète, l'insuffisance rénale chronique terminale. Malgré la polymédication de notre
5 patient par les antiépileptiques, l'insulinothérapie et l'antihypertenseur, aucun de ces
6 traitements n'a été modifié et seuls la Rifampicine et l'Isoniazide ont été ajoutés. De même
7 l'absence de récurrence après deux ans d'arrêt du traitement antibacillaire alors qu'il était sous
8 les mêmes traitements antérieurs reconforte cette imputabilité et la rend plausible. L'atteinte
9 unguéale à type d'anonychie est extrêmement rare dans la TL (7), témoignant de l'atteinte
10 matricielle diffuse et toxique ce qui constitue l'originalité de notre cas. Aussi, la présence de
11 l'insuffisance rénale; limitant l'élimination des médicaments; constituerait un facteur
12 favorisant de cette toxidermie lichénoïde quoique la dialyse se faisait régulièrement. Les
13 patchs tests ont un apport limité en pratique à cause du nombre élevé des faux négatifs. (3)
14 L'arrêt des antibacillaires n'a pas été indiqué devant la forme de tuberculose TPM+ chez un
15 patient immunodéprimé d'autant plus que l'anonychie était irréversible devant la présence de
16 ptérygion. La photothérapie et les dermocorticoïdes avaient amélioré considérablement
17 l'atteinte cutanée et le prurit. La corticothérapie orale qui est une bonne alternative
18 thérapeutique pour éviter l'atteinte matricielle des ongles, n'était pas prescrite à cause des
19 comorbidités de notre patient à savoir le diabète déséquilibré et la tuberculose pulmonaire.

Conclusion :

20 En conclusion, nous rapportons un cas de TL induite par les antibacillaires notamment
21 l'Isoniazide et la Rifampicine associé à une éruption diffuse avec une anonychie chez un
22 patient ayant une insuffisance rénale terminale. Nous proposons d'opter pour des traitements
23 efficaces et rapides comme la corticothérapie orale, en dehors des contre indications, en cas
24 d'atteinte unguéale initiale pour éviter l'anonychie irréversible

Conflit d'intérêt de l'auteur et des coauteurs : Aucun

Références figures:

Figure 1 : Plaques érythémateuses squameuses confluentes par endroit au niveau du tronc

Squamous erythematous confluent plaques by location at the trunk

Figure 2 : Papules et plaques érythémato violacées en regard des petites articulations interphalangiennes et en péri unguéale

Erythematous purplish papules and plaques next to the small interphalangeal and peri-nail

Figure 3 : Image dermoscopique unguéale montrant un fond érythémateux, des squames et des stries blanchâtres au niveau périunguéal diffus avec une hypertrophie de la cuticule, une macrolunule rouge, une chromonychie et une onycholyse distale

Dermoscopic nail image showing erythematous fundus, squamous, and whitish streaks at the diffuse periungueal area with cuticle hypertrophy, red macrolunula, chromonychia and distal onycholysis

Figure 4 : Coloration HES G x 50 -> Dermatose lichénoïde avec épiderme hyperacanthosique

HES coloration G x 50 -> Lichenoid dermatosis with hyperacanthotic epidermis

Figure 5 : Réaction lichénoïde d'interface avec kératinocytes apoptotiques basaux

Lichenoid interface reaction with basal apoptotic keratinocytes

Figure 6 : Macules pigmentées et anonychie des 10 doigts

Pigmented macules and anonychia of the fingers

Figure 7 : Dermoscopic image showing an area of fibrosis with anonychia

Image dermoscopique montrant un zone de fibrose avec anonychie

Figure 8 : Macules pigmentées au niveau du tronc après deux mois d'arrêt des antibacillaires.

Pigmented macules at the trunk after two months of stopping the antibacillaries

Bibliographie :

- 1) Brauer J, Votava HJ, Meehan S, *et al.* Lichenoid drug eruption. *Dermatol Online J* 2009; 15(8): 13
- 2) Patterson JW, Berry AD, Darwin BS, *et al.* Lichenoid histopathological changes in patients with clinical diagnoses of exfoliative dermatitis. *Am J Dermatopathol* 1991; 13: 358–364
- 3) Ji-Won Byun, Chan-Yl Bang Gwang-Seong Choi, phd Jeonghyun Shin. Lichenoid Eruption Associated With Antituberculous Drug; An Unusual Oral and Follicular Involvement. *Am J Dermatopathol* 2014; 36 (8): 684–685
- 4) Bonnet N , Sportich S , Zambelli L, Koeppel M , Dales J, Andrac-Meyer L , Thoreau H, Jean-Pastor M ,Berbis P. Toxidermie lichénoïde au loflazépate d'éthyle (Victan®) : première observation. *Ann Dermatol Venereol* 2005;132:9S71-9S279

- 5) Meddeb Z, Souissi A, Derbel F, Bellakhal S, Jellouli A, Mestiri A , Dougui M.H . La toxidermie lichénoïde à l'imatinib : un effet indésirable à ne pas méconnaître. J. rev med.2015.03.042
- 6) Tziotzios C, , Lee J.Y. W, Brier T, et al. Lichen planus and lichenoid dermatoses Clinical overview and molecular basis, J Am Acad Dermatol 2018;79:789-804
- 7) Caitlin May, Philip Fleckman, Heather A. Brandling-Bennett, Bonnie Cole, Robert Sidbury, Lichenoid Drug Eruption with Prominent Nail Changes Due to Leflunomide in a 12-Year-Old Child. Pediatric Dermatology 2017;1–2,

Figure

Fig 1 :



Fig 2 :



Fig 3:

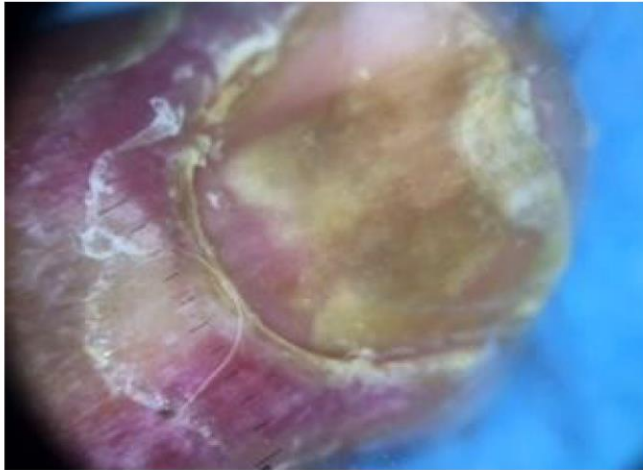


Fig 4:

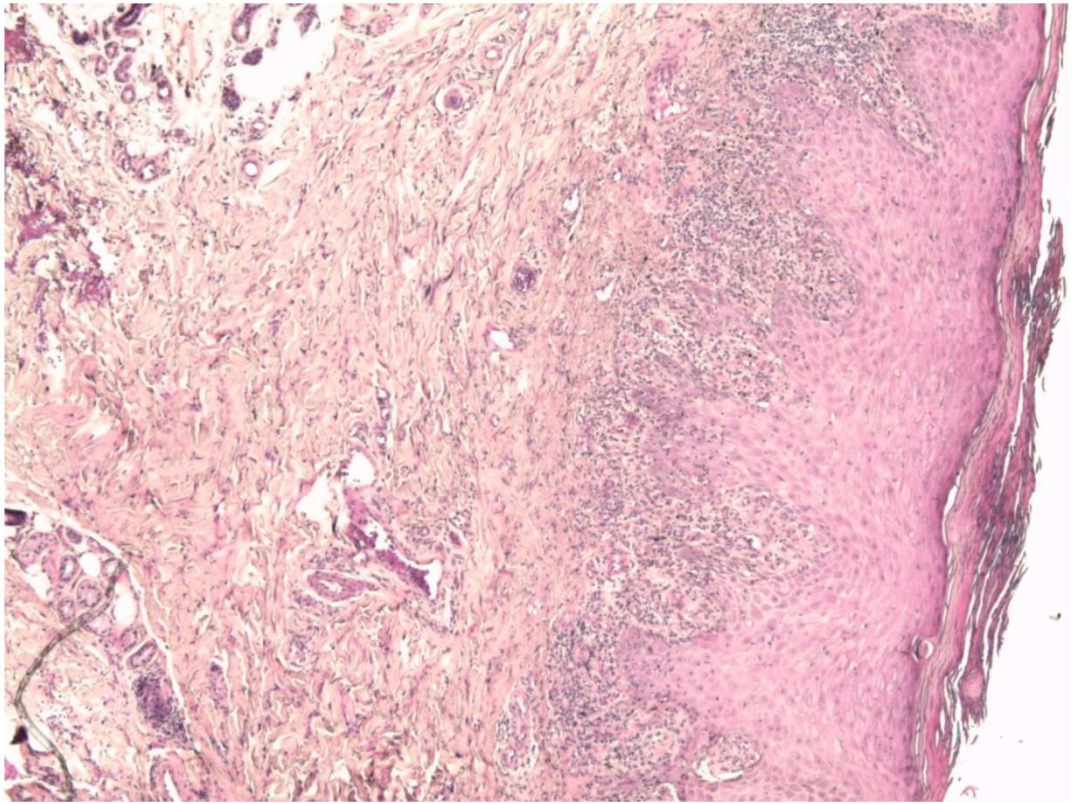


Fig 5 :

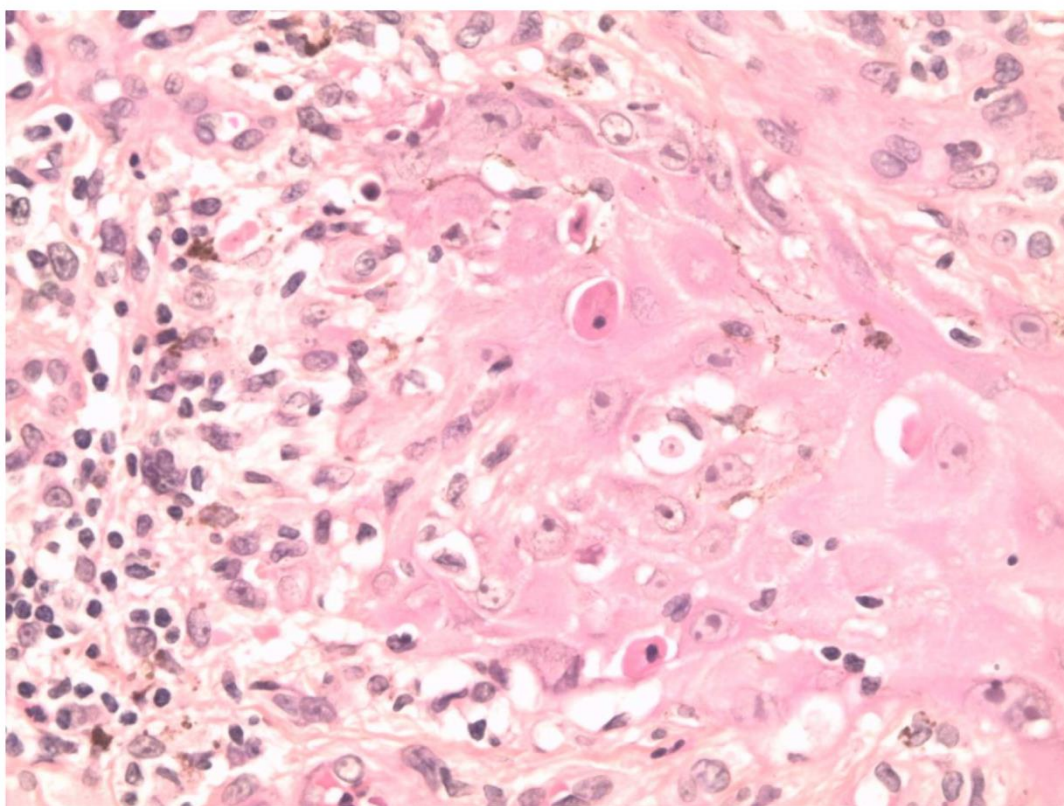


Fig 6 :



Fig 7 :



Fig 8



Unusual Lesion of the Eyebrow: A Case Report of Chondroid Syringoma

Case Report

C. Filali¹*, M. Abdellaoui¹, F. Chraïbi¹, C. Saadani², F.Z. Mernissi², A. Douida³, N. Hammam³, D. Benatiya¹¹ Department of Ophthalmology, CHU Hassan II Fez, Morocco.² Department of Dermatology, CHU Hassan II Fez, Morocco.³ Department of Anatomopathology, CHU Hassan II Fez, Morocco.

Brief Report

Chondroid syringoma is a rare mixed tumor accounting for only 0.01% of all primary skin tumors [1]. Though it's very common occurrence is in head and the neck region, involvement of eyelids is extremely rare [2]. These are usually a slowly growing, asymptomatic, solitary, non ulcerating masses ranging between 0.5cm and 3.0cm in size [2]. Herein we report another rare case of chondroid syringoma of eyebrow in a young man.

A 45-year-old man presented to us with a slow growing, painless and solitary mass on his left eyebrow that has been present for 4 years. Physical examination showed a solid, well demarcated left eyebrow mass, measuring approximately 1.5cm in size, with emergence of hair. On palpation it was firm and not fixed to underlying tissues (Figure 1). The differentials diagnosis were dermoid cyst, sebaceous cyst or dermal nevi, nevi. Ocular examination was normal: ocular motility was not reached. Visual acuity was correct.

An excision under local anesthesia was performed (Figure 2). The wound was closed directly with no flap reconstruction was needed. Macroscopically, the tumor nodule had a well-circumscribed appearance with a pinkish color and measured 15mm in diameter (Figure 3). Histopathologic examination showed that the tumor was relatively well-circumscribed and located in the mid and deep dermis, composed of both epithelial and mesenchymal components (Figure 4). The epithelium was composed of tubules lined by low cuboidal epithelial cells surrounded by myoepithelial cells. Myoepithelial cells blended into the surrounding stroma, in some areas forming sheets. The mesenchymal was chondroid and myxoid. No atypical cells or mitoses were noted. The histopathologic findings were consistent with chondroid syringoma. The patient has been followed up at 6-month intervals and remained free of

recurrence at 12 months follow-up.

Chondroid syringoma is a skin appendage tumour histopathologically similar to the mixed tumour (pleomorphic adenoma) of the salivary glands [3]. Helwig later classified this tumor type as chondroid syringoma in 1961 due to the presence of sweat gland elements in a cartilaginous stroma [1]. Incidence of chondroid syringoma is between 0.01% and 0.1% of all skin lesions. Chondroid syringomas most commonly occur in the head and neck regions. Only few cases of chondroid syringoma in the periorbital region were reported [1]. Tumors usually range in size from 0.5 cm to 3.0cm and are typically asymptomatic, firm, slow-growing, solitary nodule [3]. In the periocular location, chondroid syringoma is more common in the upper eyelid and brow area; more rarely, it affects the lower eyelid and the orbit [4]. The differential diagnosis of chondroid syringoma may include a variety of periorbital lesions, such as neurofibroma, dermoid cysts, sebaceous cysts, dermatofibroma, salivary gland pleomorphic adenoma, or basal cell carcinoma. No specific signs of chondroid syringoma differentiate it from other eyelid tumours. Histopathologic examination is indispensable for a correct diagnosis, demonstrating nests of cells and ducts surrounded by chondromyxoid stroma. The tumor may arise from eccrine or apocrine sweat glands, with some tumors showing features of both types. The apocrine tumor type is more common and characterized by branching lumina lined by 2 layers of epithelial cells. The eccrine type, in contrast, has smaller lumina lined by a single epithelial layer. The mesenchymal stroma may be chondroid, myxoid, or both of them, as in the present case, or adipocytic, or fibrous. Chondroid syringoma is a benign tumor but incomplete excision can undergo malignant transformation [4]. The risk of malignancy increases with giant chondroid syringomas greater than 3.0cm in size [5]. This report indicates that chondroid syringoma, although rare, should be con-

*Corresponding Author:

Choib El Amine Filali,
Department of Ophthalmology, CHU Hassan II Fez, Morocco.
Tel: +212622761032
Fax: 622761032
E-mail: Prtia@gmail.com

Received: March 18, 2019

Accepted: April 08, 2019

Published: April 09, 2019

Citation: C. Filali, M. Abdellaoui, F. Chraïbi, C. Saadani, F.Z. Mernissi, A. Douida, et al., Unusual Lesion of the Eyebrow: A Case Report of Chondroid Syringoma. *Int J Ophthalmol Eye Res.* 2019;7(1):397-399.

Copyright: C. Filali© 2019. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Figure 1. Image of the mass on the left eyebrow.



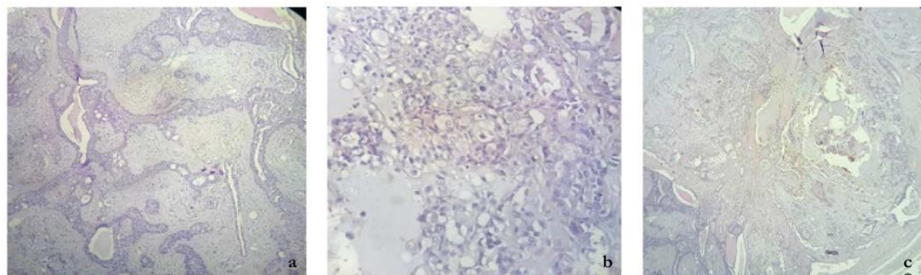
Figure 2. Excision of the mass.



Figure 3. Well circumscribed and polylobed appearance with a pinkish color of the eyebrow tumor.



Figure 4. Histological images.



- a: Epithelial contingent made of cubic or cylindrical cells forming tubes
- b: Myoepithelial contingent made of light cells arranged in masses
- c: Mesenchymal contingent made of a myxoid and chondroid stroma

sidered in the differential diagnosis of large eyelid and eyebrow tumors. Excisional biopsy remains the treatment of choice, and histopathological assessment should be obtained to confirm the diagnosis and identify any signs of malignancy.

References

- [1]. Hudson LE, Craven CM, Wojno TH, Grossniklaus HE. Giant Chondroid Syringoma of the Lower Eyelid. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*. 2017 Mar/Apr;33(2):e43-e44. doi: 10.1097/IOP.0000000000000716. PubMed PMID: 27203613.
- [2]. Kumar MA, Srikanth K, Vathsalya R. Chondroid syringoma: a rare lid tumor. *Indian J Ophthalmol*. 2013 Jan-Feb;61(1):43-4. doi: 10.4103/0301-4738.105060. PubMed PMID: 23275227.
- [3]. Kau HC, Tsai CC. Giant chondroid syringoma of the eyelid. *Can J Ophthalmol*. 2013 Aug;48(4):e63-4. doi: 10.1016/j.cjco.2013.01.012. PubMed PMID: 23931483.
- [4]. Gündüz K, Demirel S, Heper AO, Günalp İ. A rare case of atypical chondroid syringoma of the lower eyelid and review of the literature. *Surv Ophthalmol*. 2006 May-Jun;51(3):280-5. PubMed PMID: 16644368.
- [5]. Mlika M, Fadhel CG, Lahmar A, Rekik W, Lafif FH, Bouraoui S, et al. An unusual tumor of the eyelid. *Ann Pathol*. 2009 Jun;29(3):249-51. doi: 10.1016/j.annpat.2009.02.016. PubMed PMID: 19619836.



Case Report

Open Access

Giant Primary Amelanotic Scalp Melanoma: Report of a Rare Case and Review of the Literature

Safae Zinoune^{1*}, Sara Elloudi¹, Cheymae Saadani Hassani¹, Layla Tahiri², Hannane Baybay¹, Ayat Allah Oufkir³ and Fatima-Zahra Mernissi¹

¹Department of Dermatology and Venereology, Hassan II University Hospital, Fès, Morocco

²Department of Anatomic Pathology, Hassan II University Hospital, Fès, Morocco

³Department of Plastic Surgery, Hassan II University Hospital, Fès, Morocco

Article Info

*Corresponding author:

Safae Zinoune

Professor

Department of Dermatology and

Venereology

Hassan II University Hospital, Fès

Morocco

Email: dr.zinounesafae@gmail.com

Received: March 6, 2019

Accepted: March 12, 2019

Published: March 18, 2019

Citation: Zinoune S, Elloudi S, Saadani Hassani C, et al. Giant Primary Amelanotic Scalp Melanoma: Report of a Rare Case and Review of the Literature *Madridge J Case Rep Stud*. 2019; 3(1): 114-117.

doi: 10.18689/mjcrs-1000128

Copyright: © 2019 The Author(s). This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Published by Madridge Publishers

Abstract

Giant cutaneous malignant melanoma is rarely observed in clinical practice. It has rarely been described in the literature. Melanoma of the scalp with amelanotic character is even rarer, it represents an aggressive subcategory with high rates of in-transit disease and poor disease-related and survival outcomes. In this paper, we document our experience with an elderly patient with a giant amelanotic melanoma of the scalp and review the literature.

Keywords: Melanoma; Amelanotic; Scalp; Dermoscopy; Skin Transplantation.

Introduction

Giant melanoma has been rarely described in the literature [1]. The term 'giant melanoma', although not formally defined, has been previously described as a large diameter melanoma, often over 10 cm [2]. The term 'thick melanoma' refers to a large malignant melanoma with a Breslow thickness of over 4 mm [3].

Melanoma's anatomic location has an important influence on tumor characteristics and prognosis. Scalp melanoma has a worse prognosis than melanoma elsewhere, though the reasons for this are poorly understood [4]. Cutaneous head and neck melanoma (CHNM) described as having clinical and histological features that are different from melanomas in other locations [3,5]. Scalp melanomas comprise 7% of all cutaneous melanomas and have higher recurrence and mortality rates than other CHNM [6].

Our case demonstrates a remarkable outcome from surgical excision alone with no loco regional or distant metastatic spread over 4 years from presentation.

Case Report

A 79-year-old man was referred to our department of dermatology following a 1-year history of an asymptomatic progressively enlarging mass on his scalp. He had a medical history of prostate cancer treated 5 years ago and a euthyroid multinodular Goiter.

On clinical examination, there was a reddish, firm, bleeding and multinodular tumor located on the scalp with purulent exudation. The dimensions of the tumor were 14 cm × 11 cm × 3 cm (Figure 1). We also noticed the presence of multiple depigmented, erythematous macules with irregular borders, on the trunk. Dermoscopy of the tumor showed polymorphous vascularization with milky red and amorphous white areas (Figure 2). Clinically, he had no palpable cervical lymphadenopathy and no other significant abnormalities at the somatic examination.



Figure 1. A melanotic multinodular tumor of the scalp.



Figure 2. Dermoscopy showed polymorphous vessels with milky red and amorphous white areas.

Biopsy specimen was consistent with nodular invasive malignant melanoma, Clark level IV, Breslow's thickness of at least 7 mm, the tumour was strongly positive for HMB45 and Melan-A confirming the diagnosis of malignant melanoma (Figure 3). Computed tomographic scan of head showed no obvious cranial involvement by the lesion. A full workup for metastatic disease was done, including ultrasound of cervical ganglionic areas, computed tomography of the thorax, abdomen, and pelvis, which did not show any suspicious lesions, Serum lactate dehydrogenase (LDH) level was normal.

The patient was preoperatively staged as T4N0M0. Wide local excision with 3 cm margins was performed. Then, after the anatomopathological control of margins, the defect was covered with a split-thickness skin graft taken from the left thigh, with good evolution (Figure 4). This patient is still alive over 4 years later with no locoregional or distant metastatic spread.

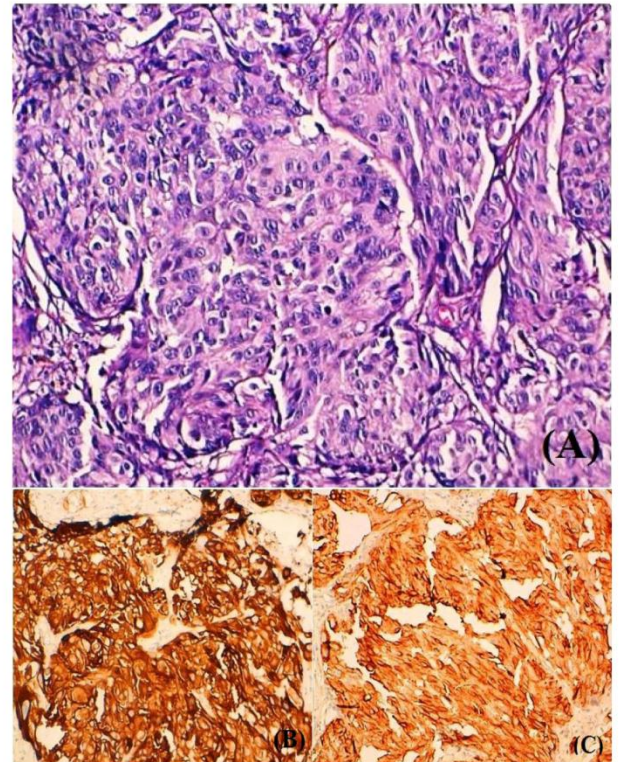


Figure 3. Histological and immunohistochemical analyses of biopsied tumor cells. (A). The tumor cells are ovoid, increased in size with anisocytosis and very pleomorphic nuclei that contain prominent nucleoli (HES x 20), (B). Immunohistochemical staining showing tumor cells positive for Melan A, (C). Tumor cells positive for HMB45.



Figure 4. Our patient with healed split-thickness skin graft over the resection defect.

Discussion

There are very few reports on giant melanoma in literature, because patients usually come for treatment earlier, and practitioners are well aware of the catastrophic consequences of neglecting such tumors [1]. A systematic literature review, limited to the English language, has shown only 6 patients with scalp melanoma appearing as a giant cutaneous tumor (Table 1). The dimensions of melanoma in our case make it one of the rarest.

International Journal of Case Reports & Studies

Primary melanoma of the scalp represents a unique sub-category with an aggressive phenotype characterized by high rates of local, in-transit metastases, and regional recurrence as well as poor disease-free survival outcomes [7]. It's more likely to be rapidly growing, a melanotic and nodular in subtype. They tend to occur in older men and, by inference; it is likely that male pattern alopecia and chronic solar damage play a role in their causation. High-risk histological features such as increased Breslow thickness, nodular subtype, and satellite metastases may explain the poor prognosis of scalp melanoma [4]. The reason for local or loco-regional spread in some massive melanomas without distant metastases is unknown, although some authors have suggested that it could be ascribed to the intrinsic biological behavior of the tumor and patient's immunological response to the melanoma cells [1]. The presence of depigmented lesions vitiligo-like in our patient testifies the activation of its immune system which may explain the absence of locoregional and distant metastatic spread.

Table 1. Summary data of published reports referred to patients with primary giant scalp melanomas.

Case	Sex and Age (years)	Morphology of lesion	Size (cm)	Breslow thickness (mm)	Nodal diffusion	Meta-static disease	Therapy
Panajotovic [12]	M 57	Vegetative tumor	12 × 10	100	No (clinical and imaging evaluation)	No	WLE
Müller [13]	F 84	Confluent purple-bluegrey macules, papules and nodules	NR	5	No (ultrasound evaluation)	NR	None
Ching [2]	M 70	Vegetative tumor	14,5×10,4	18	Yes	Yes	WLE, SND
Lakshmi [14]	F 28	Ulceroproiferative tumor	20 × 10	NR	Yes	No	WLE
Böyük [15]	F 54	Dark brown macules, papules and nodules	15 × 30	NR	Yes	Yes	Biotherapy (Vemurafenib)
Puckett [16]	M 64	Ulceroproiferative tumor	NR	NR	YES	YES	WLE
Our case	M79	Confluent erythematous papules and nodules	14×11×3	7	No	No	WLE

*WLE: Wide Local Excision; SND: Selective Neck Dissection; NR: Not Reported.

Amelanotic or hypomelanotic melanomas are more common in chronically sun-exposed areas. There increased relative incidence at other sites such as the scalp, particularly in men, may be related to the frequency of certain histologic subtypes such as nodular and desmoplastic melanoma. They are considered as forms of poor prognosis [8]. Dermoscopy may be useful in the diagnosis of a melanotic melanoma by visualization of features associated with deep tumour extension (blue-whitish veil, polymorphous vessels, little blue-black colour, pseudolacunas) not visible to the naked eye [9]. In our case, the presence of polymorphous vessels and milky red areas on dermoscopy as well as the presence of depigmented lesions on clinical examination allowed to evoke the diagnosis of melanoma.

Regarding therapy of giant melanoma, there is no consensus on how best to manage this tumor given the heterogeneity of the limited cases described in the literature. In the currently available guidelines, the maximum recommended resection margin is 3 cm [10]. However, a recent study demonstrates that within the head and neck, a wider resection margin greater than 2 cm does not confer any additional survival benefit compared with a narrower margin [4]. Furthermore, the use of wider margins did not confer a survival benefit to patients with more advanced disease, such as sentinel lymph node spread. This is of particular importance in the head and neck region, where the use of smaller margins allows for the preservation of aesthetics and facial/sensory function [4].

Although giant scalp melanomas are treated with surgery, their size can pose significant difficulties in scalp reconstruction, especially if they require deep excision and the patient has comorbid medical conditions. For larger scalp wounds where primary wound closure is not possible, reconstructive technique include local flaps, tissue expanders, and skin grafting. Although skin grafts are an easy and reliable method, an adequate nutrient blood supply is needed for the graft to become incorporated. This may require an additional pericranial or subgaleal fascia flap or drilling into the diploe to allow formation of granulation tissue [11-16].

Conclusion

This case appears to be one of the rare cases in the literature in terms of its lack of successful management with no locoregional or metastatic spread in over 4 years. Giant melanoma of the scalp represents a surgical challenge due to their destructive nature. Even though they have significant metastatic potential, a subset of these tumors could have a more indolent clinical course. Genetic analysis may prove a valuable clinical tool to predict phenotype and to provide more individualized treatment options.

Conflict of Interest: No conflicts of interest.

References

- Di Meo N, Stinco G, Gatti A, et al. Giant melanoma of the abdomen: case report and revision of the published cases. *Dermatol Online J*. 2014; 20 (7).
- Thörn M, Adami HO, Ringborg U, Bergström R, Krusemo U. The association between anatomic site and survival in malignant melanoma. An analysis of 12,353 cases from the Swedish Cancer Registry. *Eur J Cancer Clin Oncol*. 1989; 25(3): 483-491.
- Ching JA, Gould L. Giant scalp melanoma: a case report and review of the literature. *Eplasty*. 2012; 12: e51.
- Xie C, Pan Y, McLean C, Mar V, Wolfe R, Kelly JW. Scalp melanoma: Distinctive high risk clinical and histological features. *Australas J Dermatol*. 2017; 58(3): 181-188.
- Han AY, Dhanjani S, Pettijohn K, Patel PB, John MAS. Optimal Resection Margin for Head and Neck Cutaneous Melanoma. *Laryngoscope*. 2018. doi: 10.1002/lary.27465
- Ozao-Choy J, Nelson DW, Hiles J, et al. The Prognostic Importance of Scalp Location in Primary Head and Neck Melanoma. *J Surg Oncol*. 2017; 116(3): 337-343. doi: 10.1002/jso.24679
- Sparks DS, Read T, Lonne M, et al. Primary cutaneous melanoma of the scalp: Patterns of recurrence. *J Surg Oncol*. 2017; 115(4): 449-454. doi: 10.1002/jso.24535

The Bork-Baykal Phenomenon

Safae Zinoune*, Hannane Baybay, Cheymae Saadani Hassani, Sara Elloudi and Fatima-Zahra Mernissi

Department of Dermatology, University Hospital Hassan II, Fez, Morocco

Article Info

*Corresponding author:

Safae Zinoune

Department of Dermatology

University Hospital Hassan II

Fez

Morocco

E-mail: dr.zinounesafae@gmail.com

Received: February 24, 2019

Accepted: February 26, 2019

Published: March 5, 2019

Citation: Zinoune S, Baybay H, Hassani CS, Elloudi S, Mernissi FZ. The Bork-Baykal Phenomenon. *Madridge J Dermatol Res.* 2019; 4(1): 88-89.
doi: 10.18689/mjdr-1000122

Copyright: © 2019 The Author(s). This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Published by Madridge Publishers

A 9-month-old boy referred to our department for evaluation of a giant melanocytic nevus of the trunk, which appeared since birth (Figures 1 and 2).



Figures 1 and 2. Circumferential giant melanocytic nevus of trunk with satellite elements.

The parents noticed a progressive extension of the lesion and the appearance of new satellite elements. The dermatological examination had objective a circumferential giant Congenital Melanocytic Nevus (CMN) of trunk surrounded the nipple-areola complexes but spared these structures with multiple satellite nevi. Dermoscopy of nipples revealed a homogeneous pigmented reticular pattern around of the areolas.

The Bork-Baykal phenomenon [1] is a special clinical appearance recently described on large congenital melanocytic nevi (LCMN) that corresponds to a CMN involving the breast but sparing the nipple and areola region, giving rise to the appearance of circular light-colored islands surrounded by the dark-brown or black color of the nevus [2].

This sparing phenomenon occurs in both sexes, remains unchanged during adolescence and adulthood, and may be noted either on both breasts or on one breast only. On rare occasions, only the nipples are spared, whereas the areola is involved by the LCMN. In cases of bilateral Bork-Baykal phenomenon, the extent of sparing may be markedly asymmetrical [3].

Similar to the mechanism of development of the divided nevus of the eyelid and penis, the different embryological time periods of the occurrence of LCMN and the development of the nipple-areola complex may explain the sparing phenomenon [2]. After the formation of mammary ridges, that occurs in the 4th gestational week, development of the breast starts at the 5th week. Although epidermal cells derived from the mammary ridges are confined to the area of the mammary pit as a plaque, the areola develops in the late fetal period around the 20th week. The nipple, which is often depressed and poorly formed during infancy, forms during the perinatal period because of proliferation of the mesenchyme under the areola in the area of the mammary pit. The occurrence of the melanocytic lesion before embryologic development of nipple-areola complex would support this phenomenon [2].

Conflict of Interest

No conflicts of interest.

References

1. Happle R. The Bork-Baykal phenomenon: a revised eponymic designation for the sparing of nipple and areola in large melanocytic nevi involving the breast. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017; 31(4): e214. doi: 10.1111/jdv.13972
2. Baykal C, Solakoğlu S, Polat Ekinci A, Yazganoğlu KD. Large congenital melanocytic nevus on the breast sparing the nipple and areola. *Pediatr Dermatol.* 2015; 32(4): 514-517. doi: 10.1111/pde.12610
3. Happle R. The Baykal phenomenon: large congenital melanocytic nevi involving the breast tend to spare the nipple and areola. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015; 30(12): e181-e183. doi: 10.1111/jdv.13493



Figure 3. Giant congenital melanocytic nevus with sharp demarcation around the nipple-areola complexes.

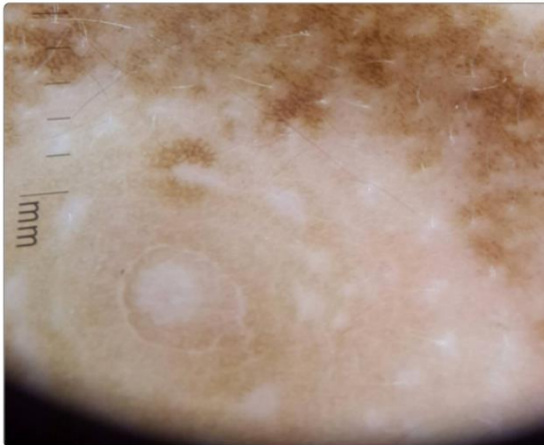


Figure 4. Brown network areas sparing the nipple-areola complex.

Dermoscopic features of vulvar Bowen's disease

Ouiame EL Jouari, Hanane Baybay, Cheymae Saadani Hassani, Ghita Senhaji, Sara Elloudi, Fatima Zahra Mernissi

Department of Dermatology CHU Hassan II, Fez, Morocco

Key words: Bowen's disease, vulva, dermoscopy, histopathology.

CLINICAL PRESENTATION

A 59-, 47- and 57-year-old woman presented with one-year history vulvar pruritus complicated with cutaneous ulceration. Clinical examination revealed a large sclerotic erythematous placard of the genital region with partial effacement of the lips. With a 2 cm erythematous plaque recovered by a whitish coating, non-peelable in two patients (Fig 1, A and Fig 2, A) a 2 cm ulceration surrounded by a pigmented peripheral halo in the third patient (Fig 3, A).

DERMOSCOPIC APPEARANCE

Dermoscopy revealed a glomerular vessels characterized by diffuse distribution in all cases, with whitish desquamation in two cases (Fig 1, B and Fig 2, B) and brown homogeneous pigmentation and some globules in the third patient (Fig 3, B).

HISTOPATHOLOGIC EXAMINATION

The histologic examination revealed parakeratotic hyperkeratosis, a cytoarchitectural disorganization with anarchic disposition of atypical keratinocytes and many mitoses. The basement membrane was intact. The dermis was edematous and seat of telangiectasia (Fig 4).

KEY MESSAGES

Glomerular vessels with a scaly surface represent the most frequent dermoscopic finding of cutaneous bowen's disease. In pigmented bowen's disease, small brown, black globules, homogenous pigmentation, pigmented streaks and pigmented network are supplementary features [1]. Moreover, the dermoscopic features of mucosal bowen's disease are lacking in the literature, showing brown dots, and diffuse, scattered glomerular vessels [2]. Correlated to histologic features glomerular

vascularization corresponded to dilated blood vessels in the papillary, and whitish deposits to parakeratotic hyperkeratosis. Gray-brown blood cells, pigmented areas without structures, may be correlated with the presence of melanophages in the superficial dermis and pigmented keratinocytes or melanocytes in the basal layer. We believe that the scattered nature of glomerular vessels and the peripheral brown structureless area the main dermoscopic findings of mucosal Bowen's disease. which improves the diagnosis and management of vulvar mucosal tumors.

REFERENCES

1. Mun et al. Dermoscopic features of Bowen's disease in Asians. JEADV 2010, 24, 805–810
2. Friedman and Kohen. A case of pigmented penile intraepithelial neoplasia: Dermoscopic and clinicohistopathologic analysis. J Am Acad Dermatol 2015;72:S71-2.

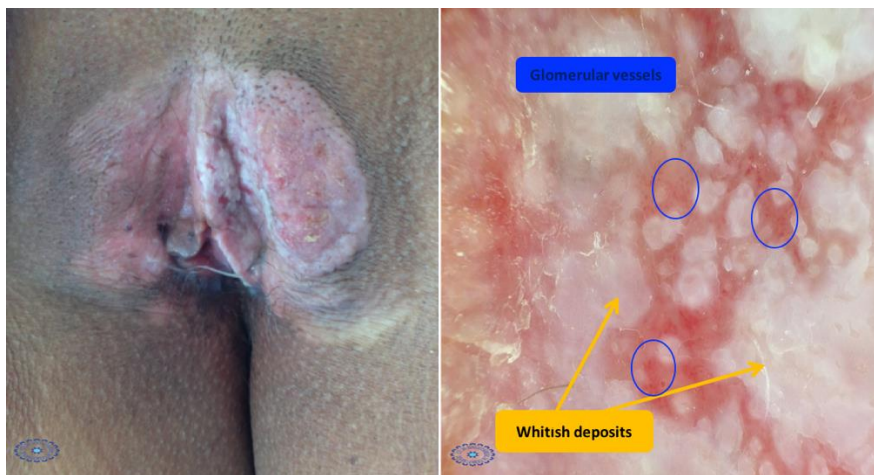


Fig 1. Bowen's disease, patient 1. Erythematous placard of the genital region with partial effacement of the lips and a 2 cm erythematous plaque recovered by a whitish coating, non-peelable (A). Dermoscopy showing a diffuse distribution of glomerular vessels with whitish desposits (B).

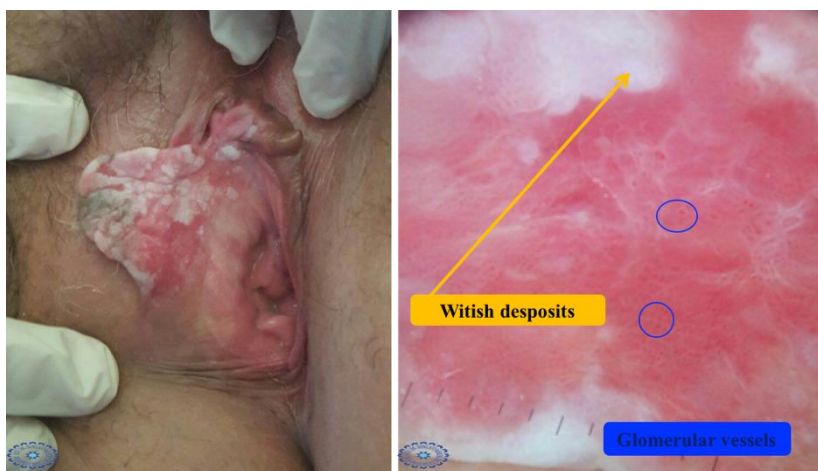


Fig 2. Bowen's disease, patient 2. The same features as patient 1 (A). Dermoscopy showing the same dermoscopic findings as patient 1 (B).



Fig 3. Bowen's disease, patient 3. a 2 cm ulceration surrounded by a pigmented peripheral halo (A). Dermoscopy showing glomerular vessels with brown homogeneous pigmentation and some globules (B).

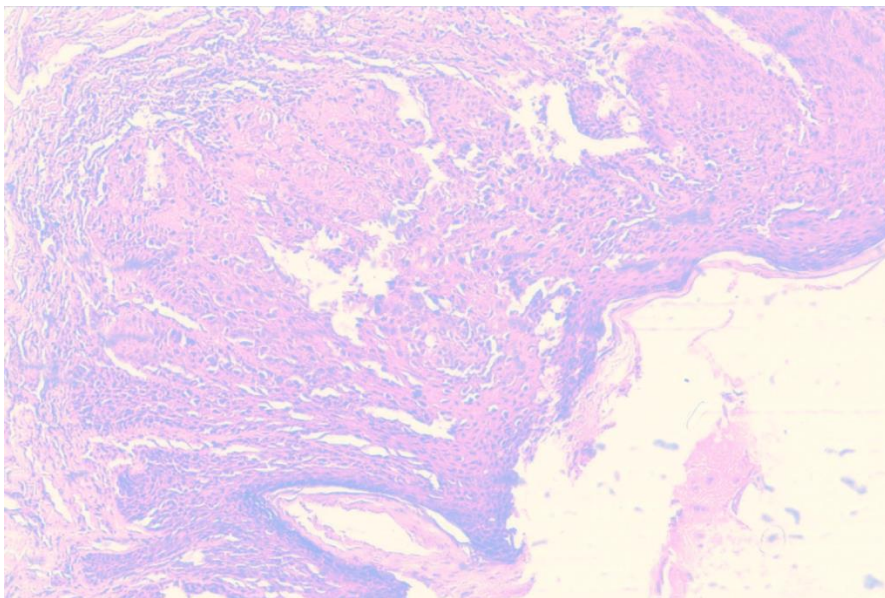


Fig 4. Bowen's disease, histologic findings. parakeratotic hyperkeratosis and a cytoarchitectural disorganization with anarchic disposition of atypical keratinocytes and melanophages in the papillary dermis.

Réponses d'acceptation et de **soumission**

MJDR-1000111 Article published in website: Madridge Publishers ➤ article accepté x

Madridge Journal of Dermatology & Research <editor.mjdr@madridgejournals.com>

jeu. 9 août 2018 09:30 ☆ ↩

À moi ▼

🌐 anglais ▼ > français ▼ Traduire le message

Désactiver pour : angla

Dear Dr. Cheymae Saadani Hassani,

Greetings from the Madridge Publishers.

Hope you are doing well.

We would like to inform you that your manuscript number "MJDR-1000111" entitles: "Dermoscopy of a corneiform pyogenic granuloma" has been Published in our Journal New Website. Please see: <https://madridge.org/journal-of-dermatology-and-research/volume3-issue1.php>

Once again thank you for your contribution for our new journal.

Looking forward to long lasting scientific relationship with you.

Have a nice day!

Your article accepted- Integr Cancer Sci Ther article accepté x

editor.icst <editor.icst@oatext.com> mar. 28 août 2018 13:18 ☆ ↶ ⋮

À moi ▼

🌐 anglais ▼ > français ▼ [Traduire le message](#) Désactiver pour : anglais x

Dear Dr. Saadani Hassani

Greetings from the journal, [Integrative Cancer Science and Therapeutics](#) – ICST (Online ISSN: 2056-4546).

I am glad to inform you that your article entitled "Erysipelas of the upper extremity following locoregional therapy for breast cancer : (25 cases)" has been accepted for publication in our journal. Please find below the comments for your reference:

Reg' Acceptance of Article : IJCDR-18-06-064 article accepté x

International Journal of Clinical Dermatology & Research - SciDoc Publishers <editor.ijcdr@scidoc.info> lun. 12 nov. 2018 13:14 ☆ ↶ ⋮

À moi ▼

🌐 anglais ▼ > français ▼ [Traduire le message](#) Désactiver pour : anglais x

- **Ref: Ms. No:** IJCDR-18-06-064
- **Article Title:** Spectacular improvement of Neumann pemphigus vegetant.
- **Corresponding Author:** C.H.Saadani, Morocco.
- **Journal Full Title:** International Journal of Clinical Dermatology & Research (IJCDR)

Dear Dr. C.H.Saadani,

Greetings for the day..!!
Thank you for submitting your work.

We are pleased to inform you that now your article has been accepted for publication, in the **International Journal of Clinical Dermatology & Research (IJCDR)**.

Article ID: IJCCR-5-093 | DOI: 10.23937/2378-3419/1410093

▶ article accepté x

galleyproof@clinmedjournals.org

mer. 20 juin 2018 10:49

À moi ▼

anglais ▼ > français ▼ Traduire le message

Désactiver po

Article ID: IJCCR-5-093

Article Title: Basosquamous Carcinoma: Report of Two Cases and Review of Literature

Authors: CH Saādani, H Baybay, H ElMahi, KH Elboukhari, S Gallouj, I SOUAF and FZ Memissi

Corresponding author: Dr. CH Saādani, Departement of Dermatology, CHU Hassan II, Fes, Morocco

DOI: 10.23937/2378-3419/1410093

Dear Dr. CH Saādani,

Greetings!

Full text PDF of your article_ID: Z01_2018090110_LE_Z95

▶ article accepté x

Editor

ven. 15 févr. 12:23 (Il y a 7 jours)

À moi, saraelloudi ▼

anglais ▼ > français ▼ Traduire le message

Désactiver pour : anglais x

Journals Name: Edorium Open

Manuscript ID: Z01_2018090110_LE_Z95

Manuscript title: Diagnostic usefulness of dermoscopy in differentiating lichen planus from Plaque Psoriasis

Dear Dr. Cheymae Saādani Hassani,

Congratulations!!

We are delighted to inform that your article has been published in Edorium Open. With this mail we are sending you a PDF version of the published article in for your personal use. You can also read the HTML version on the journal website.

Clinical Case Reports - Decision on Manuscript ID CCR3-2019-01-0034.R1

1 message

Charles Young <onbehalf@manuscriptcentral.com>

8 mars 2019 à 06:07

Répondre à : eic.clinicalcasesjournal@gmail.com

À : ch.saadani@gmail.com, hananebaybay@gmail.com, dr.zianiijihane@gmail.com, rimani@gmail.com, mernissifz@gmail.com

08-Mar-2019

Dear Dr. Saadani Hassani:

I am very pleased indeed to accept your submission entitled "Sporotrichoid-like tuberculosis in a child: Unusual clinico-dermoscopic aspect" in its current form for publication in Clinical Case Reports. It is an excellent submission and I am sure it will help the clinicians who read it.

You will soon hear from our journal office team who will let you know about the rest of our publication process and what you need to do to make sure your submission is published quickly. If I can be of any further help please do let me know.

[IDJ]:Article for final proof:IDJ_333_18  Boîte de réception x

Indian Dermatology Online Journal <editor@idoj.in>

ven. 7 juin 07:10 (il y a

À moi ▾

 anglais ▾ > français ▾ [Traduire le message](#)

If you cannot see this page properly, please [click here](#).

Dear Dr. Saadani hassani,

An edited and formatted version of your article 'Cutaneous blastomycosis : A mirror of multi systemic disease : A Moroccan case report', which in a forthcoming issue of Indian Dermatology Online Journal, has been uploaded on our site <http://www.journalonweb.com/idoj>.

You are requested to check it and upload the corrected file within 5 days. if there are no changes click "No change" on the site.

If you have any difficulty in downloading or uploading the proofs, please write to proofs@medknow.com.

In case we do not hear from you within the stipulated time we will be forced to delay the publication to a future issue.

We value your support to our journal and look forward for your valuable contribution in future.

Thanking you,

Regarding Your Article "Erysipelas of the child: about 30 cases"

2 messages

Robert Rade <robertccrr@gmail.com>

À : ch.saadani@gmail.com

Dear Dr. CH.Saadani,

This email is regarding your manuscript titled "Erysipelas of the child: about 30 cases".

We have published your article in our journal Clinical Microbiology and Infectious Diseases. Please go through the article in the below link.

<https://www.oatext.com/erysipelas-of-the-child-about-30-cases.php>

our dermatology online – acceptacion/correction final approval-ODO-19-1283

Piotr Brzezinski <brzezoo77@yahoo.com>

À : "ch.saadani@gmail.com" <ch.saadani@gmail.com>

Dear Dr. Cheymae Saadani Hassani

Please accept your article

Your article ID: ODO-19-1283

Multiple scrotal epidermal cysts: A clinical case

is accepted for published in issue 2.2020

Fwd: Reg'Author Proof- IJOES-2332-290X-07-101

1 message

Amine Filali <priiae@gmail.com>

À : Cheymae Saadani <ch.saadani@gmail.com>

9 avril 2019 à 13:12

----- Forwarded message -----

From: International Journal of Ophthalmology & Eye Science - SciDoc Publishers <editor.ijoes@scidoc.org>

Date: mar. 9 avr. 2019 12 h 12

Subject: Reg'Author Proof- IJOES-2332-290X-07-101

To: <priiae@gmail.com>

Greetings from the International Journal of Ophthalmology and Eye Science (IJOES).

Respected Dr. Choaib El Amine Filali,

Kindly find below your manuscript details:

• Ref. Ms. No: IJOES-2332-290X-07-101
• Corresponding Author: Choaib El Amine Filali, Department of Ophthalmology, CHU Hassan II Fez, Morocco.
• Article Title - Unusual Lesion of the Eyebrow: A Case Report of Chondroid Syringoma.
• Journal Full Title: International Journal of Ophthalmology and Eye Science (IJOES).

ACCUSES DE
SOUSSION

Revue Africaine de Médecine Interne

PAGE D'ACCUEIL À PROPOS ACCUEIL DE L'UTILISATEUR RECHERCHER NUMÉRO COURANT ARCHIVES

Page d'accueil > Utilisateur > Auteur > **Soumissions actives**

Soumissions actives

ACTIVES ARCHIVÉE(S)

ID	<u>SOUMETTRE</u>	<u>SEC</u>	<u>AUTEURS</u>	<u>TITRE</u>	<u>ÉTAT</u>
233	09-18	ART	Saàdani hassani	ERYTHERMALGIE ET DIABÈTE DE TYPE 1 : A PROPOS D'UN CAS	En attente d'assignation

1 - 1 de 1 éléments

Commencer une nouvelle soumission

[CLIQUER ICI](#) pour vous rendre à la première étape du processus de soumission en cinq étapes.

Editor-Clinical & Experimental Dermatology

ven. 31 mai 18:29 (il y a 12 jours)



À moi ▾

🌐 anglais ▾ > français ▾ [Traduire le message](#)

[Désactiver pour : anglais](#) ✕

Dear Dr. cheymae Saadani,

Greetings!!

I am pleased to inform you that your manuscript entitled "**Lichen Nitidus : Clinical aspect and dermoscopic features**" has passed the Preliminary quality test and currently it is under review process, as soon as review completes we'll inform you about it.

In case of any query please don't hesitate to drop us a line.

Thank you.

[DPC] Submission Acknowledgement

DPC Editorial Team <email@dpcj.org>

28 février 2019 à 17:40

À : Ouiame ELJOUARI <eljouariouiame@gmail.com>

Dear Ouiame ELJOUARI:

Thank you for submitting the manuscript, "Dermoscopic features of vulvar Bowen's disease" to Dermatology Practical & Conceptual. With the online journal management system that we are using, you will be able to track its progress through the editorial process by logging in to the submission website:

Manuscript URL: <https://www.dpcj.org/index.php/dpc/authorDashboard/submission/706>

Username: 0202ouiame1988

Thank you for considering this journal as a venue for your work.

Journal Manager