



# **Dermatologie proctologique non néoplasique : quelles recettes en pratique ?**

Johan CHANAL

Hôtel Dieu et Hôpital Cochin, Paris

&

Jean-Michel DIDELOT

Montpellier

# Liens d'intérêt en relation avec la présentation

---

Aucun lien d'intérêt

# Objectifs pédagogiques

---

- Savoir reconnaître les principales maladies dermatologiques péri-anales
- Connaître les lésions infectieuses et leurs traitements
- Savoir utiliser la corticothérapie locale sur l'anous : indications et contre-indications

# Cas Clinique 1

---

Femme de 51 ans

Vit seule, divorcée, 4 enfants.

Originaire du Cameroun, en France depuis 1979.

- VIH + en rupture de traitement (CD4 43/mm<sup>3</sup>), charge virale 2,8 Log
- Maladie de Kaposi cutané, toxoplasmose cérébrale (2005)
- AVC ischémique sylvien profond gauche (2018)
- HTA depuis 2008
- Insuffisance rénale chronique (2012)
- Dysplasie du col utérin en 2006: lésions de haut grade CIN 2.  
Conisation envisagée en 2015, non faite.

# Cas Clinique 1

---

- Lésion bourgeonnante de la fesse gauche de 4x3cm qui serait apparue depuis plus d'un an.
- Manipulation fréquente de la lésion.
- Marge anale: lichénification
- TR/Anuscopie: sans anomalie



# Cas Clinique 1 : quels diagnostics évoquez-vous ?

---

- A. Carcinome épidermoïde
- B. Maladie de Kaposi
- C. Infection herpétique
- D. Mycose profonde
- E. Tumeur de Büschke-Löwenstein



QCM

# Cas Clinique 1 : quels diagnostics évoquez-vous ?

---

- A. Carcinome épidermoïde
- B. Maladie de Kaposi
- C. Infection herpétique
- D. Mycose profonde
- E. Tumeur de Büschke-Löwenstein



QCM

# Cas Clinique 1 : quels diagnostics évoquez-vous ?

---

- A. Carcinome épidermoïde
- B. Maladie de Kaposi
- C. **Infection herpétique**  
**=> herpès tumoral du VIH**
- D. Mycose profonde
- E. Tumeur de Büschke-Löwenstein



QCM



# Cas Clinique 1 : quels traitements proposer ?

---

- A. Résection chirurgicale
- B. Valaciclovir ou aciclovir
- C. Thalidomide
- D. Imiquimod
- E. Autres : Cidofovir, Foscavir



QCM

# Cas Clinique 1 : quels traitements proposer ?

---

- A. Résection chirurgicale
- B. Valaciclovir ou aciclovir
- C. **Thalidomide**
- D. **Imiquimod**
- E. **Autres : Cidofovir, Foscavir**



QCM

# Cas Clinique 1 : quels traitements proposer ?

---



Traitement  
par  
imiquimod



# Cas Clinique 2

---

- Homme, 35 ans
- HSH, 30 partenaires par an environ
- Antécédents personnels : thrombose veineuse profonde sans cause retrouvée
- Traitement : AVK
- Tabac : 10 PA
- Lésions anales remarquées depuis environ 3 semaines



# Cas Clinique 2 : quel est votre diagnostic ?

---

- A. Pseudo-marisques
- B. Herpès
- C. Syphilides
- D. Condylomes
- E. Molluscum contagiosum



QCU

## Cas Clinique 2 : quel est votre diagnostic ?

---

- A. Pseudo-marisques
- B. Herpès
- C. **Syphilides**
- D. Condylomes
- E. Molluscum contagiosum



QCU

# Cas Clinique 2 : comment faire le dépistage de syphilis?

---

- A. TPHA – VDRL
- B. Biopsie cutanée
- C. RPR
- D. Ponction lombaire
- E. Ac anti-tréponèmes



QCU

# Cas Clinique 2 : comment faire le dépistage de syphilis?

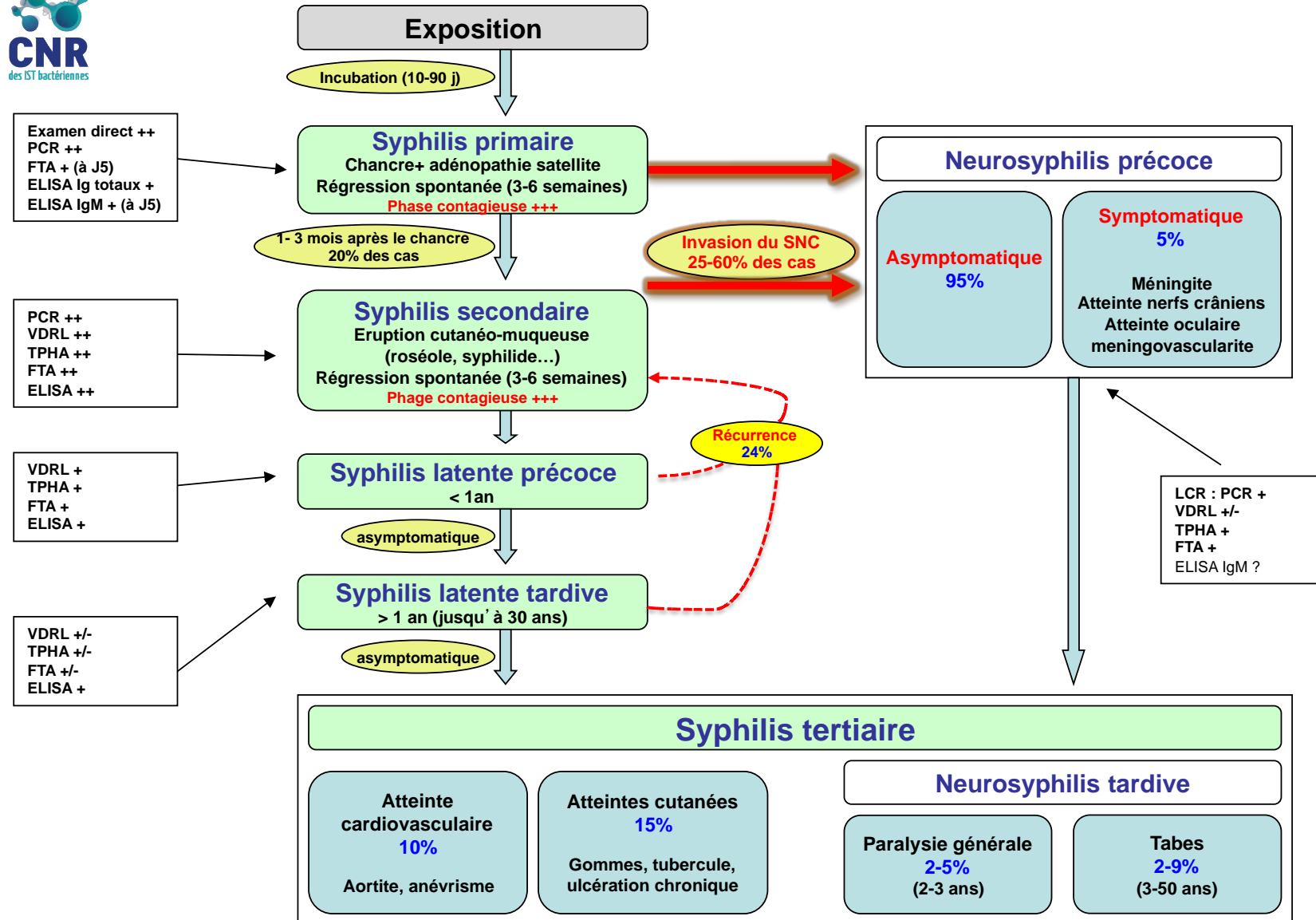
---

- A. TPHA – VDRL (non, VDRL [TNT] réalisé si le test tréponémique est positif)
- B. Biopsie cutanée (non, mais l'IHC fonctionne très bien)
- C. RPR (non, le RPR est un TNT automatisé non réalisé en première intention)
- D. Ponction lombaire
- E. **Ac anti-tréponèmes (test tréponémique [TT] seul)**

QCU



# Cas Clinique 2 : histoire naturelle de la syphilis



# Cas Clinique 2 : quel traitement proposez-vous ?

---

- A. Benzathine benzylpénicilline (Extencilline) : 2,4 MUI IM une fois
- B. Pénicilline G : 20 MUI/jour x 14 jours IV
- C. Doxycycline : 200 mg/jour x 14 jours *per os*
- D. Rocéphine : 1 gramme/jour x 14 jours IM
- E. Azithromycine : 1 gramme/jour x 7 jours *per os*

QCU

## Cas Clinique 2 : quel traitement proposez-vous ?

---

- A. Benzathine benzylpénicilline (Extencilline) : 2,4 MUI IM une fois
- B. Pénicilline G : 20 MUI/jour x 14 jours IV
- C. **Doxycycline : 200 mg/jour x 14 jours *per os***
- D. Rocéphine : 1 gramme/jour x 14 jours IM
- E. Azithromycine : 1 gramme/jour x 7 jours *per os*

QCU

# Cas Clinique 2 : quel traitement proposez-vous ?

**Syphilis précoce (primaire, secondaire, latente précoce)**

~~Première ligne:  
BPG 2,4 MUI IM une fois~~

Si allergie ou impossibilité IM:  
Doxycycline 200mg/ jour 14 jours P.O

~~ou:  
azithromycine 2 gr en une fois P.O~~

**Syphilis latente tardive, cardiovasculaire ou gomme**

Première ligne:  
BPG: 2,4 MUI IM une fois par semaine J0, J8, J15

Si allergie ou impossibilité IM:  
Désensibilisation

ou:  
Doxycycline 200mg/ jour 21-28 jours P.O

**Neurosyphilis, syphilis oculaire ou oreille**

Benzyl pénicilline (BP) 18-24 MUI/jour IV 10-14 jours

Si BP impossible:  
Ceftriaxone 1-2 gr/jour IV 10-14 jours

ou:  
Procaine penicilline 1,2-2,3 MUI/jour IM et probenecid 500mg 4 fois par jour 10-14 jours

Janier M et al, JEADV, 2014  
Janier M et al, Ann Dermatol Venereol, 2016

Si allergie Pénicilline:  
Désensibilisation

# Cas Clinique 3

- Homme,
- Prurit anal depuis 4 ans
- BMI 30
- Tabac : 20 PA. OH: 3 verres/ jour
- Antécédents personnels : IDM, stents, HTA, DNID, dyslipidémie
- Traitement : Cotareg, Kardégic, Crestor, Glucophage.
- Prurit continu, un peu plus le soir, pense se gratter la nuit également. A vu plusieurs dermatologues et proctologues. Prescription d'un topique cortisoné (bétaméthasone) pendant 3 jours, efficace mais récidive à l'arrêt.
- L'examen total du corps est normal, hors présence d'une plaque érythémateuse et squameuse du bas du dos



# Cas Clinique 3 : quel est votre diagnostic ?

---

- A. Eczéma de contact
- B. Eczéma atopique
- C. Lichen plan
- D. Lichen scléreux
- E. Psoriasis



QCU

# Cas Clinique 3 : quel est votre diagnostic ?

---

- A. Eczéma de contact
- B. Eczéma atopique
- C. Lichen plan
- D. Lichen scléreux
- E. **Psoriasis**



QCU

# Cas Clinique 3 : quel est le type de psoriasis ?

---

- A. Psoriasis en plaque
- B. Psoriasis pustuleux
- C. Psoriasis inversé
- D. Psoriasis type Hallopeau
- E. Erythrodermie psoriasique



QCU



# Cas Clinique 3 : quel est le type de psoriasis ?

---

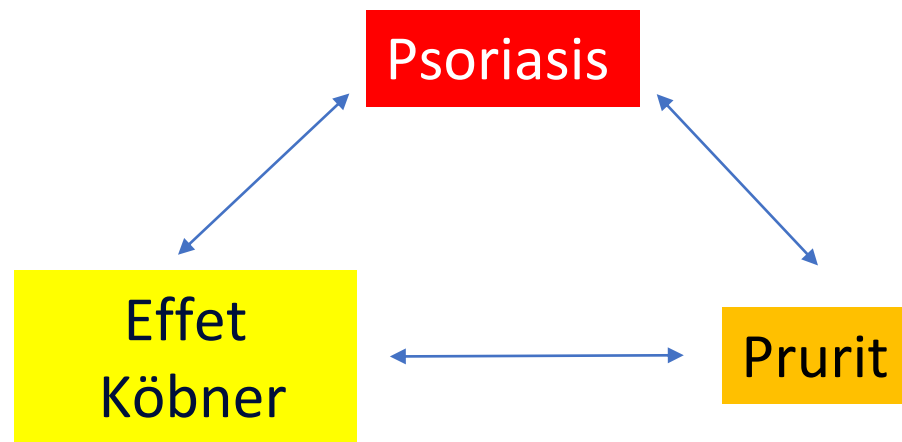
- A. Psoriasis en plaque
- B. Psoriasis pustuleux
- C. **Psoriasis inversé**
- D. Psoriasis type Hallopeau
- E. Erythrodermie psoriasique



QCU

# Cas Clinique 3 : psoriasis inversé

- Psoriasis de la marge anale : typiquement aspect de psoriasis inversé.
- 10-15% des psoriasis atteignent la marge
- Association psoriasis de la marge anale et rhumatisme psoriasique<sup>1</sup>



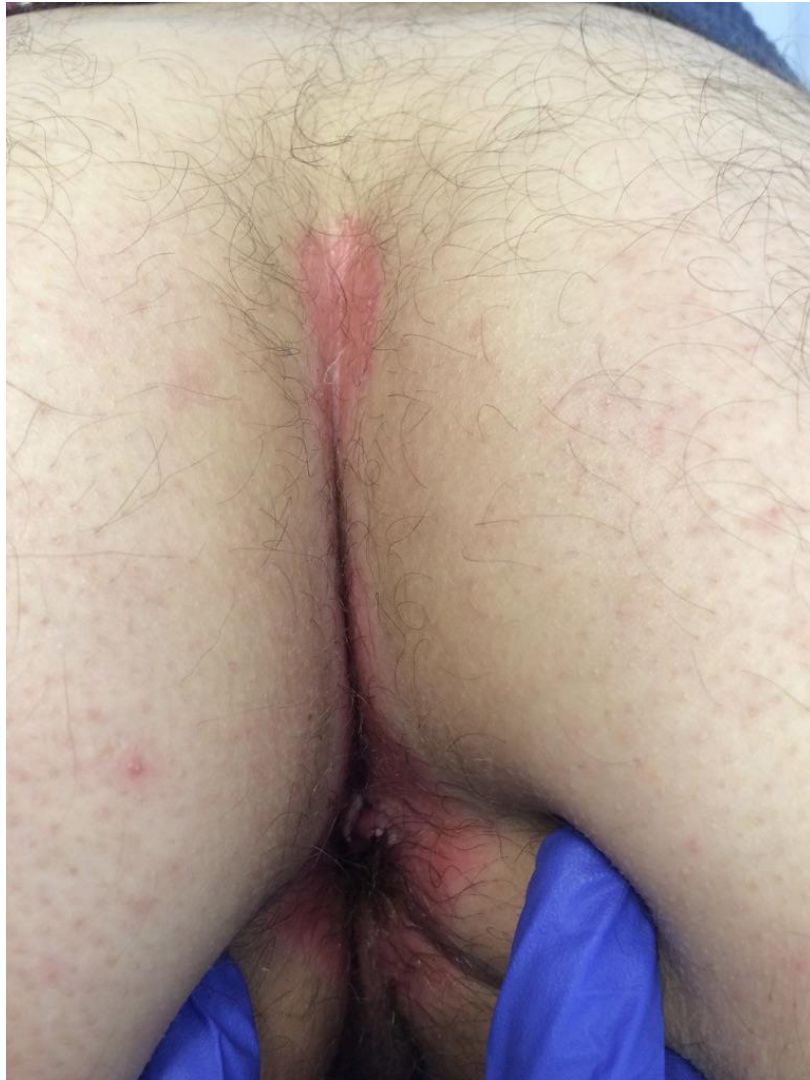
Le cercle vicieux du psoriasis de la marge anale

<sup>1</sup> Wilson et al Arthritis Rheum 2009



# Cas Clinique 3 : psoriasis inversé

---



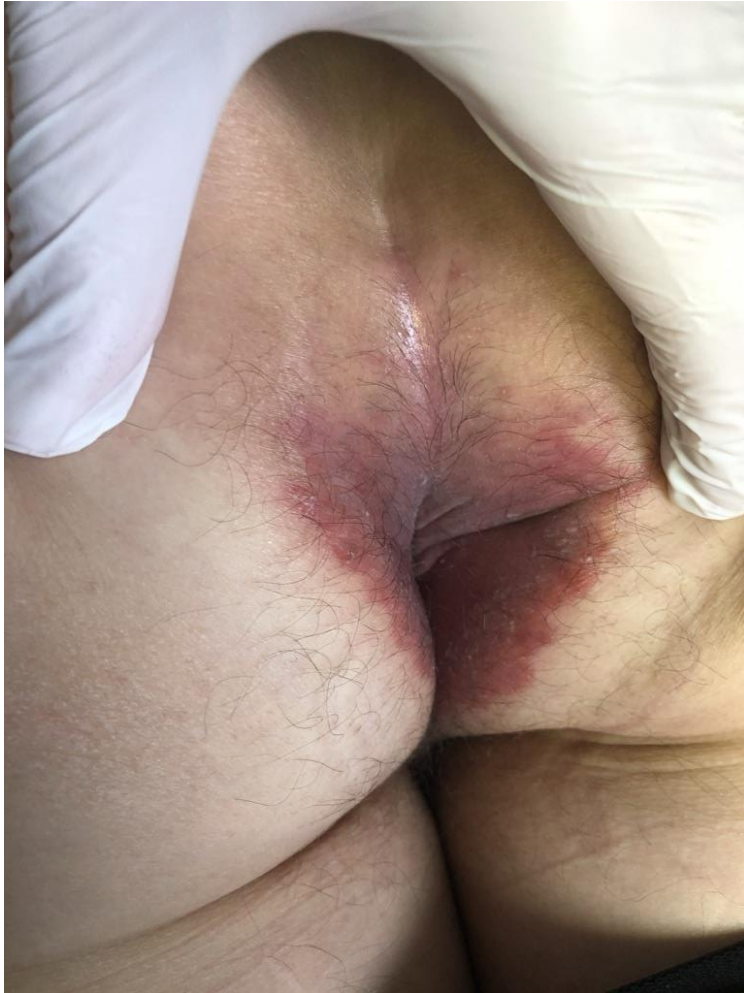
# Cas Clinique 3 : psoriasis inversé

---



# Cas Clinique 3 : diagnostics différentiels

---



Aspect de psoriasis induit à l'imiquimod



Maladie de Paget extra-mammaire anale

## Cas Clinique 3 : psoriasis inversé

---

Que pensez-vous de la prescription du topique cortisoné ?

- A. C'est bien, mais le patient mériterait sans doute un traitement systémique
- B. C'est bien, mais il n'a pas été appliqué assez longtemps
- C. C'est bien, mais il faut mettre un topique cortisoné plus fort
- D. Ce n'est pas bien, il s'agit d'une contre-indication stricte

QCU

## Cas Clinique 3 : psoriasis inversé

---

Que pensez-vous de la prescription du topique cortisoné ?

- A. C'est bien, mais le patient mériterait sans doute un traitement systémique
- B. C'est bien, mais il n'a pas été appliqué assez longtemps**
- C. C'est bien, mais il faut mettre un topique cortisoné plus fort
- D. Ce n'est pas bien, il s'agit d'une contre-indication stricte

QCU

# Cas Clinique 3 : dermocorticoïdes et psoriasis

---

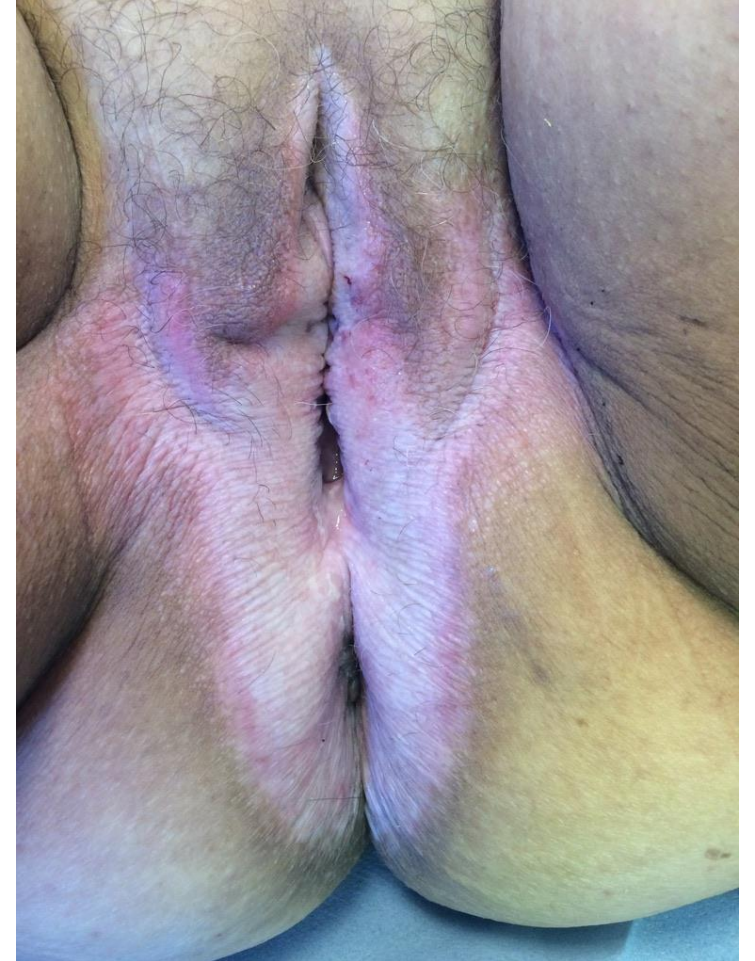
- Traiter suffisamment longtemps pour soulager le patient avec une corticothérapie forte ou très forte.
- En pratique : tous les jours (le soir), jusqu'à nette amélioration (souvent au moins 3 semaines) puis traitement d'entretien trois fois par semaine pendant 6 à 8 semaines.
- Si échec, discuter d'une thérapeutique plus agressive par le dermatologue :
  - Méthotrexate (15 à 25 mg/ semaine selon poids)
  - Ciclosporine
  - Biothérapies (Anti-TNFalpha, anti-IL17, anti-IL23, Anti IL12/23, bientôt anti-JAK...)



# Cas Clinique 4

---

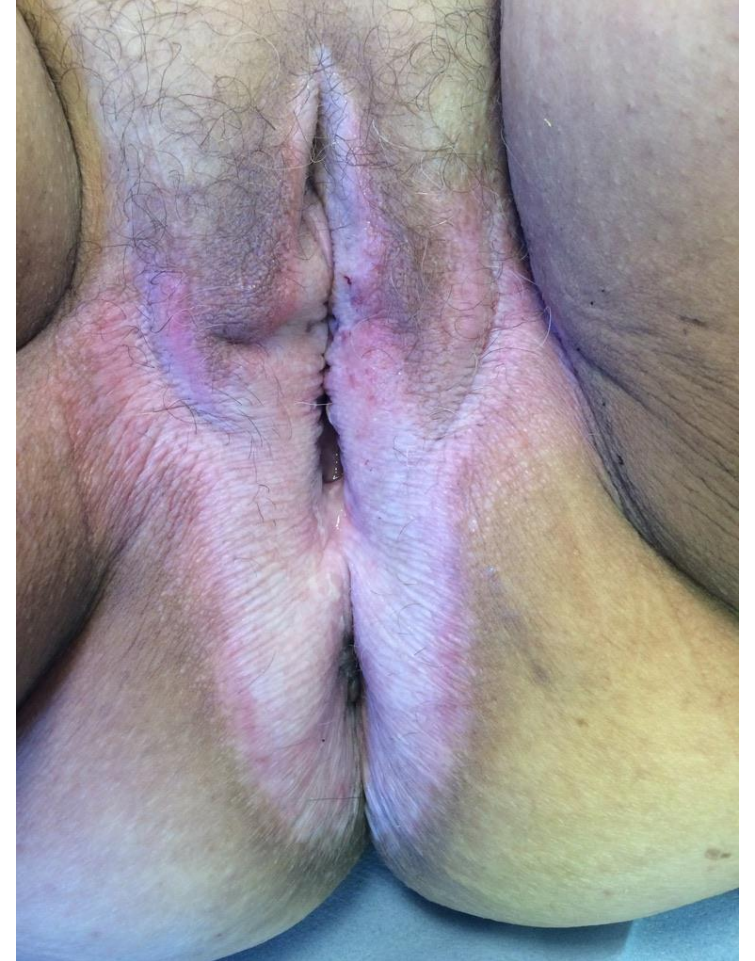
- Femme 55 ans
- Antécédents : 0
- Allergie : 0
- Tabac: 0
- Prurit vulvaire et de l'anus évoluant depuis 3 ans
- Prescription d'antifongique par son médecin généraliste : inefficace



# Cas Clinique 4 : quel est votre diagnostic ?

---

- A. Lichen scléreux
- B. Lichen plan
- C. Psoriasis inversé
- D. Lichénification
- E. Lichen aureus

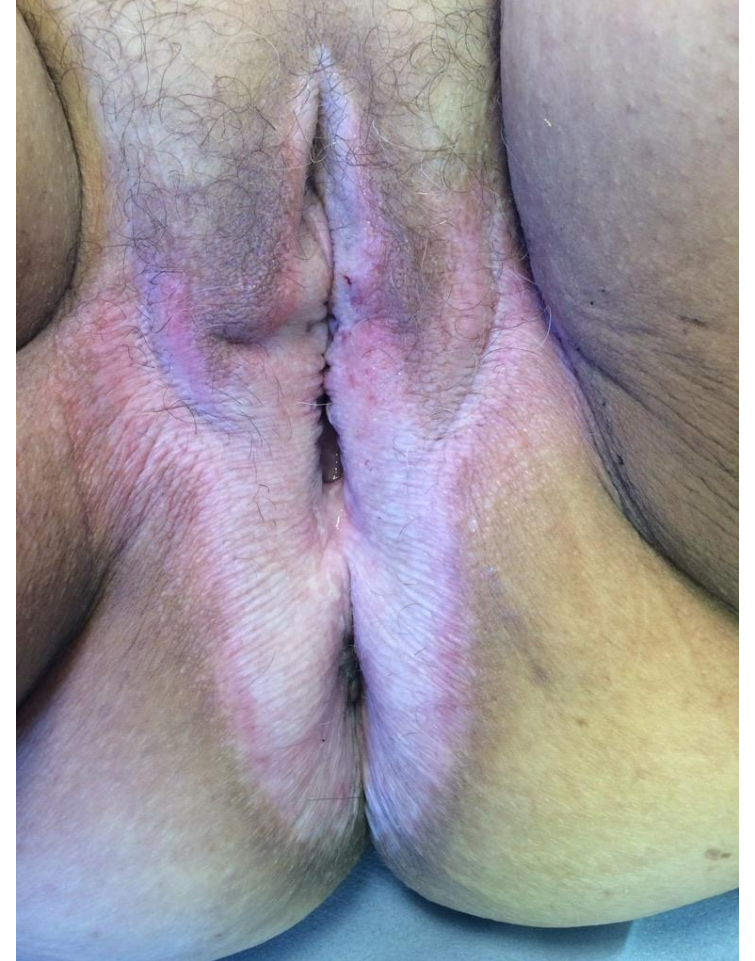


QCU

# Cas Clinique 4 : quel est votre diagnostic ?

---

- A. **Lichen scléreux**
- B. Lichen plan
- C. Psoriasis inversé
- D. Lichénification
- E. Lichen aureus



QCU

# Cas Clinique 4 : lichen scléreux (ex “scléro-atrophique”)

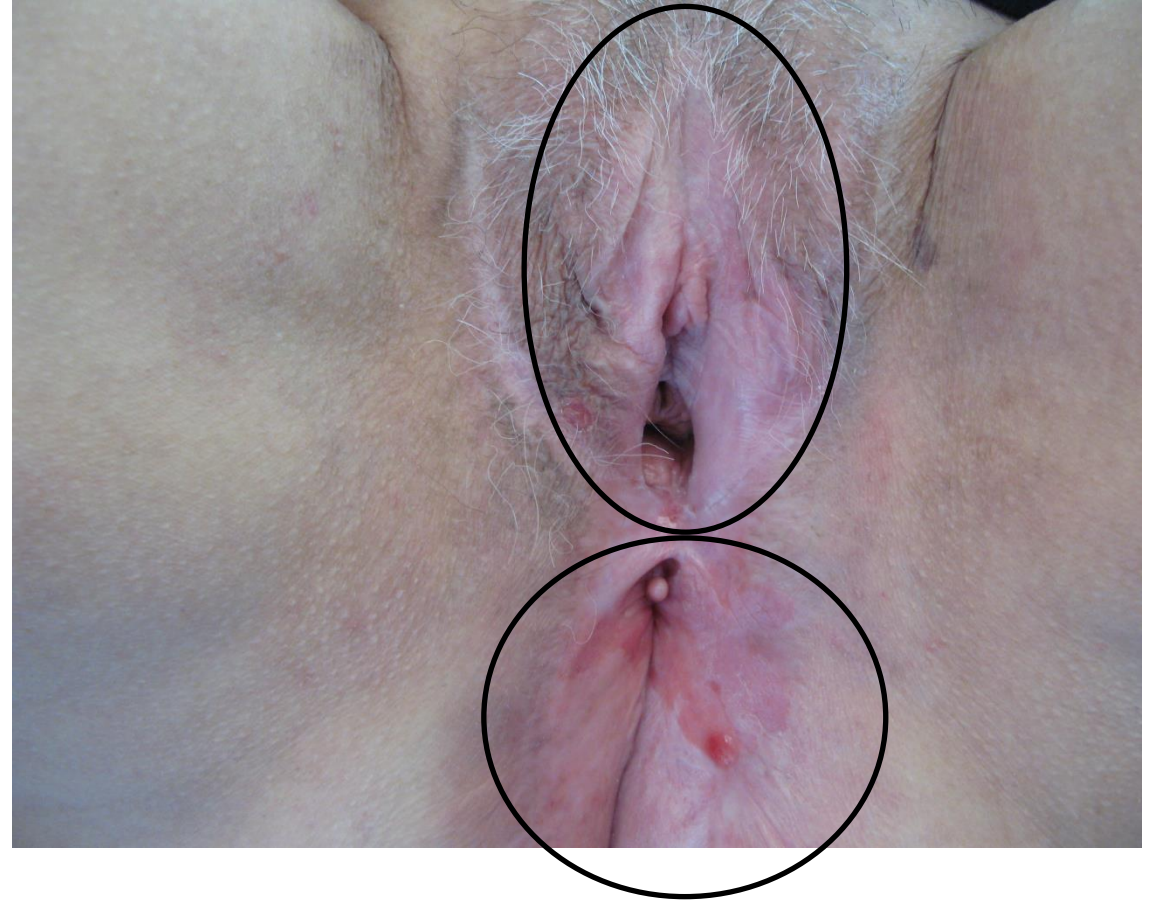
---

- Lésion élémentaire: papule à peine en relief, blanc nacré, bien limitée pouvant être entourée d'un halo inflammatoire. Lésions secondairement coalescentes.
- Atteinte de la vulve préférentiellement chez la femme et prépuce + gland chez l'homme.
- Plus fréquent chez la femme que chez l'homme (6 à 10 x).
- Etiologie: HLA-DRB1\*12, hypothèse bactérienne (spirochète type *Borrelia*) jamais démontrée.

# Cas Clinique 4 : lichen scléreux et anus

---

- Aspect en 8 par contiguité chez la femme assez caractéristique.
- Très peu de littérature des atteintes isolées chez la femme.
- Chez l'homme, certains prétendent que cela n'existe pas.



# Cas Clinique 4 : lichen scléreux et anus

---

- Aspect en 8 par contiguité chez la femme assez caractéristique.
- Très peu de littérature des atteintes isolées chez la femme.
- Chez l'homme, certains prétendent que cela n'existe pas.



# Cas Clinique 4 : lichen scléreux et transformation maligne

---

- Bien prouvée pour les carcinomes épidermoïdes (CE) vulvaires et péniers. Tumeurs P16 négatives et P53 + dans 40% des cas en IHC.
- Pour la vulve: risque de 5-6% en l'absence de traitement. Possibles lésions précurseurs:
  - Hyperplasie verruqueuse
  - VIN différenciées.

Si traitement bien suivi: risque diminue drastiquement.

- Pour le pénis: risque moins évalué (4-8%) mais bien décrit.
- Anus => CE de la marge sur lésion de lichen scléreux de contiguïté

# Cas Clinique 4 : lichen en dermatologie

---

- Lichen actinique
- Lichen aureus
- Lichen nitidus
- Lichen striatus
- Lichen scrofulosorum
- Lichen plan
- Lichen scléreux
- Lichénification
- Réaction lichénoïde

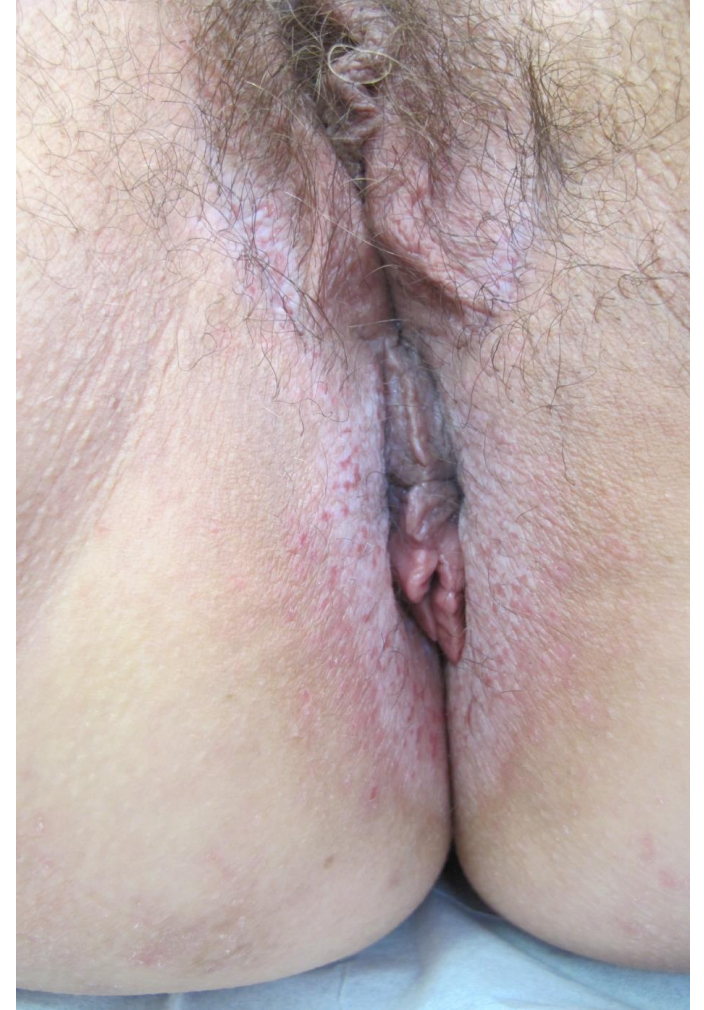




# Cas Clinique 4 : lichen scléreux et diagnostics différentiels

---

- La lichénification: épaissement cutané secondaire au grattage.



# Cas Clinique 4 : lichen scléreux et diagnostics différentiels

---

- La lichénification: épaissement cutané secondaire au grattage.
- Le vitiligo: dépigmentation liée à un phénomène auto-immun (pas d'atrophie ou de sclérose associée)



# Cas Clinique 4 : lichen scléreux et diagnostics différentiels

- La lichénification: épaissement cutané secondaire au grattage.
- Le vitiligo: dépigmentation liée à un phénomène auto-immun (pas d'atrophie ou de sclérose associée)
- L'anite radique



# Cas Clinique 4 : lichen scléreux et diagnostics différentiels

---

- La lichénification: épaissement cutané secondaire au grattage.
- Le vitiligo: dépigmentation liée à un phénomène auto-immun (pas d'atrophie ou de sclérose associée)
- L'anite radique
- Une cicatrice

# Cas Clinique 4 : traitement du lichen scléreux

---

- Utilisation de dermocorticoïdes très forts (DCT) : Dermoval<sup>®</sup>
- 1 application / jour x 6 à 12 semaines puis réévaluation.
- Si réponse => décroissance (2 à 3 applications par semaine), puis revoir à 6 mois.
- Autres:
  - inhibiteurs des calcineurines: Protopic 0,1%: efficace mais d'action moins rapide que les DCT. A utiliser en relais.
    - Pas d'effet atrophiant (vs les DCT) mais sensation de brûlures possible avec tolérance variable selon les patients.
    - Effet sur la réduction du risque de dégénérescence non connu
  - Si atteinte du prépuce chez l'homme : posthectomie

# Cas Clinique 4 : autres traitements du lichen scléreux

---

- Laser CO<sub>2</sub>
- Androgènes topiques: plus recommandés
- Photothérapie: possible si atteinte cutanée mais contre-indiquée pour les lésions muqueuses ano-génitales: risque de transformation.
- Traitement per os en cas de résistance du traitement topique.
- Acitrétine 20 à 40 mg/jour.
  - Tératogène +++ contraception pendant 2 ans après l'arrêt.
  - Surveillance idem isotrétinoïne (test de grossesse, bilan lipidique, transaminases).
  - Entraîne sécheresse cutanée-muqueuse+++
- Education thérapeutique +++ dans cette population à cause du risque de transformation.

# Cas Clinique 5

---

- Homme, 45 ans
- Tabac : 0 OH : 0
- Pas d'antécédents personnels particuliers
- Prurit anal insomniant, continu
- « ne sait plus quoi faire » « sauvez-moi »



# Cas Clinique 5 : que voyez-vous ?

---

- A. Du vert et du blanc
- B. Du rouge et du noir
- C. Un érythème « cuisse-de-nymphe »
- D. Du violet et du blanc
- E. Rien, je suis daltonien



QCU



# Cas Clinique 5 : que voyez-vous ?

---

- A. Du vert et du blanc
- B. Du rouge et du noir
- C. Un érythème « cuisse-de-nymphe »
- D. Du violet et du blanc**
- E. Rien, je suis daltonien



QCU

# Cas Clinique 5 : lichen plan

---

- Prévalence: 0,5 %
- Rare chez l'enfant
- Lésion élémentaire: papule ferme, polygonale, brillante à jour frisant, rouge-rosé, violacée, parcourue de fines stries blanchâtres (stries de Wickam)  
Persistance d'une pigmentation post-inflammatoire gris brunâtre.
- Souvent atteinte buccale associée
- Prurit associé +++
- Effet Köbner (= phénomène isomorphique)



# Cas Clinique 5 : lichen plan

---

Lichen plan érosif



# Cas Clinique 5 : lichen plan



Lichen plan hyperplasique  
(diagnostic différentiel: psoriasis)

# Cas Clinique 5 : lichen plan

---



# Cas Clinique 5 : lichen plan, traitement

---

- Dermocorticoïdes classe forte ou très forte
  - tous les jours jusqu'à très nette amélioration (3 à 6 semaines)
  - puis traitement d'entretien deux à trois fois par semaine au long cours
- Si atteinte importante du tégument : corticothérapie générale

# Cas Clinique 5 : utilisation de la corticothérapie locale

---

Parmi ces affirmations, lesquelles sont vraies ?

- A. Les dermocorticoïdes sont plus efficaces si on en met deux fois par jour.
- B. Les dermocorticoïdes peuvent favoriser les infections virales type HSV et HPV.
- C. Les dermocorticoïdes peuvent donner une atrophie cutanée.
- D. Les dermocorticoïdes peuvent avoir un passage systémique.
- E. Les dermocorticoïdes ont un effet régénérant sur la peau.

QCM

# Cas Clinique 5 : utilisation de la corticothérapie locale

---

Parmi ces affirmations, lesquelles sont vraies ?

- A. Les dermocorticoïdes sont plus efficaces si on en met deux fois par jour.
- B. Les dermocorticoïdes peuvent favoriser les infections virales type HSV et HPV.**
- C. Les dermocorticoïdes peuvent donner une atrophie cutanée.**
- D. Les dermocorticoïdes peuvent avoir un passage systémique.**
- E. Les dermocorticoïdes ont un effet régénérant sur la peau.

QCM



# Cas Clinique 5 : utilisation de la corticothérapie locale

---



Efflorescence de condylomes du pénis chez un patient traité par dermocorticoïdes

# Cas Clinique 5 : les dermocortocides et l'anus

---

- Traitement de choix des maladies inflammatoires avec atteinte anale
- Ne pas en avoir peur
- Le jeu du « ni trop peu, ni trop longtemps »
  - Si trop peu, récurrence très précoce des symptômes, perte de confiance du patient, applications qui deviennent aléatoires
  - Si trop longtemps sans surveillance, atrophie, dermite cortisonée, lésions HPV, HSV
- En pratique :
  - Une application par jour jusqu'à net soulagement du patient (jusqu'à 6 semaines dans certains cas). Puis traitement d'entretien (trois fois par semaine possible)
  - Il n'est pas nécessaire de faire appliquer 2 fois par jour
  - En cas d'échec -> tacrolimus topique (Protopic<sup>®</sup>, Tacrozem<sup>®</sup>) possible hors AMM

# Points forts

---

- Une dermatose eczématiforme doit faire éliminer un eczéma de contact.
- Le psoriasis est l'une des principales causes dermatologiques de prurit anal.
- Le lichen scléreux de l'anus isolé est rarissime.
- Hors papillomavirus, l'herpès est la première cause de dermatite infectieuse de l'anus.
- Les dermocorticoïdes peuvent être utilisés sans crainte ni restriction, lorsqu'ils sont indiqués.



## **Dermatologie proctologique non néoplasique : quelles recettes en pratique ?**

# **Merci de votre attention**

Johan CHANAL (Paris)

Jean-Michel DIDELOT (Montpellier)

# Cas Clinique bonus 1

Homme de 65 ans (père d'une amie de promotion)

Hétérosexuel

Comptable

Antécédents personnels: 0 hors un épisode dépressif

Traitement: 0

Pas de notion de psoriasis ou de dermatite atopique personnel ou familial

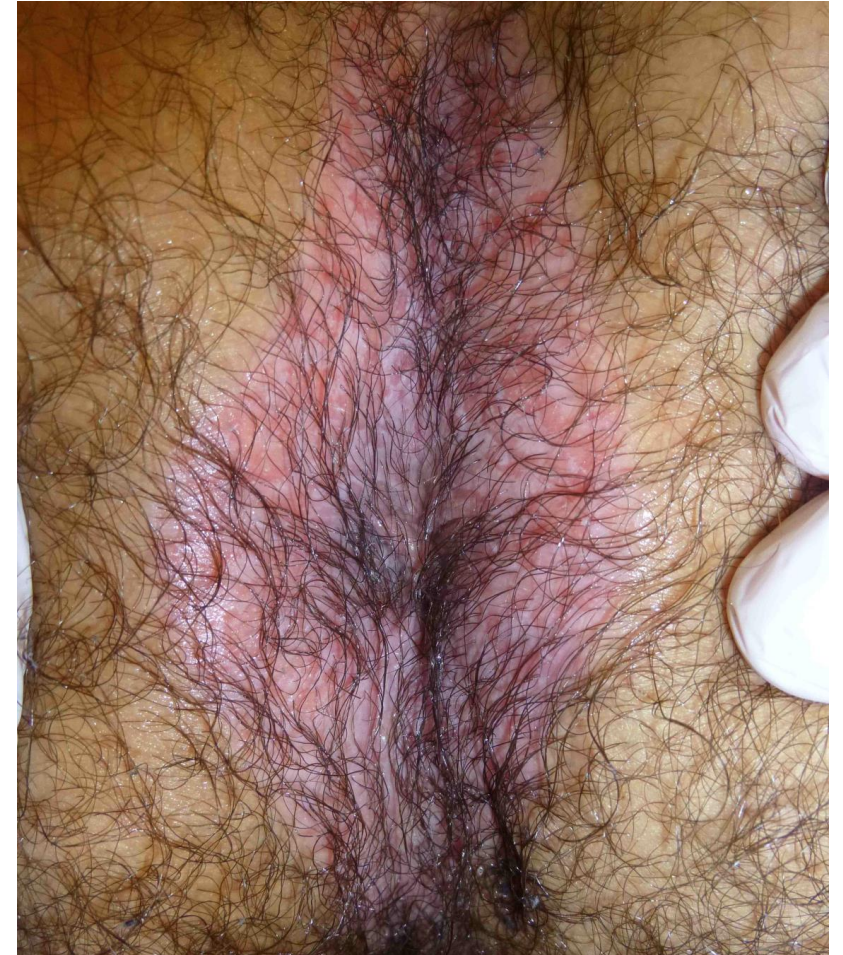
« Je me gratte le derrière tout le temps »

Evolue depuis 2 ans

A toujours été très soigneux pendant la toilette et après avoir été à la selle

« je suis très propre »

« j'ai eu pleins de crèmes différentes prescrites par ma dermato (dont un tube avec du rouge carmin dessus), ça marche mais quand j'arrête ça recommence »



Reste de l'examen cutanéomuqueux normal

# Cas Clinique bonus 1 : quel diagnostic suspectez-vous ?

---

- A. Candidose anale
- B. Eczéma de contact
- C. Psoriasis inversé
- D. Lichen scléreux
- E. Lichen plan



QCU

# Cas Clinique bonus 1 : quel diagnostic suspectez-vous ?

---

- A. Candidose anale
- B. Eczéma de contact**
- C. Psoriasis inversé
- D. Lichen scléreux
- E. Lichen plan



QCU

# Cas Clinique bonus 1 : quel diagnostic suspectez-vous ?

---

Diagnostic différentiel :  
dermatophytie

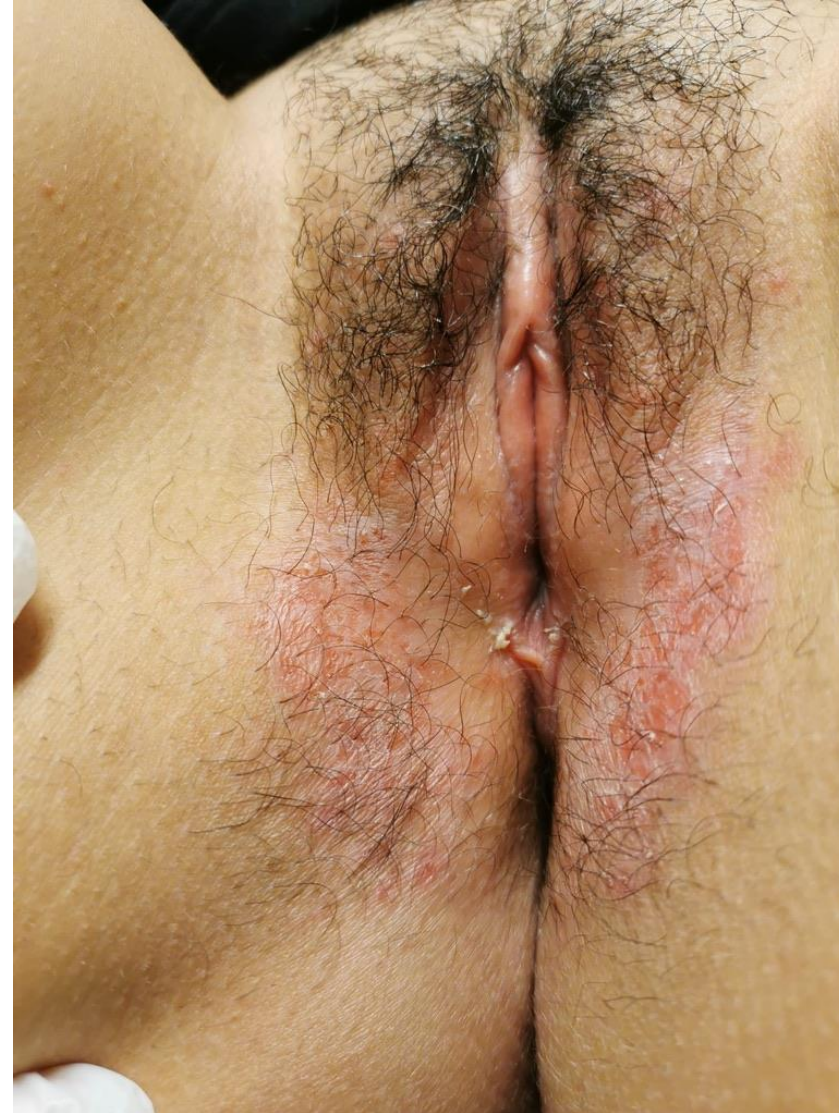
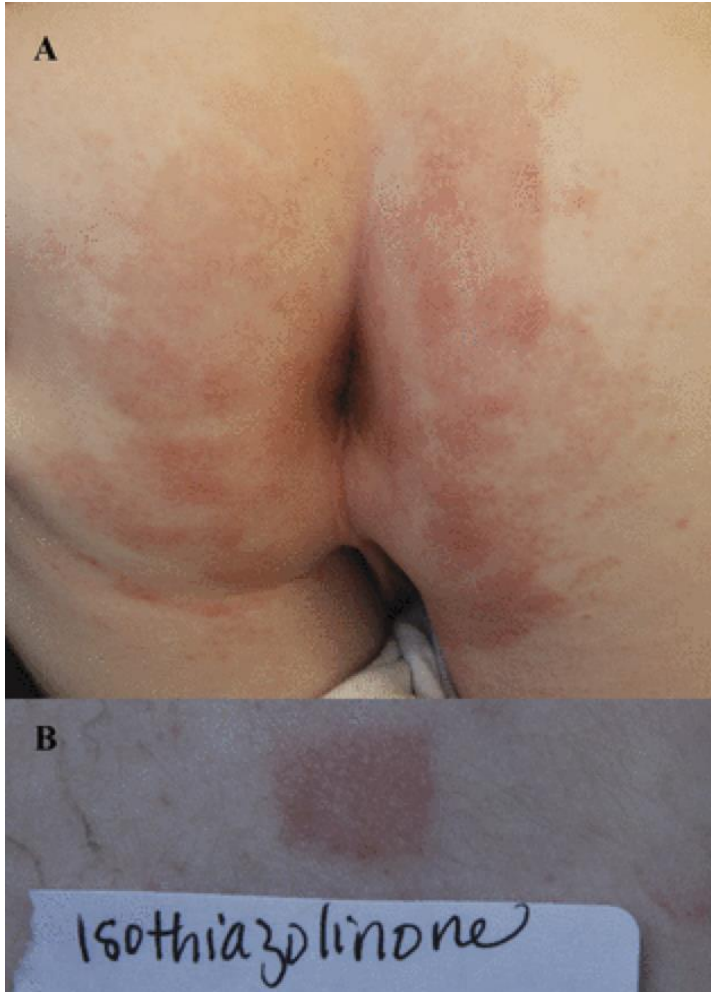


Photo Dr P. Marzouk, gynécologie, Port Royal, Paris



# Cas Clinique bonus 1 : quel diagnostic suspectez-vous ?

---



Ça peut arriver aussi chez les enfants...

Chang MW – Pediatrics 2014

# Cas Clinique bonus 1 : quel diagnostic suspectez-vous ?

---

## Les dermato-allergologues: les « Sherlock-Holmes de la médecine »

Dr J: Qu'est ce que vous mettez sur l'anus ?

Mr M: rien

Dr J: Jamais une crème ?

Mr M: Jamais sauf celle prescrite par votre collègue

Dr J: Vous ne rasez pas cet endroit là ? (question à poser +++), vous n'utilisez pas de savon particulier ?, vous n'utilisez pas de jouets sexuels ? (le patient devient tout rouge et le Docteur aussi)

Mr M: Ha mais non, je suis un honnête homme

Dr J: Qu'est ce que vous faites après avoir été à la selle ?

Mr M: Je m'essuie

Dr J: Avec quoi ?

Mr M: bah, des lingettes imbibées, c'est plus propre et ça « donne un coup de frais »



# Cas Clinique bonus 1 : quel diagnostic suspectez-vous ?

Contact Dermatitis • Contact Points

PATCH TESTING IN PERI-ANAL DERMATOSES AND PRURITUS ANI • ABU-ASI ET AL.

Patch testing is clinically important for patients with peri-anal dermatoses and pruritus ani

Mohammed J. Abu-Asi, Ian R. White, John P. McFadden and Jonathan M. L. White

Cutaneous Allergy Clinic, St John's Institute of Dermatology, London, SE1 9RT, UK

- 23 465 patients testés entre 2005 et 2015
- 150 patients testées pour prurit ou dermatoses péri anales.
- 60 résultats positifs
- 32 avec une pertinence

Dérivés de l'**isothiazolinone** -> conservateur en remplacement des parabènes.  
Epidémie d'eczéma de contact.  
Interdit en Europe dans les produits non rincés depuis 2017

Allergènes	Pertinence actuelle (n (%))
MCI/MI	15 (19,0)
lingettes (autres)	5 (6,3)
crèmes hémorroïdaires	2 (2,5)
Gentamicine	3 (3,8)
néomycine	1 (1,3)
Methyldibromo glutaronitrile	1 (1,3)
<i>Myroxylon pereirae</i>	2 5 (2,5)
Fragrance mix	5 (6,3)
Chromium	1 (1,3)

# Cas Clinique bonus 1 : en résumé...

---

- Lésions eczématiformes => interroger +++ dans tous les sens et en posant toutes les questions nécessaires.
- S'aider des dermato-allergologues (ils savent mais il faut les trouver)
- Exclusion de la cause
- Prescription de dermo-corticoïdes de classe forte (Diprosone<sup>®</sup>) ou très forte (Derموال<sup>®</sup>) tous les jours jusqu'à franche amélioration.
- Eau claire après la selle si possible et BIEN SECHER au linge propre



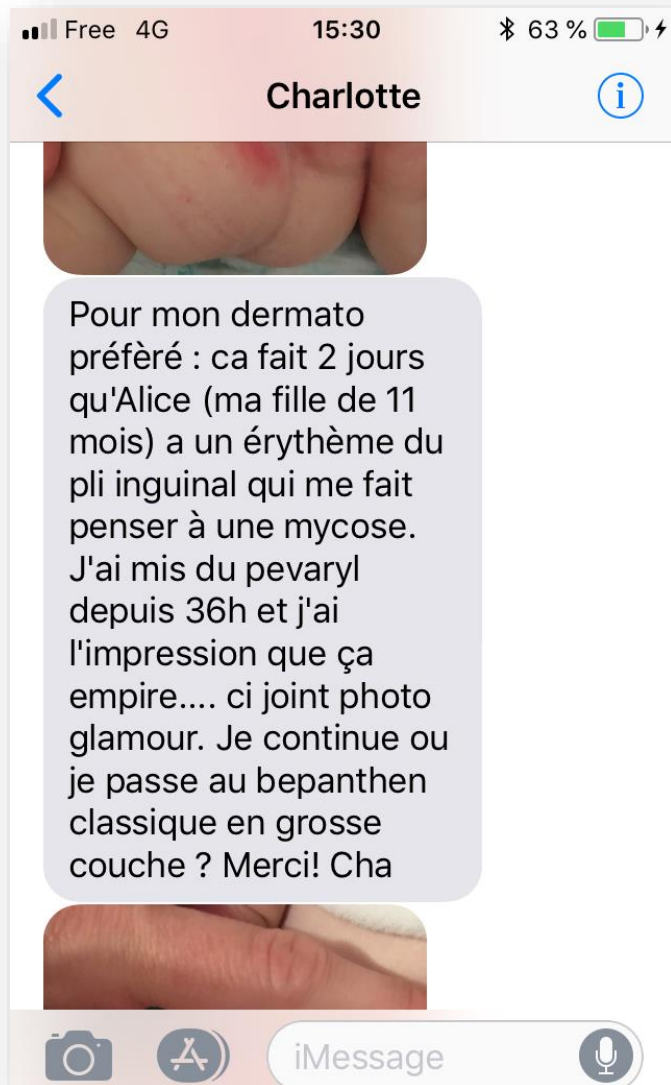
**Dermatologie proctologique non néoplasique : quelles recettes en pratique ?**

**Encore merci de votre attention**

Johan CHANAL (Paris)

Jean-Michel DIDELOT (Montpellier)

# Cas Clinique bonus 2 : Alice a l'anus rouge...



- Votre copine de promotion, Charlotte, vous envoie un SMS (avec photos, bien sûr)
- Alice a 11 mois
- Alice n'a pas d'antécédent particulier et ne prend aucun autre traitement

## Cas Clinique bonus 2 : Alice a l'anus rouge...



Merci à la petite Alice et à sa maman pour avoir accepté la diffusion de ces photos

# Cas Clinique bonus 2 : quels prélèvements réalisez-vous ?

---

- A. Prélèvement mycologique
- B. Prélèvement viral
- C. Prélèvement bactériologique
- D. Biopsie à visée histologique
- E. Pas de prélèvement



**QCM**



# Cas Clinique bonus 2 : quels prélèvements réalisez-vous ?

- A. **Prélèvement mycologique** : négatif (à répéter néanmoins car application d'imidazolé)
- B. Prélèvement viral
- C. **Prélèvement bactériologique** : positif Streptocoque bêta-hémolytique du Groupe A
- D. Biopsie à visée histologique
- E. Pas de prélèvement



QCM

# Cas Clinique bonus 2 : diagnostic = anite streptococcique

---

- SBGA > Strepto B
- +/- *Staph aureus*
- Caractère eczématiforme ou confondue avec dermite des couches
- Peut atteindre les plis et le vestibule chez la petite fille
- Peut remonter le long du raphé médian chez le garçon
- Atteinte des plis est possible
- Traitement : amoxicilline x 21 jours (ou amox + ac. clav pour diminuer le risque de récurrence selon certains auteurs)

Health C et al. Pediatric Derma 2008  
Olson D et al. Pediatr Inf Dis J 2011



**Dermatologie proctologique non néoplasique : quelles recettes en pratique ?**

**Une dernière fois, merci de votre attention**

Johan CHANAL (Paris)

Jean-Michel DIDELOT (Montpellier)