

**JFHOD**  
JFHOD.COM

**19-22**  
**MARS**  
**-2026-**

  
PALAIS DES  
CONGRÈS DE  
**PARIS**



*L'intelligence  
artificielle*

*Pays invité*  
**LA ROUMANIE**



# DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DES MANIFESTATIONS DERMATOLOGIQUES DANS LES MICI

Pr Sarah Guégan (Hôpital Cochin)

Pr Stéphane Nahon (GHI Le Raincy-Montfermeil)

# Conflits d'intérêt

---

- Sarah Guégan: Janssen-Cilag, Novartis, Pierre Fabre
- Stéphane Nahon : Abbvie, Celltrion, J&J, Takeda, Alfasigma

# Objectifs pédagogiques

---

- Connaître les principales dermatoses associées aux MICI ou à leurs traitements
- Connaître les traitements des principales dermatoses et les mesures préventives
- Savoir quand interrompre ou adapter le traitement de la MICI
- Savoir quand référer un patient au dermatologue

# Définitions et cadre nosologique

---

- **Lésions granulomateuses spécifiques de Crohn**
  - Buccales / labiales
  - Anopérinéales et **génitales**
- **Dermatoses réactionnelles**
  - Erythème noueux
  - Dermatoses neutrophiliques
- **Dermatoses associées et dermatoses inflammatoires**
  - Psoriasis
  - **Hidradénite** suppurée ou maladie de Verneuil
- **Effets secondaires des traitements**
  - Eruptions cutanées **psoriasiformes** eczématiformes ou lichénienne
  - Vascularites
  - **Infections cutanées**
  - Cancers cutanés

# Cas Clinique 1

---



- Mme T, 32 ans

Maladie de Crohn iléo-colique (diagnostic à 24 ans)

Sous anti-TNF – Rémission clinique depuis 18 mois

**Consulte son gynécologue pour des lésions vulvaires récidivantes**

Œdème vulvaire progressif

Douleur locale



# Question 1

---



Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A. Infection bactérienne
- B. Hidradénite suppurée
- C. Lésion granulomateuse spécifique de la maladie de Crohn
- D. Dermatite de contact
- E. Zona génital

# Question 1

---



Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A. Infection bactérienne
- B. Hidradénite suppurée
- **C. Lésion granulomateuse spécifique de la maladie de Crohn**
- D. Dermatite de contact
- E. Zona génital

# Examen clinique: orientation diagnostique



- Œdème asymétrique des grandes lèvres
  - Induration ferme
  - Ulcérations linéaires « en coup de couteau »
  - Absence de suppuration
  - CRP normale



# Différents aspects: lésions vulvaires spécifiques de Crohn



œdème asymétrique



Ulcération profonde à bordure infiltrée hypertrophique



Ulcérations aphtoïdes

# Question 2

---



Quel examen confirme le diagnostic ?

- A. Échographie pelvienne
- B. Prélèvement bactériologique
- C. Biopsie cutanée
- D. IRM pelvienne
- E. Sérologie HSV

# Question 2

---



Quel examen confirme le diagnostic ?

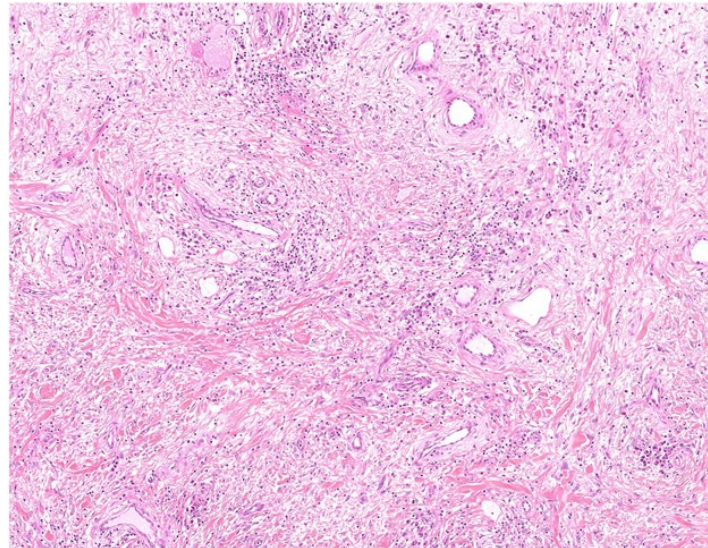
- A. Échographie pelvienne
- B. Prélèvement bactériologique
- **C. Biopsie cutanée**
- D. IRM pelvienne
- E. Sérologie HSV

# Résultats de la biopsie

---

## Granulomes épithélioïdes et géantocellulaires

- Absence de nécrose caséuse
- Absence de micro-organisme
- → Compatible avec lésion spécifique de Crohn
- Peut manquer : présent dans 30 à 50% des cas



# Question 3

---



Quelle affirmation est correcte ?

- A. Évolue toujours parallèlement à la MICI
- B. Nécessite une antibiothérapie prolongée
- C. Peut évoluer indépendamment de l'activité digestive
- D. Correspond à une vascularite
- E. Toujours associée à une fistule

# Question 3

---



Quelle affirmation est correcte ?

- A. Évolue toujours parallèlement à la MICI
- B. Nécessite une antibiothérapie prolongée
- **C. Peut évoluer indépendamment de l'activité digestive**
- D. Correspond à une vascularite
- E. Toujours associée à une fistule

# Autres localisations : lésions spécifiques de Crohn



Œdème  
labial



Aspect en pavé  
« cobblestone »



Macroglossie



Hyperplasie  
gingivale

# Autres localisations : lésions spécifiques de Crohn



Ulcérations profondes  
péri-anales



Pseudo-marisques



# Principes du traitement

---



- Peut nécessiter une intensification thérapeutique
  - Discussion switch vers anti-IL12/23
  - Corticothérapie locale
  - **Prise en charge coordonnée gastro–dermatologue +++**

# Points clés

---

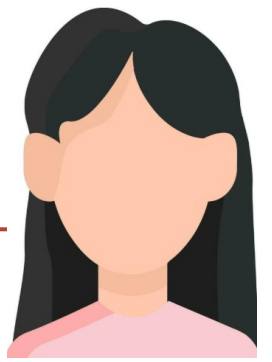


## Lésions spécifiques de la maladie de Crohn

- Atteinte préférentielle ano-périnéale / génitale / orofaciale
- Peut évoluer indépendamment de la maladie luminale
- Diagnostic histologique
- Impact important sur la qualité de vie

# Cas Clinique 2

---



**Melle J**

18 ans

Polyarthralgies inflammatoires

Diarrhée chronique

Eruption cutanée des deux membres inférieurs

# Cas Clinique 2

---



Quel est votre diagnostic ?

# Cas Clinique 2

---

Concernant **l'érythème noueux** au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), quelle est la proposition exacte ?

- A - Il évolue le plus souvent indépendamment de l'activité de la MICI.
- B - Il est plus fréquent chez l'homme et en cas d'atteinte iléale isolée.
- C - Il correspond histologiquement à une panniculite septale sans vascularite.
- D - Il nécessite systématiquement une corticothérapie générale.
- E - Il est caractérisé par des ulcérations cutanées à extension centrifuge rapide.

# Cas Clinique 2

---

Concernant l'**érythème noueux** au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), quelle est la proposition exacte ?

- A - Il évolue le plus souvent indépendamment de l'activité de la MICI.
- B - Il est plus fréquent chez l'homme et en cas d'atteinte iléale isolée.
- C - Il correspond histologiquement à une panniculite septale sans vascularite.**
- D - Il nécessite systématiquement une corticothérapie générale.
- E - Il est caractérisé par des ulcérations cutanées à extension centrifuge rapide.

# Cas Clinique 3

---



- M. U, 35 ans

Troubles digestifs peu spécifiques depuis 2 ans

Coloscopie normale il y a 1 an

**Consulte en dermatologie pour des lésions multifocales éruptives des cuisses, fesses et lombes**

Lésions pustuleuses initiales

Evolution rapide vers des ulcérations cribriformes

Douleur locale



# Question 1

---



Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A. Infection cutanée bactérienne staphylococcique
- B. Vascularite
- C. Pyoderma gangrenosum
- D. Ecthyma
- E. Zona

# Question 1

---



Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A. Infection cutanée bactérienne staphylococcique
- B. Vascularite
- **C. Pyoderma gangrenosum**
- D. Ecthyma
- E. Zona

# Question 2

---



Quels examens complémentaires proposez-vous ?

- A. NFS
- B. CRP
- C. Biopsie cutanée
- D. Calprotectine fécale
- E. Coloscopie

# Question 2

---



Quels examens complémentaires proposez-vous ?

- **A. NFS**
- **B. CRP**
- **C. Biopsie cutanée**
- **D. Calprotectine fécale**
- **E. Coloscopie**



**Diagnostic confirmé de  
maladie de Crohn iléo-colique droite**

# Pyoderma gangrenosum



- Ulcère nécrotique avec bourrelet périphérique inflammatoire et clapiers purulents
- Localisation péristomiale chez les MICI
- Pathergie : réponse exagérée aux traumatismes
- Survient le plus souvent au cours de l'évolution de la maladie
- Peut être inaugurale
- Evolution parallèle à l'atteinte digestive (2/3 des cas)
- Evolution indépendante de l'atteinte digestive (1/3 des cas)



# Traitement: principes

---



## Principes du traitement = traitement de la MICI

- Association d'immunosuppresseurs topique et par voie générale

### Traitement topique

- Clobetasol ou tacrolimus topique

### Traitement par voie générale

- Anti-TNFalpha en première intention (Infliximab, adalimumab)
- Anti-P40 anti-IL12/23: Ustekinumab
- Corticothérapie 0,5 à 1 mg/kg/j +/- bolus de Solumédrol
- Autres immunosuppresseurs (azathioprine, methotrexate...)

# Manifestations extradiigestives et traitement

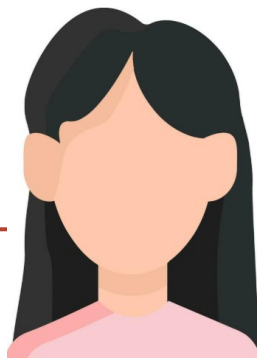


Manifestations extra-digestives	Anti-TNF	Vedolizumab	Ustekinumab	Anti-IL23 (Risan /Gusel)	JAK inhibiteurs (Tofa / Upa / Filgo)
SPA	Vert	Rouge	Rouge	Rouge	Vert
Arthrite / arthralgie	Vert	Jaune	Vert	Vert	Vert
Uvéite	Vert	Rouge	Jaune	Rouge	Jaune
Pyoderma gangrenosum	Vert	Rouge	Vert	Jaune	Jaune
Érythème noueux	Vert	Jaune	Jaune	Jaune	Jaune
Psoriasis	Vert	Rouge	Vert	Vert	Jaune

Vert : recommandé / efficace | Jaune : peut être envisagé | Rouge : non recommandé

# Cas Clinique 4

---



Diagnostic de **maladie de Crohn iléo-colique droite**

Après une courte corticothérapie par du budésonide

Rémission clinique et biologique prolongée sous adalimumab

Deux ans après le début du traitement apparition de lésions cutanées



# Cas Clinique 4 (suite)

---



# Particularités des lésions psoriasiformes induites par les anti-TNF)

---



Autres biothérapies ?

**Caractéristiques cliniques**

Elles se caractérisent par :

**Plaques érythémato-squameuses +/- bien limitées psoriasiformes ou eczématiformes**

**Atteinte fréquente du cuir chevelu**

**Atteinte palmoplantaire parfois sévère**

**Formes pustuleuses**, notamment palmoplantaires

**Localisation des plis** (psoriasis inversé)

Parfois atteinte unguéale (onycholyse, dépressions punctiformes)

## Particularités des lésions psoriasiformes induites par les anti-TNF)

---

### Particularités au cours des MICI

Environ 2–5 % des patients MICI traités par anti-TNF

Surviennent chez des patients **sans antécédent personnel de psoriasis**

Peuvent apparaître **après plusieurs mois ou années** de traitement

Évolution **indépendante de l'activité digestive**

Peuvent récidiver malgré le changement d'anti-TNF

## Particularités des lésions psoriasiformes induites par les anti-TNF)

### Particularités au cours

Environ 2–5 % des patients

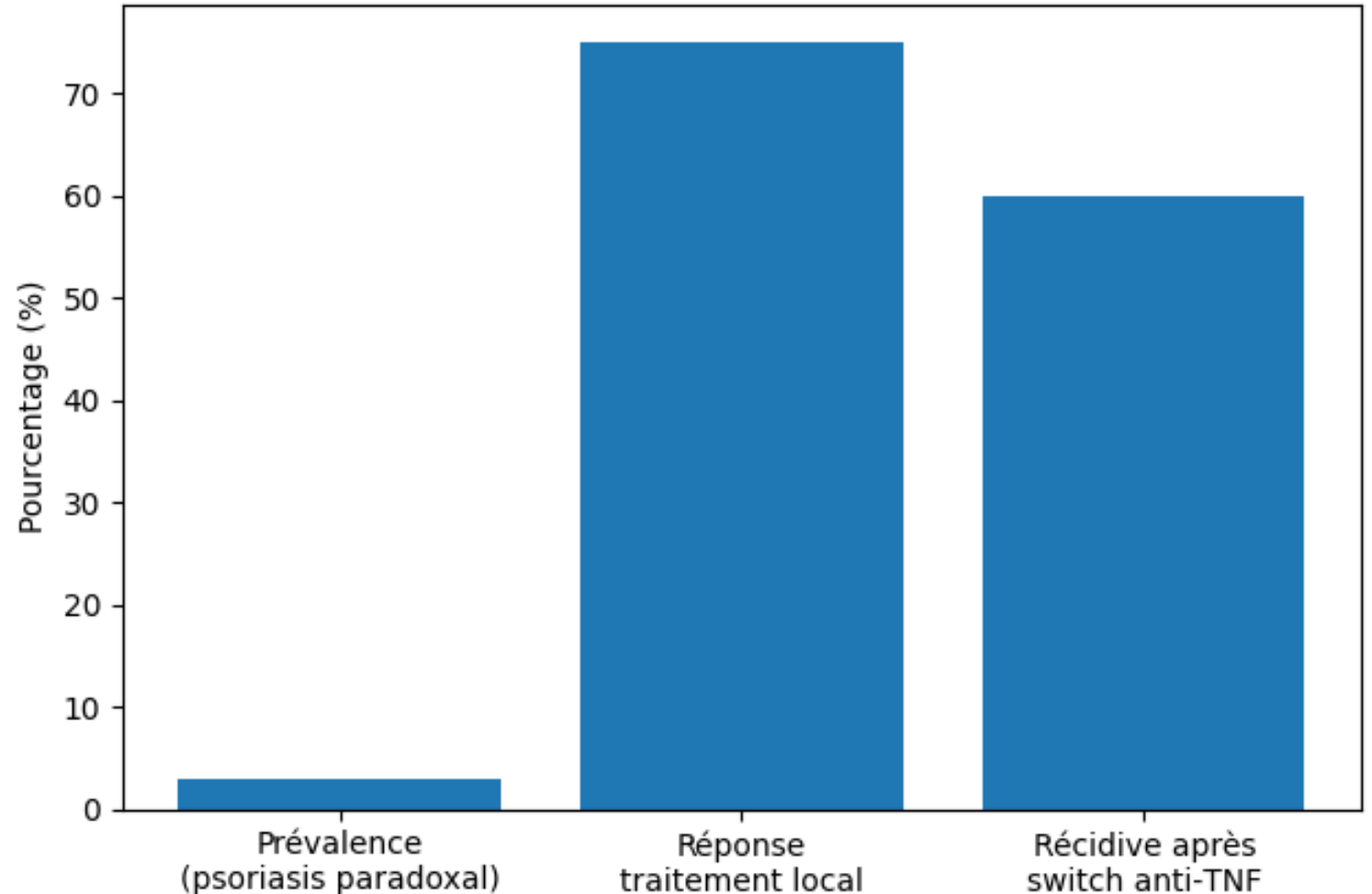
Surviennent chez des patients atteints de psoriasis

Peuvent apparaître après

Évolution indépendante

Peuvent récidiver malgré

Psoriasis paradoxal sous anti-TNF dans les MICI  
Synthèse des cohortes publiées



# Quel traitement ?

---



- **Que peux faire le gastroentérologue avant de demander l'avis au dermatologue ?**
- Quel traitement local ? quel traitement systémique ?
- Que faire du traitement de fond ?
  - Changer pour un autre anti-TNF
  - Changer pour une autre classe thérapeutique : anti IL12-23 / anti IL 23
- Jusqu'ou aller quand on souhaite maintenir le traitement par anti-TNF ?

# Quel traitement ?



## Eruption psoriasiforme / psoriasis:

### Conseils généraux :

- Hydrater la peau : LIPIKAR crème / CERAVE Baume hydratant / ATODERM intensive Baume

### Type de traitement

- Association dermocorticoïdes (DC) + vitamine D3 :
  - DAIVOBET gel : 1 application par jour ZONES PILEUSES / CUIR CHEVELU
  - ENSTILAR mousse / DAIVOBET pommade : 1 application par jour ZONES SECHES – FACE D'EXTENSION des MEMBRES
- DC niveau 3 : DIPROSONE pommade : 1 application par jour ZONES SECHES
- DC Niveau 3 : DIPROSONE ou NERISONE crème : 1 application par jour ZONE de PLIS
- DC Niveau 4 : CLARELUX ou DERMOVAL crème : 1 application par jour PAUMES et PLANTES
- DC Niveau 4 : CLARELUX mousse ou DERMOVAL gel : 1 application par jour CUIR CHEVELU

## Particularités des lésions psoriasiformes induites par les anti-TNF)

---

### Conduite à tenir

- Formes légères : traitement local + maintien possible de l'anti-TNF
- Formes modérées à sévères :

Adjonction de Methotrexate

Envisager changement de classe

(ustekinumab, anti-IL-23, JAK inhibiteurs)

## Concernant les lésions psoriasiformes induites par les anti-TNF chez les patients atteints de MICI, quelle est la proposition exacte ?

---



- A. Elles surviennent exclusivement chez les patients ayant un antécédent personnel de psoriasis.
- B. Elles évoluent parallèlement à l'activité de la maladie digestive.
- C. Elles correspondent à un psoriasis paradoxal pouvant toucher le cuir chevelu et les paumes/plantes.
- D. Elles imposent systématiquement l'arrêt définitif de l'anti-TNF.
- E. Elles sont liées à une infection cutanée opportuniste.

## Concernant les lésions psoriasiformes induites par les anti-TNF chez les patients atteints de MICI, quelle est la proposition exacte ?

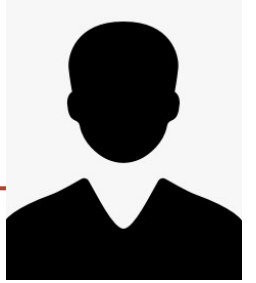
---



- A. Elles surviennent exclusivement chez les patients ayant un antécédent personnel de psoriasis.
- B. Elles évoluent parallèlement à l'activité de la maladie digestive.
- **C. Elles correspondent à un psoriasis paradoxal pouvant toucher le cuir chevelu et les paumes/plantes.**
- D. Elles imposent systématiquement l'arrêt définitif de l'anti-TNF.
- E. Elles sont liées à une infection cutanée opportuniste.

# Cas clinique 5

---



- **Mr T, homme de 40 ans**
  - Rectocolite hémorragique pancolique (diagnostic 2018)
  - Échec de 2 lignes de thérapies avancées
    - Non-réponse primaire à un anti-TNF par voie sous cutanée
    - Perte de réponse secondaire au vedolizumab
  - Poussée modérée à sévère corticodépendante

# Question 1

---



- Quel traitement choisissez vous ?
  - A. Changer d'anti-TNF
  - B. Anti-IL23
  - C. Inhibiteur de JAK
  - D. Chirurgie

# Question 1

---



- Quel traitement choisissez vous ?
  - A. Changer d'anti-TNF
  - B. Anti-IL23
  - **C. Inhibiteur de JAK**
  - D. Chirurgie

# AMM/remboursement/RCH



Molécule	1ère ligne	2ème ligne	3e ligne ou +
Infliximab	✓	✓	✓
Adalimumab	✓	✓	✓
Golimumab	✓	✓	✓
Vedolizumab	✓	✓	✓
Ustekinumab		✓	✓
Tofacitinib			✓
Filgotinib			✓
Upadacitinib			✓
Mirikizumab			
Risankizumab			?
Guselkumab			?
Etrasimod			✓

# Cas clinique 5 (suite)

---

- Upadacitinib 45 mg/j (induction)
  - Relais 30 mg/j en entretien après 8 semaines
- À 12 semaines :
  - Rémission clinique (Mayo partiel = 0)
  - CRP normalisée
  - Calprotectine < 100 µg/g

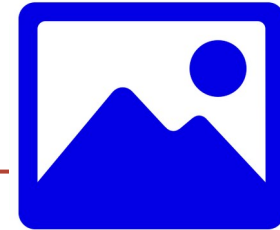
# Cas clinique 5 (suite)

---

- Douleur thoracique unilatérale à type de brûlure
- Éruption vésiculeuse groupée en bouquet
- Absence de fièvre



# Cas Clinique 5



Distribution métamérique T4

# Question 2

---



- Quel est le diagnostic le plus probable ?
  - A. Psoriasis induit
  - B. Dermatite de contact
  - C. Zona
  - D. Syndrome de Sweet

# Question 2

---



- Quel est le diagnostic le plus probable ?
  - A. Psoriasis induit
  - B. Dermatite de contact
  - **C. Zona**
  - D. Syndrome de Sweet

# Question 3

---



- Quelle est la conduite à tenir ?
  - A. Arrêt définitif de l'upadacitinib
  - B. Traitement antiviral per os
  - C. Corticothérapie générale seule
  - D. Abstention thérapeutique

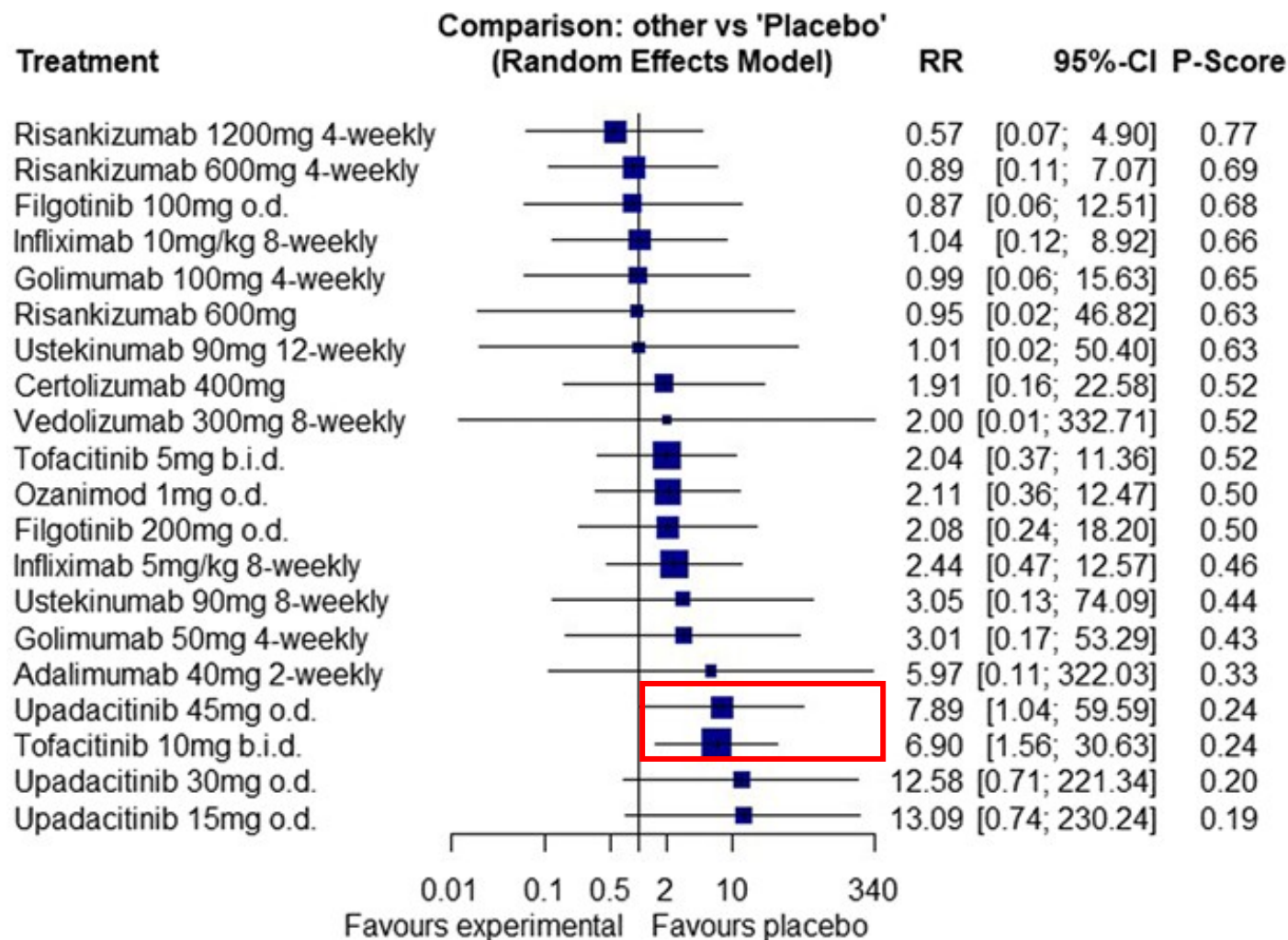
# Question 3

---

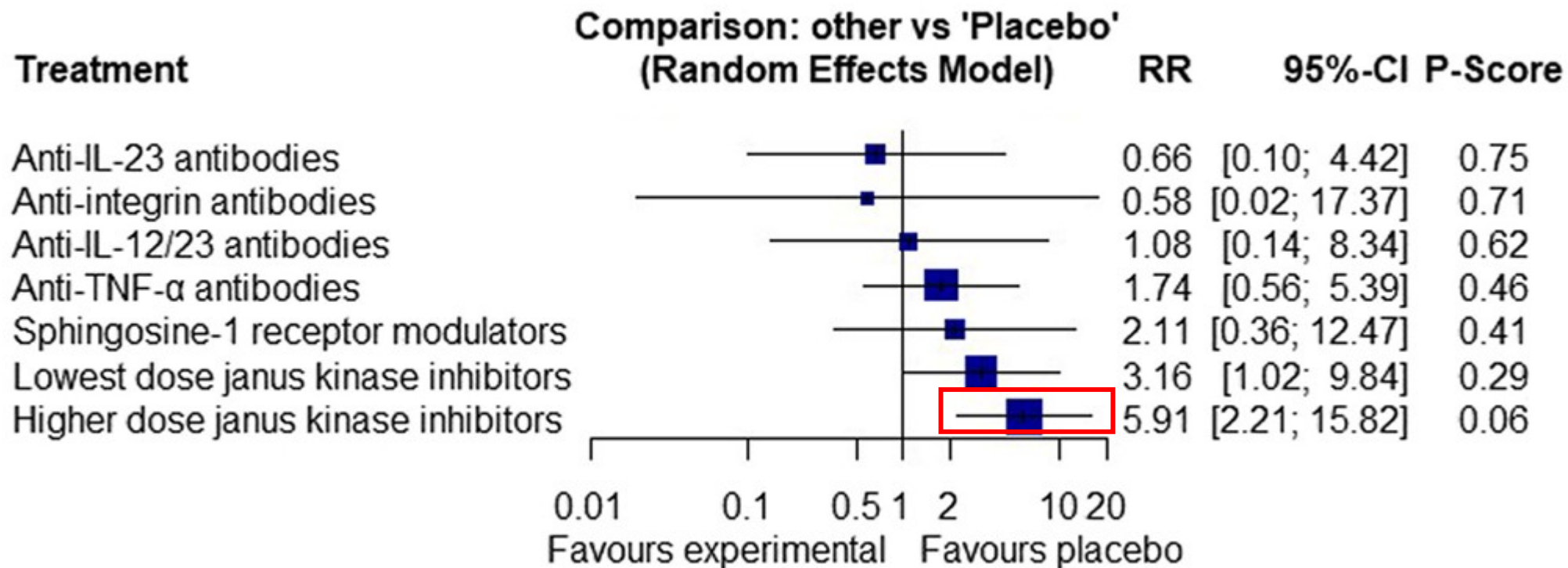


- Quelle est la conduite à tenir ?
  - A. Arrêt définitif de l'upadacitinib
  - **B. Traitement antiviral per os**
  - C. Corticothérapie générale seule
  - D. Abstention thérapeutique

# Zona en fonction du type de traitement



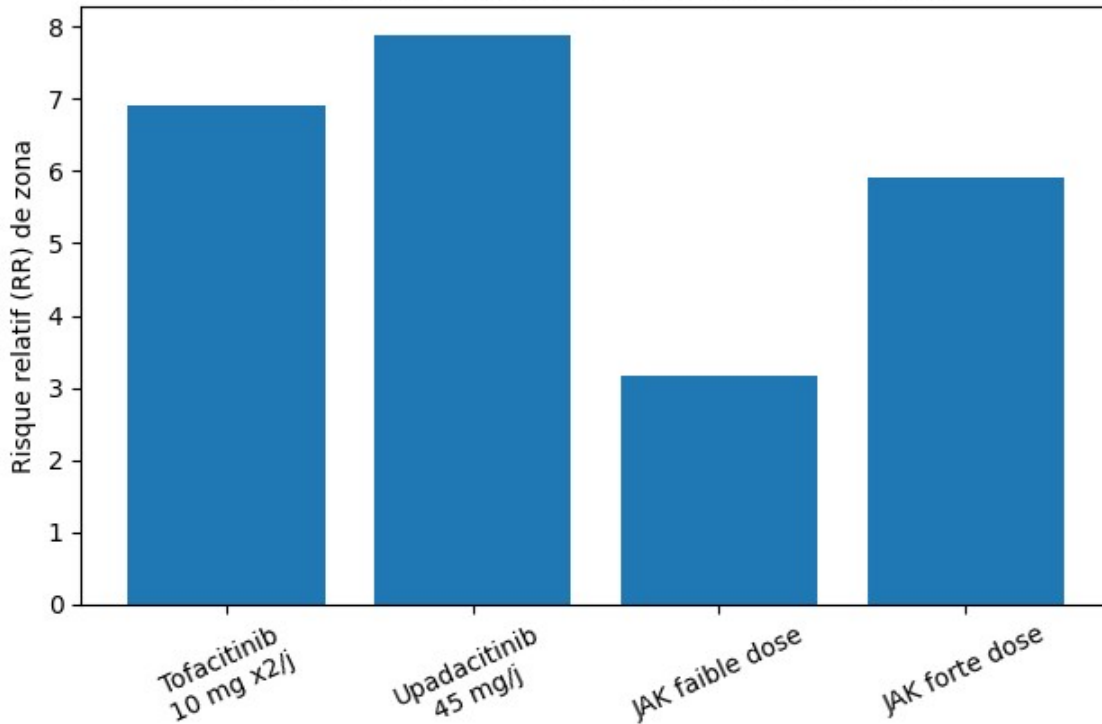
# Zona en fonction du type de traitement



# Risque de zona sous inhibiteurs de JAK



Risque de zona sous inhibiteurs de JAK  
Méta-analyse réseau (25 essais, 9 935 patients)



Méta-analyse en réseau : 25 essais, 9 935 patients.

## Points clés

- Inhibition voie IFN- $\gamma$   $\rightarrow$  réactivation VZV
- Classe thérapeutique la plus à risque
- Effet dose-dépendant
- RR jusqu'à x8 avec fortes doses
- Filgotinib : signal plus faible



# Cas Clinique 5 : quel traitement ?

---



- **Que peut faire le gastroentérologue avant de demander l'avis au dermatologue ?**

# Zona sous inhibiteur de JAK (MICI)

## Conduite à tenir



Eruption douloureuse métamérique  
→ suspicion de zona



Confirmer le diagnostic

- Clinique ± PCR VZV
- Rechercher forme compliquée



Traitement antiviral précoce (<72h)

- Valaciclovir 1 g x3/j – 7 jours
- Alternative : aciclovir

**Douleur aiguë:**

Paracétamol

Tramadol / morphiniques faibles

**Douleur neuropathique**

Gabapentine

Prégabaline

Amitriptyline



Si forme sévère / ophtalmique

- Hospitalisation
- Aciclovir IV 10 mg/kg/8h

Gestion du traitement MICI

- Suspendre temporairement l'anti-JAK
- Reprise après cicatrisation

# Cas Clinique 5 : Prévention

---



## Type de vaccin

- Vaccin recombinant non vivant (Shingrix®)
- Peut être administré chez les patients immunodéprimés

## Schéma vaccinal

- • 2 doses intramusculaires
- • M0 puis M2 (M0 et M1 possible)

## Chez les patients MICI

- Idéalement avant initiation d'un JAK inhibiteur
- Possible pendant biothérapie ou traitement immunosuppresseur
- Recommandé  $\geq$  65 ans ou patients à risque

# Points clés

---



- Les inhibiteurs de JAK augmentent le risque de zona
  - Peut survenir malgré la rémission digestive
  - Traitement antiviral précoce (valaciclovir)
  - Suspension transitoire possible selon la sévérité
  - Vaccination anti-zostérienne recombinante

# Un dernier pour la fin

---

- Mr P, 38 ans
- Sous JAKi pour RCH après échec de deux lignes de thérapie avancée
- vacciné par SHINGRIX

# Un dernier pour la fin

---

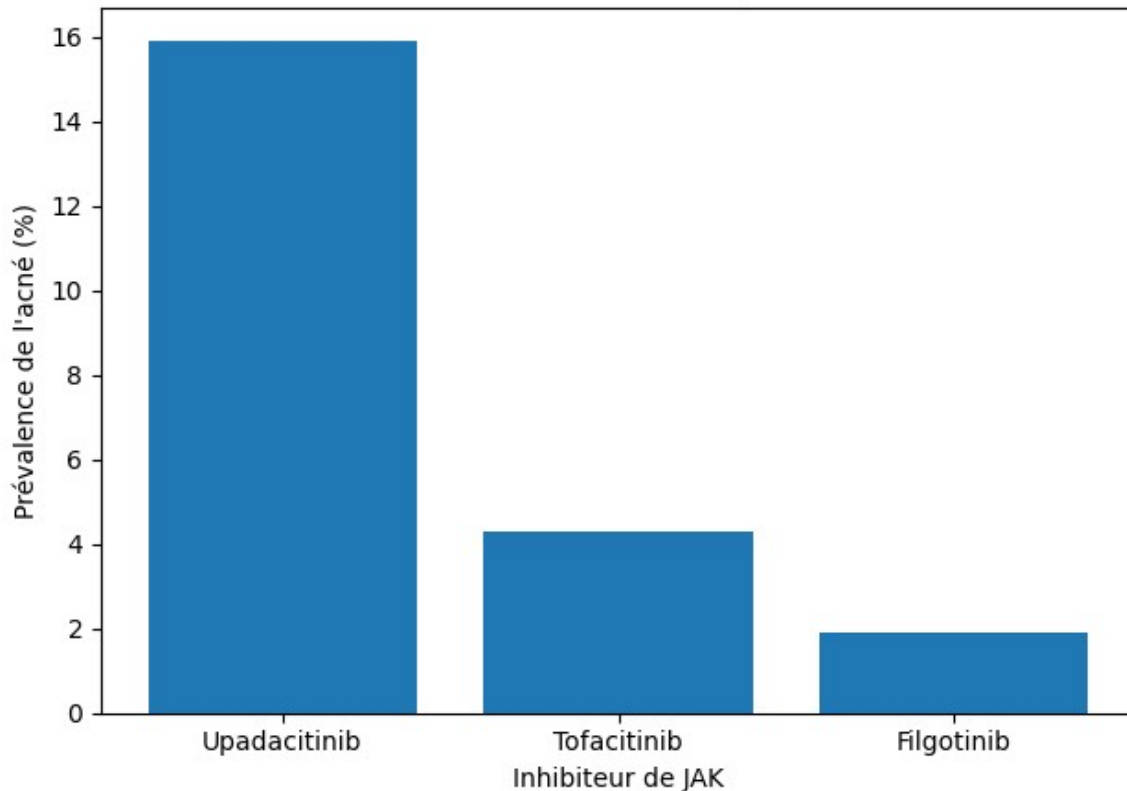


- Quel est votre diagnostic ?



# Jak-inhibiteur et acné, quel risque ?

Acné associée aux inhibiteurs de JAK dans les MICI

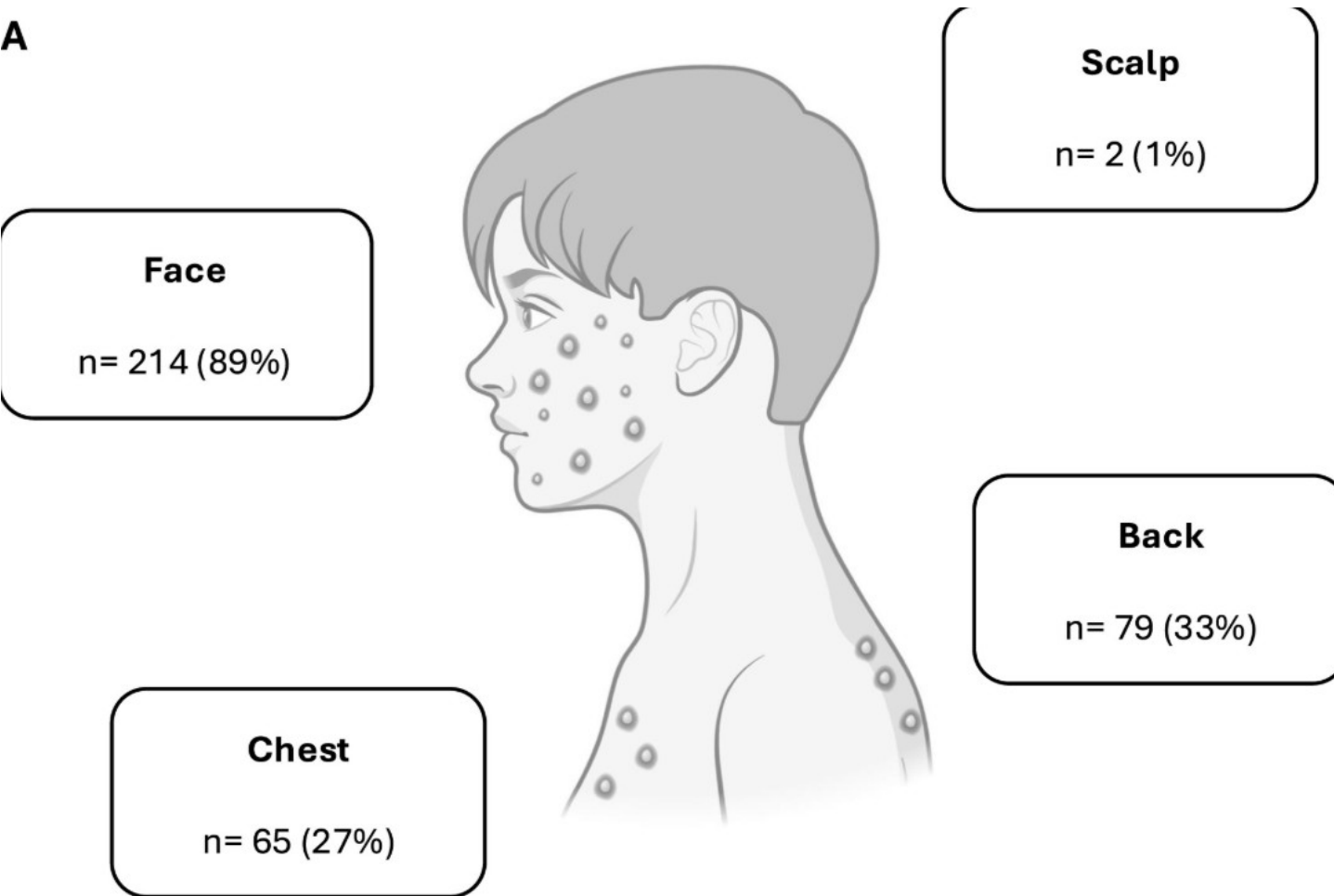


## Points clés

- Cohorte : 2183 patients MICI
- 272 cas d'acné (12 %)
- Majorité des cas légers à modérés
- Patients le plus souvent 30–50 ans
- Antécédent d'acné : risque sévère ↑ (OR 4,88)
- 18 % : réduction ou arrêt du JAK

# Jak-inhibiteur et acné, présentation ?

A



B

Severity (Body Surface Area)	Frequency n (%)
Mild (<10%)	142 (68%)
Moderate (10-30%)	50 (24%)
Severe (>30%)	17 (8%)

C

Lesion	Frequency n (%)
Comedones	66 (42%)
Papules	130 (82%)
Pustules	82 (52%)
Nodules	31 (19%)
Cysts	28 (18%)

# Un dernier pour la fin

---

- Que peut faire le gastroentérologue avant de demander un avis au dermatologue ?

## Conseils généraux :

- Ne pas s'exposer au soleil qui peut favoriser l'acné et majorer les cicatrices et car certains traitements contre l'acné favorisent les coups de soleil.
- N'utiliser que des produits adaptés aux peaux acnéiques.
- Les traitements contre l'acné mettent plusieurs semaines avant d'être efficaces.
- Utiliser un gel moussant nettoyant au quotidien, et si besoin une crème hydratante, adaptés aux peaux acnéiques par exemple :
  - Gamme HYSEAC d'Uriage
  - Gamme EFFACLAR de La Roche Posay
  - BIOLOGY AC d'A DERMA.

# Quel traitement ?

---



## Acné légère :

### Conseils généraux :

- Ne pas s'exposer au soleil

### Type de traitement

- Utiliser gel moussant nettoyant et crème hydratante adaptés aux peaux acnéiques par exemple de la gamme HYSEAC d'Uriage ou EFFACLAR de La Roche Posay ou BIOLOGY AC d'A DERMA.
- Association DIFFERINE + CUTACNYL 5% :
  - DIFFERINE crème ou EPIDUO gel: 1 application en petite quantité 1 soir sur 2 sur les zones avec des boutons, en alternance avec CUTACNYL crème. 1 tube tous les 2 mois.
  - CUTACNYL 5% crème : 1 application en petite quantité 1 soir sur 2 sur les zones avec des boutons, en alternance avec EFFEDERM crème. 1 tube tous les 2 mois.
- EPIDUO gel 0,1%/2,5% ou 0,3%/2,5%: 1 application en petite quantité 1 fois par jour sur les zones touchées. 1 flacon tous les 2 mois.
- Attention les crèmes peuvent décolorer les vêtements et être irritantes. Ces produits sont à poursuivre tant qu'il y a de l'acné.

# Quel traitement ?



## Acné modérée à sévère :

- Utiliser un gel moussant nettoyant au quotidien, et si besoin une crème hydratante, adaptés aux peaux acnéiques par exemple de la gamme HYSEAC d'Uriage ou EFFACLAR de La Roche Posay ou BIOLOGY AC d'A DERMA.
- Association DIFFERINE crème + CUTACNYL 5% crème
- EPIDUO gel 0,1%/2,5% ou 0,3%/2,5%
  
- TOLEXINE 100 mg : 1 cp par jour au milieu d'un repas sans s'allonger dans l'heure qui suit. Ne pas s'exposer au soleil (ou si exposition solaire suspendre le traitement 48h avant l'exposition et le reprendre juste après la période d'exposition). Pendant 3 mois.
- Puis après les 3 mois de TOLEXINE, prendre EFFIZINC 15 mg : 2 gélules le soir au coucher pendant 4 mois.

# Points forts

---



- Les manifestations cutanéomuqueuses constatées au cours des MICI peuvent être responsables d'une altération de la qualité de vie des patients.
- Les atteintes spécifiques de maladie de Crohn touchant les extrémités du tube digestif peuvent être évolutives même en cas d'atteinte luminale bien contrôlée et nécessiter une optimisation du traitement de la MICI.
- Les manifestations cutanées réactionnelles satellites des MICI type érythème noueux, aphtose, dermatoses neutrophiliques traduisent habituellement une activité de la MICI sous-jacente et sont sensibles au traitement spécifique de la MICI.
- L'hydradénite suppurée ou maladie de Verneuil peut être associée à la MICI ; elle est sensible aux anti-TNFalpha à fortes doses.
- Parmi les effets secondaires cutanés fréquents des traitements des MICI, il faut retenir les éruptions paradoxales psoriasiformes et eczématiformes ainsi que les infections cutanéomuqueuses ; un traitement topique/oral spécifique permet le contrôle des symptômes dans la plupart des cas.