



# Dermatologie : reconnaître les affections courantes en pharmacie chez l'adulte

Évaluation clinique en pharmacie appliquée à la dermatologie



Réjean Lemay, Pharm.D., C.P.H., M.B.A.  
Septembre 2024

# Divulgence de conflits d'intérêts

- **Conférencier/consultant:**

Mantra Pharma Inc, Orimed Inc, Takeda Canada Inc.

- **Propriété d'action** : aucune

- **Subventions de recherche** : aucune

- J'ai reçu des honoraires de l'APPSQ pour cette conférence

# Objectifs



Reconnaître les principales affections dermatologiques rencontrées chez l'adulte rencontrée en pharmacie



Connaître la démarche de l'évaluation clinique de l'état physique en dermatologie



Procéder à une collecte de renseignements optimale pour les affections dermatologiques courantes chez l'adulte en pharmacie.

# Plan de la présentation

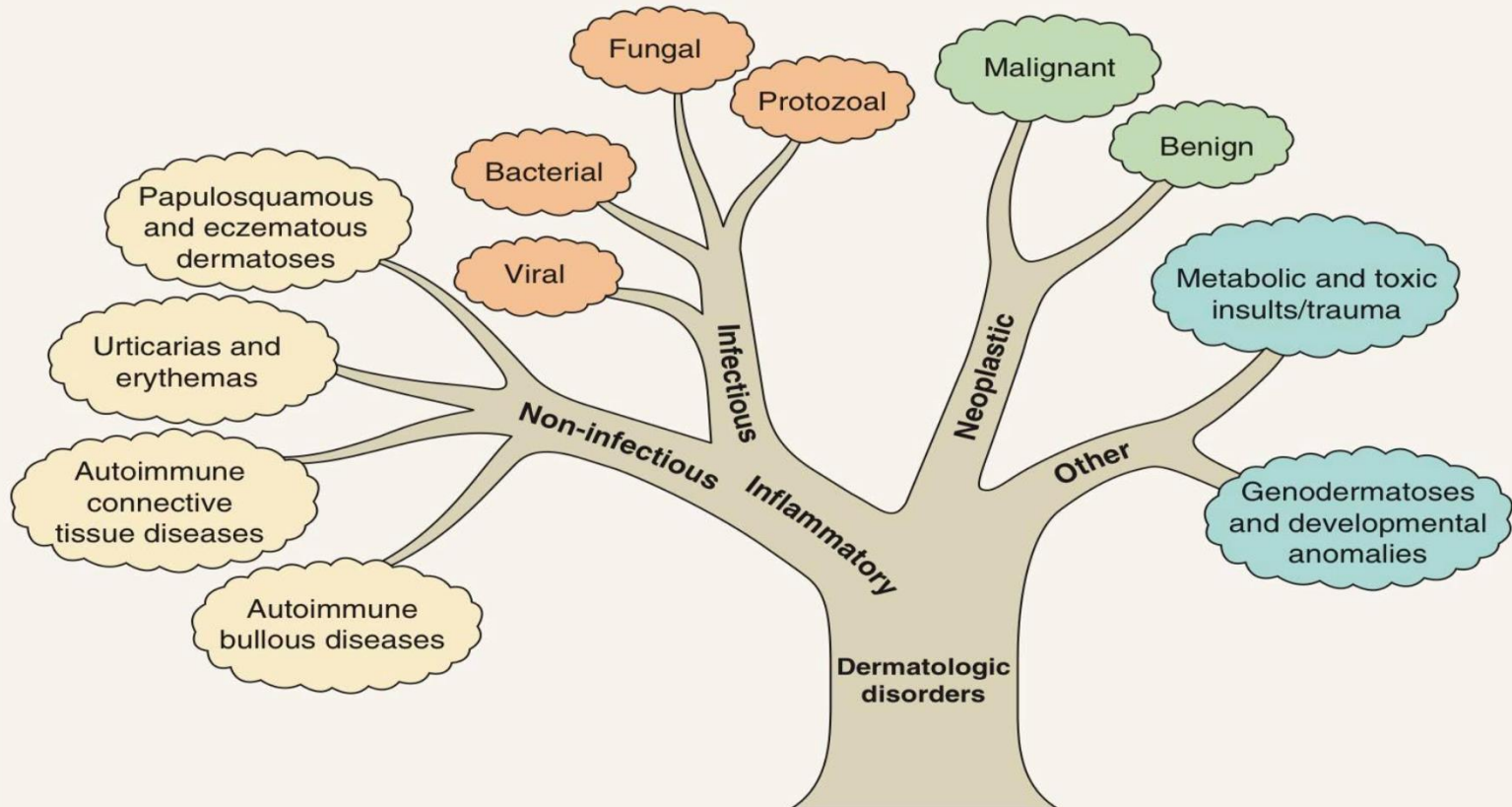
1. Affections cutanées
2. Évaluation de la condition physique ou mentale
3. Cueillette de renseignements
4. Consultation médicale
5. Vignettes cliniques

# Démarche appliquée à la dermatologie





# 1.1 Classification des affections dermatologiques



# 1.2 Les lésions cutanées



**Bulla**  
Circumscribed collection of free fluid, >1 cm



**Macule**  
Circular flat discoloration, <1 cm brown, blue, red or hypopigmented



**Nodule**  
Circular, elevated, solid lesion, >1cm



**Patch**  
Circumscribed flat discoloration, >1cm



**Papule**  
Superficial solid elevated,  $\leq 0.5$  cm, color varies



**Plaque**  
Superficial elevated solid flat topped lesion, >1 cm



**Pustule**  
Vesicle containing pus (inflammatory cells)



**Vesicle**  
Circular collection of free fluid,  $\leq 1$  cm



**Wheal**  
Edematous, transitory plaque, may last few hours



**Scale**  
Epidermal thickening; consists of flakes or plates of compacted desquamated layers of stratum corneum



**Crust**  
Dried serum or exudate on skin



**Fissure**  
Crack or split



**Excoriation**  
Linear erosion



**Erosion**  
Loss of epidermis (superficial); Part or all of the epidermis has

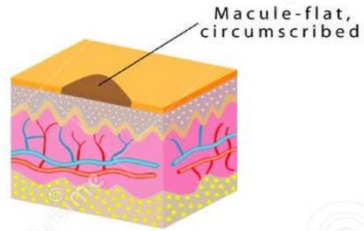


**Lichenification**  
Thickening of the epidermis seen with

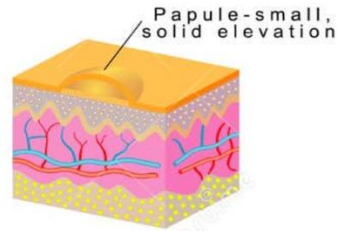


**Scar**  
Thickening; permanent fibrotic changes that occur

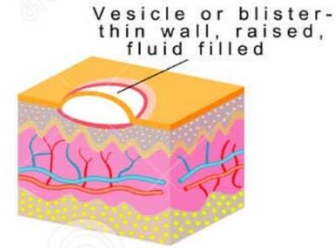
# Les lésions cutanées



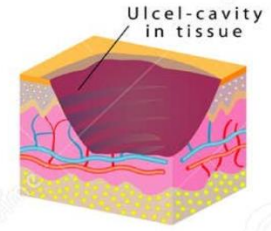
MACULE



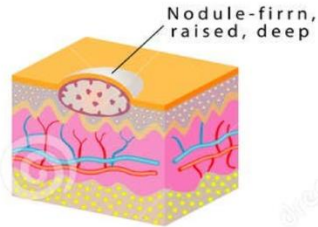
PAPULE



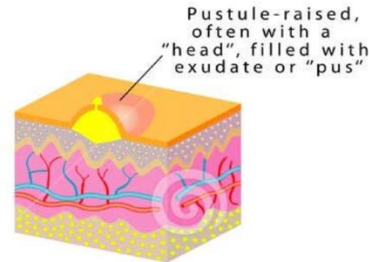
VESICLE



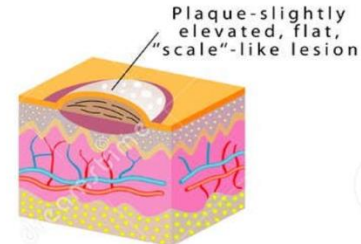
ULCER



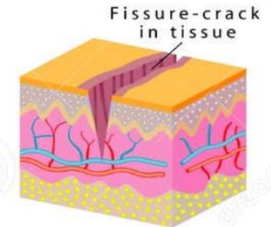
NODULE



PUSTULE

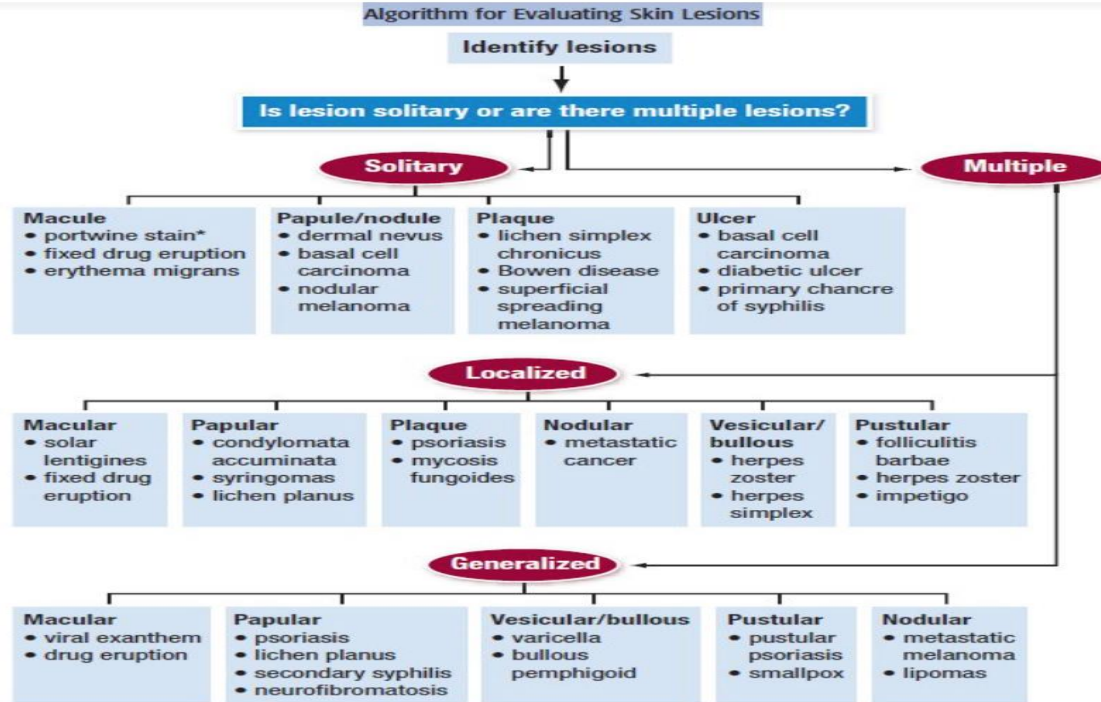


PLAQUE



FISSURE

# Évaluation des lésions cutanées

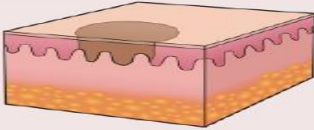

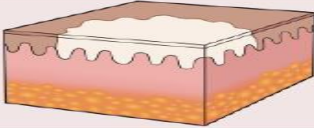

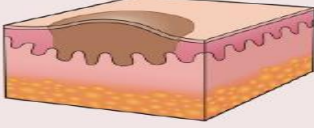

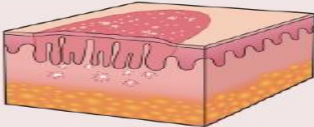
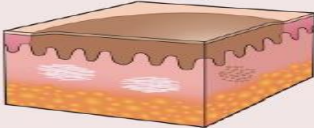




\*Bulleted conditions are examples

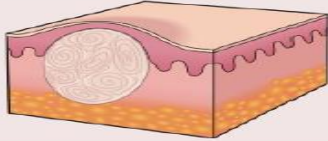

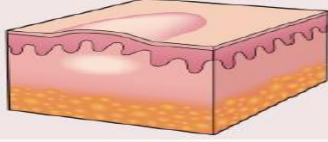



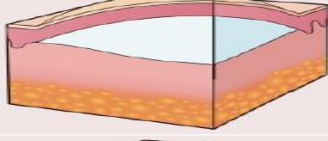

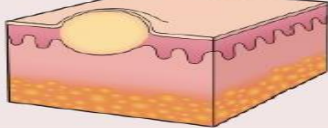

Tiré Fitzpatrick's Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology, 9<sup>e</sup> 2023.

Arturo P. Saavedra, Ellen K. Roh, Anar Mikailov




# Lésions cutanées élémentaires

PRIMARY LESIONS - MORPHOLOGICAL TERMS				
Term	Clinical features		Clinical example	Clinical disorders
<b>Macule</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Flat (non-palpable), circumscribed, differs in color from surrounding skin</li> <li>- &lt;1 cm in diameter</li> <li>- Often hypo- or hyperpigmented, but also other colors (e.g. pink, red, violet)</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ephelid (freckle)</li> <li>- Lentigo</li> <li>- Idiopathic guttate hypomelanosis</li> <li>- Petechias</li> <li>- Flat component of viral exanths</li> </ul>
<b>Patch</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Flat (non-palpable), circumscribed, differs in color from surrounding skin</li> <li>- &gt;1 cm in diameter</li> <li>- Often hypo- or hyperpigmented, but also other colors (e.g. blue, violet)</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vitiligo</li> <li>- Melasma</li> <li>- Dermal melanocytosis (Mongolian spot)</li> <li>- Café-au-lait macule</li> <li>- Nevus depigmentosus</li> <li>- Solar purpura</li> </ul>
<b>Papule</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elevated (palpable), circumscribed</li> <li>- &lt;1 cm in diameter</li> <li>- Elevation due to increased thickness of the epidermis and/or cells or deposits within the dermis</li> <li>- May have secondary changes (e.g. scale, crust)</li> <li>- The profile can be flat-topped (lichenoid), dome-shaped, umbilicated, or verrucous</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seborrheic keratosis</li> <li>- Cherry hemangioma</li> <li>- Compound or intradermal melanocytic nevus</li> <li>- Verruca</li> <li>- Molluscum contagiosum</li> <li>- Lichen nitidus</li> <li>- Elevated component of viral exanths</li> <li>- Small vessel vasculitis</li> </ul>
<b>Plaque</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elevated (palpable), circumscribed</li> <li>- &gt;1 cm in diameter</li> <li>- Elevation due to increased thickness of the epidermis and/or cells or deposits within the dermis</li> <li>- May have secondary changes (e.g. scale, crust)</li> <li>- Occasionally, a plaque is palpable but not elevated, as in morphea</li> </ul>	 	 	<p><i>Primarily epidermal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psoriasis</li> <li>- Lichen simplex chronicus</li> <li>- Nummular dermatitis</li> </ul> <p><i>Dermal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Granuloma annulare</li> <li>- Sarcoidosis</li> <li>- Hypertrophic scar, keloid</li> <li>- Morphea</li> <li>- Lichen sclerosus</li> </ul>

# Lésions cutanées élémentaires

PRIMARY LESIONS – MORPHOLOGICAL TERMS				
Term	Clinical features		Clinical example	Clinical disorders
<b>Nodule</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Palpable, circumscribed</li> <li>Larger volume than papule, usually &gt;1 cm in diameter</li> <li>Involves the dermis and/or the subcutis</li> <li>Greatest portion may be beneath the skin surface or exophytic</li> </ul>		 Epidermoid cyst	<ul style="list-style-type: none"> <li>Epidermoid and tricholemmal cysts</li> <li>Lipomas</li> <li>Metastases</li> <li>Neurofibromas</li> <li>Panniculitis, e.g. erythema nodosum</li> <li>Lymphoma cutis</li> </ul>
<b>Wheal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Transient elevation of the skin due to dermal edema</li> <li>Often pale centrally with an erythematous rim</li> </ul>		 Acute annular urticaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>Urticaria</li> </ul>
<b>Vesicle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elevated, circumscribed</li> <li>&lt;1 cm in diameter</li> <li>Filled with fluid – clear, serous, or hemorrhagic</li> <li>May become pustular, umbilicated or an erosion</li> </ul>		 Herpes zoster	<ul style="list-style-type: none"> <li>Herpes simplex</li> <li>Varicella or zoster</li> <li>Dermatitis herpetiformis</li> <li>Dyshidrotic eczema</li> </ul>
<b>Bulla</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elevated, circumscribed</li> <li>&gt;1 cm in diameter</li> <li>Filled with fluid – clear, serous, or hemorrhagic</li> <li>May become an erosion</li> </ul>		 Bullous pemphigoid	<ul style="list-style-type: none"> <li>Friction blister</li> <li>Bullous pemphigoid</li> <li>Linear IgA bullous dermatosis</li> <li>Bullous fixed drug eruption</li> <li>Coma bullae</li> <li>Edema bullae</li> </ul>
<b>Pustule</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elevated, circumscribed</li> <li>Usually &lt;1 cm in diameter</li> <li>From its onset, filled with purulent fluid</li> </ul>		 Folliculitis	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Follicularly centered</i></li> <li>Folliculitis</li> <li>Acne vulgaris</li> <li><i>Non-follicularly centered</i></li> <li>Pustular psoriasis</li> <li>Acute generalized exanthematous pustulosis</li> <li>Subcorneal pustular dermatosis</li> </ul>

# Lésions cutanées secondaires

SECONDARY FEATURES – MORPHOLOGICAL TERMS			
Feature	Description		Disorders
<b>Crust</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dried serum, blood or pus on the surface of the skin</li> <li>May include bacteria (usually <i>Staphylococcus</i>)</li> </ul>	 <p>Secondarily infected hand dermatitis</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eczema/dermatitis (multiple types)</li> <li>Impetigo</li> <li>Later phase of herpes simplex, varicella or zoster</li> <li>Erythema multiforme</li> </ul>
<b>Scale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hyperkeratosis</li> <li>Accumulation of stratum corneum due to increased proliferation and/or delayed desquamation</li> </ul>	 <p>Psoriasis</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Psoriasis (silvery [micaceous] scale)</li> <li>Tinea (leading scale)</li> <li>Erythema annulare centrifugum (trailing scale)</li> <li>Pityriasis (tinea) versicolor (powdery [furfuraceous] scale)</li> <li>Actinic keratoses (gritty scale)</li> <li>Pityriasis rosea (peripheral collarette of scale and central scale)</li> </ul>
<b>Fissure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Linear cleft in skin</li> <li>Often painful</li> <li>Results from marked drying, skin thickening, and loss of elasticity</li> </ul>	 <p>Hand dermatitis</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Angular cheilitis</li> <li>Hand dermatitis</li> <li>Sebopsoriasis (intergluteal fold)</li> <li>Irritant cheilitis</li> </ul>
<b>Excoriation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exogenous injury to all or part of the epidermis (epithelium)</li> <li>May be linear or punctate</li> </ul>	 <p>Neurotic excoriations</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A secondary feature of pruritic conditions, including arthropod bites and atopic dermatitis</li> <li>Neurotic excoriations</li> <li>Acne excoriée</li> </ul>
<b>Erosion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partial loss of the epidermis (epithelium)</li> </ul>	 <p>Pemphigus foliaceus</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Impetigo</li> <li>Friction</li> <li>Trauma</li> <li>Pemphigus, vulgaris and foliaceus</li> </ul>

# Lésions cutanées secondaires

<p><b>Ulcer</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Full-thickness loss of the epidermis (epithelium)</li> <li>• May have loss of the dermis or even subcutis</li> <li>• The size, shape and depth should be described as well as the characteristics of the border, base and surrounding tissue</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stasis ulcer</li> <li>• Pyoderma gangrenosum</li> <li>• Ecthyma</li> <li>• Neuropathic ulcer</li> </ul>
<p><b>Infarct</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ischemia of tissue</li> <li>• Color can vary from gray–white to purple to black</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Can be due to vascular compromise (e.g. atherosclerosis, calciphylaxis), thrombosis, vasculitis, emboli (infectious or non-infectious), or vasospasm (see <a href="#">Table 0.5</a>)</li> </ul>
<p><b>Atrophy</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epidermal atrophy – thinning of the epidermis, leading to wrinkling and a shiny appearance</li> <li>• Dermal atrophy – loss of dermal collagen and/or elastin, leading to a depression (see <a href="#">Table 0.3</a>)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lichen sclerosus</li> <li>• Poikiloderma</li> <li>• Striae</li> <li>• Anetoderma</li> <li>• Focal dermal hypoplasia (Goltz syndrome)</li> </ul>
<p><b>Lichenification</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accentuation of natural skin lines, reflecting thickening (acanthosis) of the epidermis</li> <li>• Often due to rubbing</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lichen simplex chronicus, isolated or superimposed on a pruritic condition, e.g. atopic dermatitis</li> </ul>

## 2. Démarche et approche

Histoire

Identification de la lésion primaire et des lésions secondaires et spéciales

Distribution des lésions

Forme et disposition des lésions

Topographie, distribution et étendue

Environnement du patient

Antécédents familiaux

# Particularités reliées à la dermatologie

## Pratique en pharmacie communautaire

Pharmacien = souvent consulté en première ligne

Dans certains cas, le seul professionnel de la santé consulté

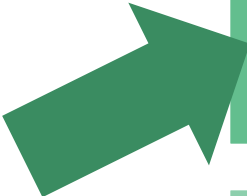
Connaissances et réflexes à développer:

- Quand diriger vers un médecin ou IPS?
- Quand et quoi recommander (MVL)
- Nature du véhicule à employer
- Informations à transmettre au patient
- Particularités et dépistage

Composante psychologique importante en dermatologie (PHQ-9)

Accès difficile et limité des dermatologues

# Certaines activités professionnelles du pharmacien



**Évaluer la  
condition physique  
ou mentale d'une  
personne**

Prescrire des tests  
pour surveiller la  
thérapie  
médicamenteuse

Amorcer ou modifier  
une thérapie  
médicamenteuse

Prolonger une  
ordonnance

Substituer un  
médicament

Administrer un  
médicament

# Évaluer la condition physique ou mentale d'une personne

Cueillette de renseignements

Types de lésions (Sémiologie dermatologique)

Évaluation de la condition mentale (PHQ-9, Échelle d'Hamilton, etc.)

## 2.2 Sémiologie dermatologique

### Difficultés:

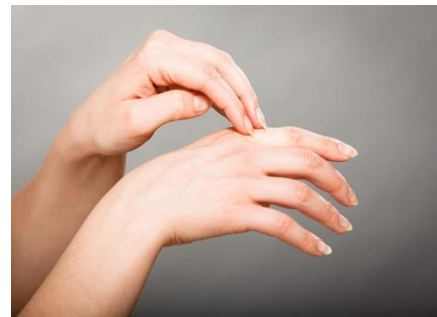
- Même pathologie peut prendre plusieurs formes et apparences.
- Maladies cutanées sont dynamiques et peuvent évoluer en changeant de morphologie

Tableau I. – Classification descriptive des lésions élémentaires dermatologiques.

I.	Lésion visible, mais non palpable : la macule
II.	Lésion palpable <i>Lésion à contenu solide</i> <ul style="list-style-type: none"><li>– papule et plaque</li><li>– nodule<ul style="list-style-type: none"><li>• nouure</li><li>• gomme</li></ul></li><li>– végétation</li></ul> <i>Lésion à contenu liquide</i> <ul style="list-style-type: none"><li>– vésicule, bulle</li><li>– pustule</li></ul>
III.	Altération de la surface <ul style="list-style-type: none"><li>– érosion, fissure, ulcération</li><li>– squames</li><li>– kératose, corne</li><li>– croûte</li><li>– gangrène, nécrose</li><li>– atrophie</li></ul>
IV.	Modification de la consistance de la peau <ul style="list-style-type: none"><li>– sclérose</li><li>– atrophie</li><li>– œdème</li></ul>
V.	Lésions intriquées : toutes associations de 2 ou plusieurs des signes précédents

# Symptômes subjectifs

- Prurit
- Douleurs
- Sensation de chaleur ou de froid
- Diminution ou augmentation de la sensibilité



# 3. Cueillette de renseignements

Âge, état de santé, symptômes systémiques associés

Taille et poids

Prise de médicaments (Rx, MVL, PSN)

Facteurs déclencheurs

Êtes-vous allé à l'étranger récemment? Si oui, à quel endroit?

Apparence des lésions

Vaccination

Aspect initial

Évolution et aspect actuel des lésions

Localisation des lésions

Symptômes subjectifs : prurit, douleur, sensibilité, sensation de brûlure

# Cueillette de renseignements



Contact infectieux



Maladie endocrinienne (thyroïde, diabète)



Contexte psychosocial (type d'emploi, milieu de vie, stresseurs du quotidien)



Tabac (paquets-années, nb de cigarette/jour, exposition à la fumée secondaire)



Alcool, drogues



Activité physique



Alimentation



Sommeil (prurit réveille la nuit- gale, lichen plan)

## 3.1 Collecte de renseignements en dermatologie en pharmacie – éléments pertinents

Âge, genre, emploi, passe-temps particuliers

Jeune femme :  
enceinte,  
allaitement, plans  
de grossesse

ATCD personnels  
et familiaux (triade  
atopique, psoriasis)

Allergie (délai,  
exposition).

Drogues (cocaïne,  
lévamisole),  
Alcool/tabac (HS,  
psoriasis)

Médicaments

Voyages, contact  
infectieux (verrues,  
mycoses, gales).

ITSS (syphilis,  
gonorrhée, VIH).

RDS Sx  
systémique,  
atteinte des  
muqueuses.

# La collecte de renseignements en pharmacie

## Emplois à risque de dermite de contact

- Cimentiers, plâtriers, maçons: chrome
- Boulangers : farine
- Blanchisseurs, ménagères, domestiques : chrome, nickel, cires, caoutchouc
- Peintres
- Coiffeurs
- Ébénistes : bois, vernis, colles, laques

## 3.2 Prescrire des tests pour surveiller une thérapie médicamenteuse

Quelques tests souvent demandés en dermatologie par le pharmacien

- Fonction rénale
- Bilan hépatique
- TSH
- CPR
- Vitamine D, Vitamine C, PTH, Mg<sup>2+</sup>
- FSC
- Électrolytes (Na<sup>+</sup>, Ca<sup>++</sup>, Mg<sup>2+</sup>, K<sup>+</sup>)
- Bilan lipidique
- ECG

# Quelques laboratoires et tests à consulter

Laboratoires et tests	Exemples
Microbiologie	<ul style="list-style-type: none"><li>• Culture bactérienne</li><li>• Antibiogramme</li><li>• P.C.R. (« Polymerase chain reaction ») : (v.g.: ITSS: Syphilis, gonorrhée, chlamydia, herpès zoster, herpès simplex)</li><li>• Prélèvements : dermatophytes, levures</li></ul>
Rapports histopathologiques	À la suite de biopsie cutanée
Formule sanguine complète (F.S.C.)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Neutropénie: infection, inflammation sévère (psoriasis pustuleux généralisé)</li><li>• Éosophilie (dermatite atopique, gale, maladies bulleuses, lymphome)</li><li>• Lymphocytose : associée à certaines infections virales, infections bactériennes (TB, syphilis)</li><li>• Bilan martial (anémie)</li></ul>
Électrolytes	
Tests d'allergie, épicutanés	
Imagerie médicale	
Fonction rénale, hépatique	
Glycémie, HBA <sub>1</sub> C, TSH	
Vitamines B <sub>12</sub> , C, D et PTH	

# 4. Consultation médicale requis

## Types de lésions

- Pétéchies, kystes, atrophie
- Nodules, abcès, ulcères
- Purpura

## Dimension des lésions

## Distribution des lésions

- Yeux, paupières
- Bouche, organes génitaux, les ongles, muqueuse anale

Âge du patient (enfant moins de 2 ans, sauf dans les cas d'érythème fessier ou selon votre jugement professionnel)

## Présence de symptômes systémiques

## Durée des symptômes et de la manifestation cutanée

## Maladies associées

## Visite récente en pays étranger

# Consultation médicale immédiate



- Symptômes de varicelle présents avec fièvre chez des patients à risque de développer des complications (nourrissons, femmes enceintes, patients traités pour un cancer).
- Présence de fièvre avec plaque étendue chaude, rouge et douloureuse (signes d'une cellulite).
- Éruption associée à une fièvre élevée, détérioration de l'état général ou une réaction allergique avec difficultés respiratoires, nausées, vomissements et une éruption cutanée subite et étendue accompagnée de prurit intense.

# Consultation médicale immédiate



- Éruption cutanée sur les jambes (points rouges et/ou bleus) à des endroits inhabituels.
- Éruption cutanée avec fièvre accompagnée de maux de tête intenses, courbatures, douleurs musculaires et la nuque est raide et douloureuse lors des mouvements.
- Érythème sans fièvre accompagné d'une difficulté respiratoire.

# Consultation immédiate médicale



- Érythème qui se répand rapidement au visage accompagné d'un œdème de la langue, de la bouche ou de la peau.
- Érythème sans fièvre avec une douleur à l'œil avec une sensation de brûlure (possiblement un zona).
- Éruption sans fièvre qui persiste ou s'aggrave

# Consultation médicale immédiate



- Éruption avec ou sans fièvre à la suite d'une piqûre d'insecte avec des symptômes associés (difficulté respiratoire ou à avaler, accélération du rythme cardiaque, étourdissements ou perte de conscience, nausées, vomissements, pâleur soudaine, maux de tête intenses, éruptions généralisés).
- Érythème chez un patient qui revient d'un pays où la malaria est endémique et présente une fièvre importante accompagnée de douleurs musculaires et de fatigue.

# Consultation médicale immédiate



- Érythème associé à un œdème des jambes accompagné de difficulté respiratoire, de toux, de crachats de sang ou d'une douleur dans la poitrine.
- Érythème associé à un œdème à une jambe douloureuse avec présence de fièvre.
- Érythème chez un patient diabétique associé à un œdème des membres inférieurs accompagné de plaies purulentes.

# Consultation médicale dans 48h à 72h



- Érythème avec fièvre qui atteint une muqueuse (bouche, yeux, région génitale).
- Érythème avec fièvre qui persiste ou s'aggrave sans cause identifiable.
- Érythème associé à de la douleur ou d'un gonflement à une articulation.
- Érythème local suite à une piqûre d'insecte qui s'aggrave ou présente des signes d'infection.
- Érythème suite à une piqûre de tique.

# Prise en charge par le pharmacien, et consultation éventuelle si aggravation



- Érythème sans fièvre soulagé par la prise d'antihistaminiques ou par des compresses fraîches. (Érythème localisé qui ne touche pas les yeux, la bouche, la langue.)
- Érythème qui disparaît en quelques heures avec un bon état général.
- Érythème avec fièvre qui disparaît en quelques heures et l'état général reste bon. (Suivi plus étroit en pédiatrie si l'enfant devient maussade, refuse de manger même si absence de fièvre.)
- Contact avec une personne atteinte d'une maladie infectieuse sans que les symptômes ne se manifestent. Attendre l'apparition de symptômes avant de diriger vers md ou IPS.
- Érythème aux jambes avec enflure graduelle (en fin de journée).
- Érythème suite à une piqûre de puces, de punaises de lit, de poux.
- Érythème localisé avec prurit sans douleur ni fièvre suite à une piqûre d'insecte.

# Vignette clinique #1 Francine

Francine, 12 ans

Pustules périfolliculaires et prurit sur le  
thorax

Aucune allergie, aucun médicament

Spa avec des amies



# Folliculite à pseudomonas



Source : © Dermquest.com. Reproduction autorisée.

- Utilisateurs de Spa (aussi nageurs de piscine)
- *Pseudomonas aeruginosa*
- Prurit avec lésions maculopapuleuses rougeâtres douloureuses au toucher ou pustules périfolliculaires
- Éruptions accentuées dans les zones couvertes par le maillot de bain et épargne la plante des pieds et des mains.

# Folliculite à pseudomonas



Source : © Dermquest.com. Reproduction autorisée.

- **Guérit habituellement sans traitement en 2 semaines**
- Tx pour soulager les symptômes:
  - **Compresses d'acide acétique 5% 2 à 4 fois par jour**
- **Cas résistants :**
  - Ciprofloxacine 500 mg à 750 mg BID x 7 jours
  - À ne pas confondre avec folliculite bactérienne (« Bikini bottom ») chez les baigneurs qui portent leur maillot de bain trempé pendant de longue période (Staphylocoque ou streptocoque) : Tx : Céphalexine x 10 jours

## Vignette clinique #2

Pierre, 40 ans, présente depuis quarante-huit heures une rougeur évolutive à la jambe droite. Il participait à une compétition de crosscountry et est tombé sur des roches en traversant un ruisseau. Il a une petite abrasion de 0,5 cm de diamètre sur la diaphyse de la crête tibiale ainsi qu'une rougeur et un œdème de 4 cm environ. Son état général est bon. Il a reçu un rappel du vaccin contre la diphtérie et le tétanos il y a un an.

Quelle est votre conduite et le traitement optimal?



© Science Source. Reproduction autorisée.

# Cellulite non compliquée après une blessure cutanée en eau douce

- ***Aeromonas hydrophilia***
- Sensible aux fluoroquinolones, tétracyclines, aminoglycosides, carbopénèmes et aux céphalosporines de 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> générations
- Ciprofloxacine 500 mg BID
- Surélever la jambe

TABLEAU IV   AGENTS PATHOGÈNES DE LA CELLULITE EN CAS D'EXPOSITIONS PARTICULIÈRES <sup>4,5</sup>	
Types d'exposition	Organismes pathogènes soupçonnés
Traumatisme avec eau contaminée	
▶ Eau douce	→ <i>Aeromonas hydrophila</i> , <i>Pseudomonas</i>
▶ Eau de mer	→ <i>Vibrio vulnificus</i>
▶ Aquarium	→ <i>Mycobacterium marinum</i> (granulome des aquariums)
Bains thermaux, baignoire	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>

# Vignette clinique #3



Alexandre, 19 ans, se présente à la pharmacie. Depuis quelque temps, des lésions maculopapuleuses prurigineuses sont apparues sur son abdomen. Il est par ailleurs en bonne santé et ne fait pas de fièvre. Aucun contact infectieux n'est mis en évidence.

Alexandre est instructeur de voile dans un camp de vacances sur le Lac Saint-Pierre. Alexandre vient vous consulter car il désire un traitement pour soulager le prurit et éliminer ses lésions.

# Dermatite du baigneur

## Signes et symptômes

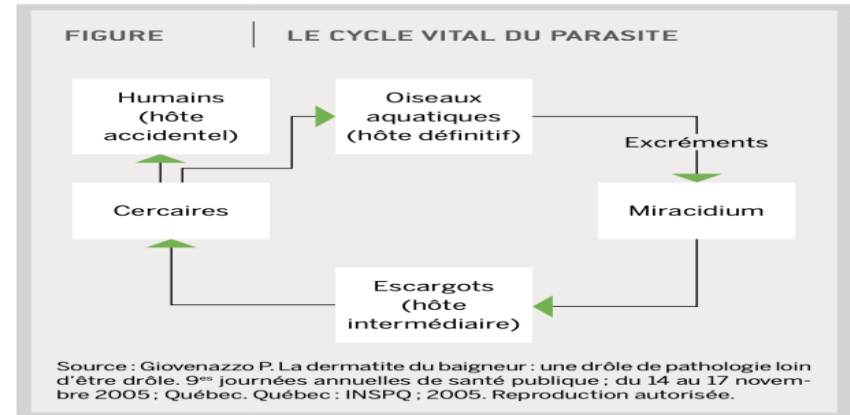
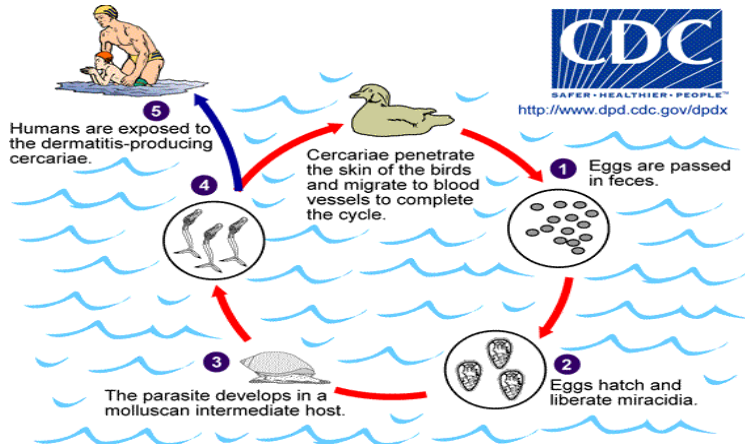
- **Plaques rouges**
- Touchent les parties non couvertes du corps qui ont été en contact avec l'eau
- Les plaques rouges se gonflent pour ressembler à des piqûres d'insectes qui peuvent atteindre la taille d'un dix sous dans les heures suivantes
- Taille maximale atteinte après 24 heures
- Des démangeaisons plus intenses apparaissent ensuite et peuvent durer jusqu'à 2 semaines
- Elles se résorbent toutefois généralement en **une ou deux semaines**
- Elles peuvent laisser des taches qui ressemblent à des ecchymoses



Les symptômes peuvent s'empirer si infections répétées, car on devient plus sensibles aux larves

# Dermatite du baigneur

- Présence de cercaires dans l'eau dépend d'oiseaux aquatiques porteurs du parasite
- Les excréments d'oiseau entraînent la contamination des escargots en bordure de la rive
- Certains cercaires sont libérés des escargots et retournent dans l'eau pour contaminer les oiseaux



# Dermatite du baigneur



- La dermatite du baigneur est causées par des larves qui sont présentes dans certains lacs infestés
- Ces petites larves portent le nom de « cercaires »
- Elles peuvent se coller à la peau durant la baignade
- Sous l'action du soleil, la peau s'assèche et les cercaires piquent votre peau pour y pénétrer
- Elles ne sont pas viables dans l'être humain
- Elles meurent dès leur pénétration
- Elles ne causent pas d'infestations
- Elles occasionnent une réaction dermatologique locale
- La dermatite du baigneur n'est pas contagieuse

# Dermatite du baigneur – mesures préventives

Éviter, si possible, les plages où des cas de dermatite du baigneur ont été rapportés

Réduire à quelques minutes le temps passé dans l'eau

En sortant de l'eau, assécher la peau en la frottant vigoureusement avec une serviette

- Il faut en effet éviter de laisser la peau sécher au soleil ou à l'air libre
- Si vous avez accès à une douche, **rincer votre peau dès la sortie de l'eau**
- Informez les autres baigneurs si vous êtes affectés par la dermatite
- Éviter de nourrir les oiseaux
- **Éviter de nager longtemps près des plages aux eaux peu profondes**
  - Le vent y concentre les parasites qui flottent sur l'eau
- Les enfants qui entrent et qui sortent régulièrement d'une zone peu profonde sont les plus susceptibles de contracter la dermatite du baigneur
- Appliquer un écran solaire hydrofuge avant la baignade peut aider à réduire le nombre de larves qui pénètrent sous la peau



# Dermatite du baigneur – cueillette de renseignements

7 dimensions	Questions à poser
Chronologie	Depuis quand les lésions sont présentes?
Localisation	Sur quelle (s) partie (s) du corps?
Qualité	Comment sont les lésions? Étendue? Couleur?
Quantité	Quelle proportion du corps est atteint?
Circonstances d'apparition	Baignade récente dans un lac?
Aggravation/ Atténuation	Y-a-t-il quelque chose qui atténue ou amplifie les lésions/ symptômes?
Symptômes associés	Avez-vous d'autres symptômes associés? Fièvre? Rash systémique? Rougeur? Enflure?

# Dermatite du baigneur – Traitement

## Auto-résolutive 3 à 7 jours

- Éviter de gratter les lésions pour prévenir les infections secondaires
- Compresses d'eau fraîche pour réduire les démangeaisons
- L'avoine colloïdale (Aveeno) ou le bicarbonate de soude (1/2 tasse dans un bain) peuvent être utilisés pour les démangeaisons de façon topique (crème, compresses) ou en ajout au bain
- Calamine
  - Effet astringent et réduit les démangeaisons
  - La calamine laisse un film rose sur la peau, il est important de nettoyer la lésion fréquemment pour surveiller la présence d'infection.
  - Attention peut assécher.
  - N'est pas une solution optimale.

# Dermatite du baigneur – Traitement

- Dermaburo™ → acétate aluminium et chlorure de benzéthonium sous forme de compresses ou de solution
  - Astringent, antiseptique et apaisant
  - Appliquer 2 à 4 fois par jour pendant 30 minutes
  - Alternative moins coûteuses :
    - . ¼ tasse vinaigre dans 500 ml d'eau
    - . 1 cuillère à thé de sel dans 2 tasses d'eau
- Corticothérapie locale de faible puissance peut réduire l'inflammation et la démangeaison locale
- Les antihistaminiques de 2<sup>ième</sup> génération peuvent également être recommandés
  - Cétirizine 10 mg q24h
- Dans certains cas sévères : prise orale de corticostéroïdes.

# Vignette Clinique #4



Une mère arrive à la pharmacie avec son garçon, Aris, de 8 ans qui se plaint d'une sensation de brûlure intense sous les 2 pieds, l'empêchant de marcher.

Lors de la cueillette de renseignements, vous notez qu'il a cette affection depuis 48 heures. Aris a eu une compétition de natation à la piscine de son quartier.

# Syndrome des pieds brûlants (“Hot foot syndrome”)

Apparition de multiples nodules sur la plante des pieds

Douleur et sensation de brûlure intense – empêchant de marcher.

Dû à une concentration élevée de *Pseudomonas* dans l'eau de la piscine.

**Évolution bénigne et guérit spontanément.**

# Vignette Clinique #5



Simon, 7 ans, a joué dans le bois, près du chalet. Le lendemain, il se plaint d'une vive démangeaison, et son avant-bras est couvert d'un érythème vésico-papulaire d'aspect linéaire.

L'érythème s'étend rapidement et dès l'heure du midi, l'autre avant-bras commence à être atteint.

Que faites-vous?

# Phyto-dermatose à l'herbe à puce



- “Toxicodendron radicans” – Urushiol
- Démangeaison vive
- Érythème linéaire, papules et pustules
- Présence de phytènes
- Zones touchées: contact avec la plante; autosensibilisation : atteinte plus diffuse
- Paumes des mains et plantes des pieds : habituellement pas touchées.
- Évolution : 1 à 2 semaines ad 6 semaines
- N'est pas contagieuse

# Phyto-dermatose à l'herbe à puce - Traitement

- Laver immédiatement (dans les 5 minutes) à l'eau froide
- Pas de savon
- Compresses d'eau froide, bicarbonate de sodium, acétate d'aluminium 3 à 4 fois par jour
- Bains à farine d'avoine
- Antihistaminiques oraux de 2<sup>ème</sup> generation
- **CAS SÉVÈRES ou RÉFRACTAIRES : prednisone orale  
1 mg/kg per os en dose décroissante lente sur 2 à 3 semaines**

# Vignette Clinique #6



Madame Imbeau a jardiné récemment lors d'une belle journée ensoleillée.

Après 2 jours, elle vient vous voir à la pharmacie car elle présente des lésions hyperpigmentées sur les jambes.

La plante qu'elle a manipulée comporte des fleurs blanches.

# Phytophotodermatite

- Affection cutanée inflammatoire aiguë
- Furocouramine : agent phototoxique
- Berge du caucase (*Heracleum mantegazzianum*)
- Aucune réaction allergique
- Éruption vésiculo-bulleuse douloureuse : 24 à 48 heures
- Éruption aiguë qui se résout en quelques jours mais qui laissent des marques
- Hyperpigmentation : plusieurs jours à plusieurs mois.

# Phytophotodermatite

Se résout habituellement d'elle-même.

- Compresses humides
- Corticostéroïdes topiques
- Hydroquinone : hyperpigmentation
- Protection solaire

# Vignette clinique #7



Monsieur Turgeon est travailleur de la construction et est diabétique. Il se présente à la pharmacie suite à une piqûre d'insecte qu'il a eu il y a 2 jours. Il pense qu'il s'agit d'une araignée. Il présente une lésion de 4 cm de diamètre avec rougeur locale accompagnée d'une forte inflammation sur le bras droit. Il se plaint de douleur vive et après l'avoir questionné, il vous mentionne que le diamètre de sa lésion a doublé depuis hier.

# Évaluation clinique – conditions prédisposantes:

Trauma

Infections (tinea pedis, impétigo, gales)

Ulcère

Immunosupprimé

Diabète, malnutrition

Intégrité de la barrière cutanée (dermite atopique)

Insuffisance veineuse

Chirurgie récente

Voyage récent

Contact animal/morsures

Passe-temps

# Évaluation clinique

- Facteurs de risque SARM
- Signes cardinaux d'inflammation (érythème, douleur, chaleur, gonflement)
- Mal délimité vs bien délimité
- Unilatéral vs bilatéral (très rare dans une cellulite)
- Fluctuant/purulent
- Progression/Évolution
- Présence de symptômes systémiques (fièvre, frissons), hypotension, tachycardie.
- Atteinte de l'état général

# Érythème des membres inférieurs

Affections	Caractéristiques
Érysipèle	Variante superficielle de la cellulite (S. pyogenes)
Fasciite nécrosante	Nécrose rapidement et progressive du tissu adipeux sous-cutané et du fascia. Érythème, chaleur, œdème et douleur exquise hors de proportion avec fièvre et atteinte de l'état général
Dermite de stase	Insuffisance veineuse chronique Érythème et squames bilatéraux (prurit)
Thrombophlébite profonde	Thrombose veineuse Érythème, douleur, chaleur et œdème unilatéral Plusieurs facteurs prédisposants (immobilisation, chirurgie, cancer)
Dermite de contact	Œdème souvent prurigineux, non douloureux et afebrile. Présence de bulles. Zone atteinte très bien délimitée et correspond à l'endroit où il y a eu contact.

# Vignette Clinique #8

Antoine, 17 ans, s'est fait piquer sur les jambes par des moustiques lors d'une randonnée pédestre dans les Hautes Laurentides.

Il se présente à la pharmacie et vous indique que les piqûres ont été faites il y a 24 heures mais que la zone autour des piqûres est devenue enflée et rouge.

Que faites-vous?



# Les différents types de réactions aux piqûres d'insectes

TABLEAU III | LES DIFFÉRENTS TYPES DE RÉACTIONS AUX PIQÛRES D'INSECTES<sup>1-7</sup>

Type de réactions	Délai d'apparition	Caractéristiques cliniques	Évolution et particularités
Locale	Immédiat	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Prurit</li> <li>▶ Douleur</li> <li>▶ Œdème</li> <li>▶ Érythème</li> <li>▶ Étendue (de 1 cm à 5 cm)</li> <li>▶ Induration locale</li> <li>▶ Pseudopustule (stérile)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Piqûre d'hyménoptère : pic dans les minutes ou les heures qui suivent, résolution en 1 ou 2 jours</li> <li>▶ Piqûre de moustique : pic d'érythème après 20 minutes, induration et pic de prurit entre 24 et 36 heures, résolution entre 7 et 10 jours</li> </ul>
Locale étendue (histoire classique de l'enfant qui se fait mordre au crépuscule, qui se couche et se réveille au matin avec une réaction étendue)	Dans les heures suivant le contact (moyenne de 8 à 12 heures) (10 % des piqûres d'hyménoptères)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Douleur</li> <li>▶ Prurit</li> <li>▶ Œdème</li> <li>▶ Érythème</li> <li>▶ Induration</li> <li>▶ Possibilité d'ecchymoses, de vésicules et de bulles</li> <li>▶ Taille moyenne de 10 cm à 15 cm, peut toutefois s'étendre à toute une extrémité</li> <li>▶ Possibilité d'une atteinte de l'état général, d'une lymphangite, de nausées et d'une fièvre légère</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ La progression peut se poursuivre de 24 à 48 heures après la piqûre</li> <li>▶ Résolution lente en de 3 à 10 jours</li> <li>▶ Survenue favorisée en cas d'immunodéficience</li> <li>▶ Dans le syndrome de Skeeter (réaction locale étendue aux moustiques) : réaction d'hypersensibilité à médiation par les IgE, se reproduisant donc souvent lors des contacts ultérieurs, une désensibilisation naturelle survient après quelques années</li> </ul>
Cellulite	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Plusieurs jours après la piqûre ou la morsure (plus de 24 à 48 heures) et se détériore rapidement entre le 3<sup>e</sup> et le 5<sup>e</sup> jour</li> <li>▶ Souvent liée aux lésions de grattage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Douleur</li> <li>▶ Érythème</li> <li>▶ Œdème</li> <li>▶ Chaleur</li> <li>▶ Possibilité de lymphangite, d'une atteinte de l'état général, de fièvre et de myalgies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Évolution qui se poursuit en l'absence d'antibiothérapie</li> <li>▶ Plus fréquent en cas immunodéficience</li> </ul>

# Piqûres d'insectes - traitement

- Retirer le dard le plus rapidement possible
- Nettoyer la plaie de la piqûre
- Application de compresses d'eau froide
- Corticostéroïdes topiques : mométasone BID x 5 à 10 jours
- Antihistaminique oral de 2<sup>ième</sup> génération
- Pramoxine topique
- Éviter les anesthésiques locaux et antihistaminiques topiques
- Surveiller les signes d'infections : chaud, rouge, enflée et douleur

# Vignette Clinique #9



Source : © DermQuest. Reproduction autorisée.

Le lendemain d'une visite au Zoo de Granby avec sa petite fille, Christiane, 70 ans présente des lésions prurigineuses au cou et au thorax.

Elle est en bonne santé et prend seulement du calcium et de la vitamine D.

Elle vient de terminer un traitement antibiotique pour une infection urinaire, médicament qu'elle avait bien toléré auparavant.

# Phototoxicité ou photoallergie

TABLEAU III | PHOTOTOXICITÉ OU PHOTOALLERGIE<sup>2,3,6,7</sup>

	Phototoxicité	Photoallergie
Incidence relative	Élevée	Faible
Physiopathologie	Atteinte cutanée directe (non immunologique)	Réaction d'hypersensibilité retardée de type IV (immunologique)
Apparence clinique	Réaction de type « coup de soleil exagéré »	Lésions eczémateuses, desquamation, croûte, papules, vésicules, souvent prurigineuses
Distribution	Lésions sur les zones exposées seulement	Lésions touchant généralement les zones exposées, mais qui peuvent être plus étendues
Temps d'apparition après l'exposition	Quelques minutes à quelques heures	24 h – 72 h
Sensibilisation spécifique préalable	Non	Oui
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Clinique</li><li>▶ Test épicutané</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Clinique</li><li>▶ Test épicutané</li><li>▶ Photoépidermotest</li></ul>

# Photoallergie

- Arrêt de l'agent causal
- Dans certains cas, les lésions peuvent persister des mois, voire des années, malgré l'arrêt et même évoluer en dermatite actinique chronique.

# Vignette clinique #9

Patiente âgée de 88 ans avec des lésions purpuriques au niveau des jambes, asthénie, lésions hémorragiques des gencives avec douleurs arthrosiques.



## Cas 9

Une dame de 56 ans vient à la pharmacie car elle pense faire un épisode de Zona au bras droit.

Vous consultez son dossier et vous remarquez qu'elle est à son 3<sup>ème</sup> épisode.

Que faites-vous?



# Perles cliniques VZV et HSV

- Un « zona multirécidivant est un herpès jusqu'à preuve du contraire.
- En cas de doute, diriger vers un médecin ou IPS pour un PCR (dx différentiel)
- Lèvres et OGE : sites fréquents d'herpès.
- Toute surface corporelle peut être infectée.
- Si un doute persiste, on préconise le traitement avec une posologie de ZONA.

VZV: Virus varicelle-zona ; HSV: Herpès Simplex Virus

# Vignette clinique #10



M. Trépanier, 80 ans, présente un **prurit** depuis deux mois. Il souffre de démence légère et d'hypertension artérielle. Il n'a pas changé ses médicaments ni ses habitudes. À l'évaluation clinique, vous remarquez des plaques eczémateuses excoriées sur ses membres et quelques vésicules sur son tronc.

## Vignette clinique #11

M. Paré, 40 ans, présente des papules et des vésicules très prurigineuses excoriées aux coudes, aux genoux et aux fesses. Son dermatologue soupçonne une **dermatite herpétiforme**.

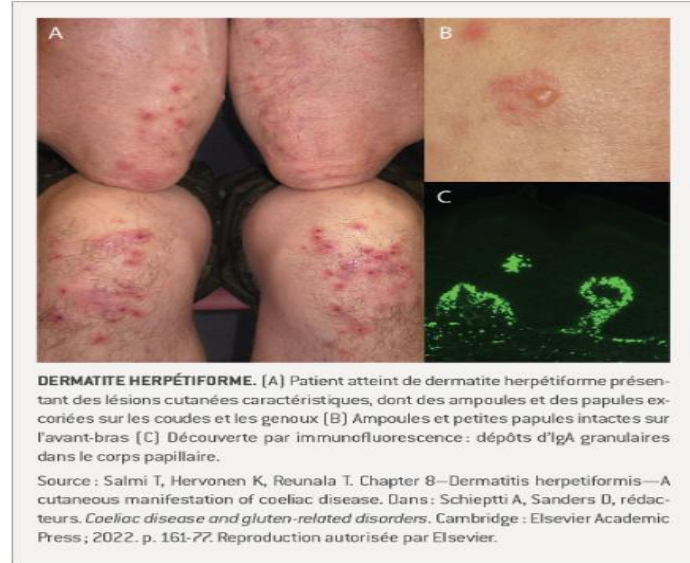
Quel sont les éléments pertinents à considérer dans votre cueillette de renseignements?



# Intolérance au gluten

## Dermatite herpétiforme et maladie coeliaque

- 5 à 10 % chez les patients atteints de maladie coeliaque
- Dx.: Biopsies cutanées des lésions (dépôts d'IgA dans les papilles dermiques)
- Symptômes digestifs légers ou absents
- Carences nutritionnelles
- Tx: Dapsone x 2 à 3 ans
- Régime sans gluten



# Vignette clinique #12

Quelle est votre  
démarche?



## Vignette clinique #12 : Charles

Charles, 38 ans, vient vous consulter pour une éruption cutanée apparue il y a trois jours. Il vous montre ses lésions au niveau de la paume des mains. C'est une éruption papulosquameuse.

Vous le questionnez et il vous mentionne qu'il a aussi les mêmes lésions au niveau de la plante des pieds.

Il présente :

- Une atteinte de l'état général, des myalgies, un mal de gorge, une fièvre à 38.5 et des adénopathies diffuses.

Il ne prend pas de médicament et n'a jamais eu de problème cutané par le passé.

Qu'est-ce que ces 3 patients ont en commun?



# Messages-clés

- Lors de l'évaluation de l'état physique, il est important d'avoir une démarche rigoureuse et de faire une collecte de renseignements complète.
- Il est important de considérer le contexte clinique et d'éviter de faire des associations rapides (symptômes – traitements).
- Ne pas oublier l'évaluation de l'état de la condition mentale du patient.

# N'oubliez jamais Nous traitons des êtres humains Priorité : Soins aux patients



## Quelques sites pertinents et utiles



- Mélanome : Cancer Care Ontario

[https://www.cancercareontario.ca/en/search?nav-search=melanoma&sort\\_by=field\\_universal\\_date&f\[0\]=field\\_type\\_of\\_contents:1406](https://www.cancercareontario.ca/en/search?nav-search=melanoma&sort_by=field_universal_date&f[0]=field_type_of_contents:1406)

- Guides cliniques de l'American Academy of Dermatology

<https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines>

- Dermanet

<https://dermnetnz.org/>

- Dermaweb

<https://www.dermaweb.com/fr>

# Références

1. <https://fr.dreamstime.com/types-l%C3%A9sions-cutan%C3%A9es-dermatologie-primaires-secondaires-l%C3%A9sion-cutan%C3%A9e-kyste-fissure-macule-nodule-papule-polype-image242126997>
2. Fitzpatrick's Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology, 9<sup>e</sup> 2023. Arturo P. Saavedra, Ellen K. Roh, Anar Mikailov
3. Guide d'exercice : Les activités professionnelles du pharmacien (OPQ- 2020)  
[https://www.opq.org/wp-content/uploads/2020/12/Guide\\_exercice\\_nouv\\_act\\_16dec2020.pdf](https://www.opq.org/wp-content/uploads/2020/12/Guide_exercice_nouv_act_16dec2020.pdf)
4. Audet N. Votre guide Santé-Info, Comment réagir aux symptômes et traumatismes, Chapitre 2, peau ; Guy St-Jean éditeur ; 2012 ; 36-68.

# Références

5. Kaya G., Piguet V., Démarche diagnostique en dermatologie: à partir de cas cliniques. Rev Med Suisse 2007; 3: 1094-9
6. Pathak GN., Chandy RJ., Shah R., Feldman SR., The Pharmacist's role in dermatology : Patient medication adherence. J Dermatol. 2023; 50: 1099-1107.
7. Vera C. Iglesias-Girard L. Quand la peau fournit une bulle d'informations. Le médecin du Québec, 2019: 54-23-28.
8. Godet P., Au-delà de la maladie coeliaque. Le médecin du Québec; 2022: 58: 33-38.
9. Bernatchez M., Richard CA., Le soleil veut-il notre peau?. Le médecin du Québec. 2024; 33-37.
10. Proulx N., Gauthier M. Les piqûres d'insectes. Huit questions qui vous démangent. Le médecin du Québec : 2015: 33-37.
11. Gauthier J. Dostie C. Quand la baignade rend malade. Le médecin du Québec: 2015; 39-43.