

Mélanome un message



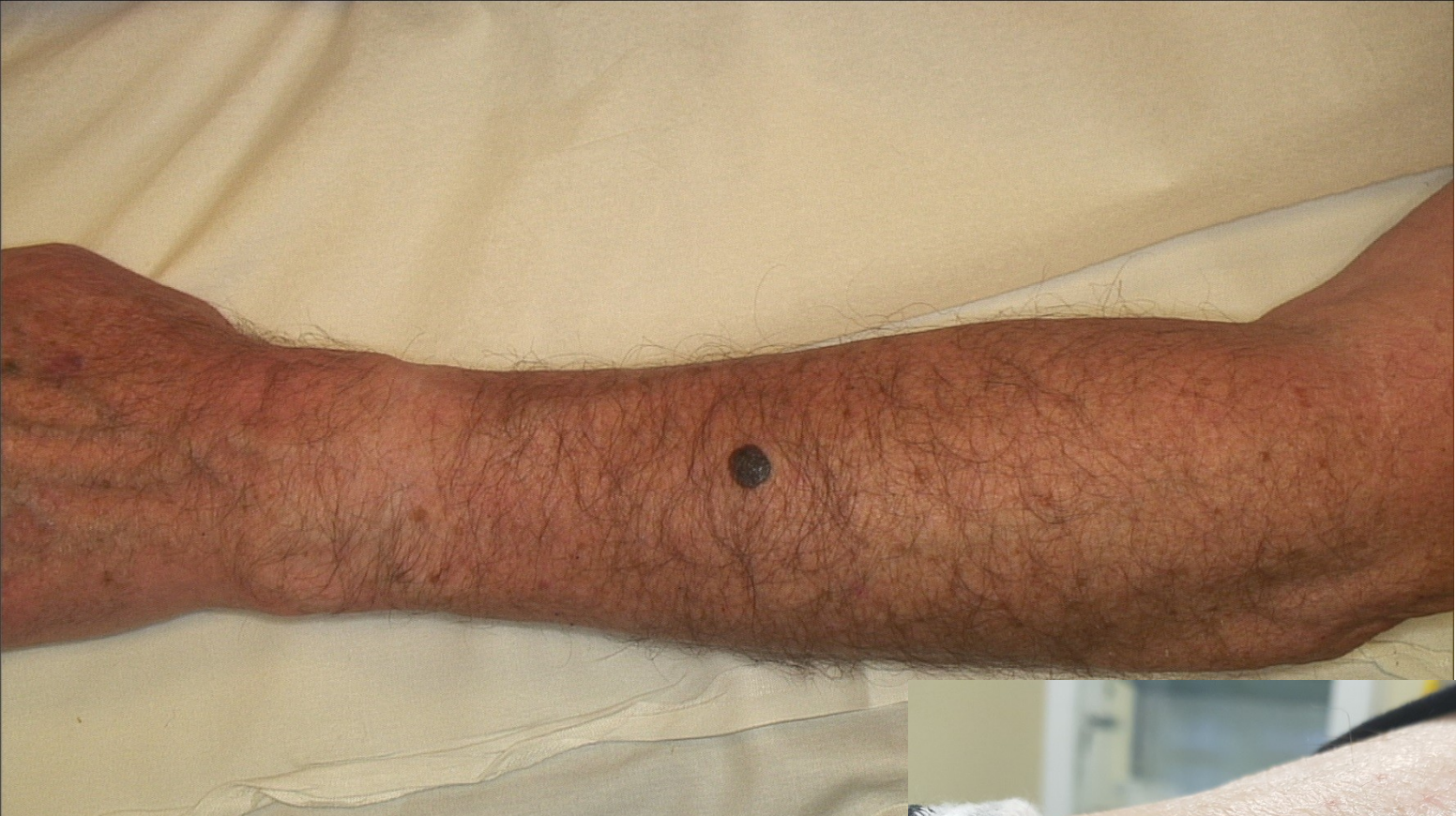
Penser a regarder les zones
non vues par patients













Les verrues



- **Virus PVH**
- **Enfants, ID°**
- **décapage +Azote liquide , laser, traitements locaux (kerafilm, duofilm), homéopathie...**

Evolution naturelle

- Guérison!!!!
- À 2 ans : 65 %
- A 2 mois de 42%
- à 6 mois de 53%
- Environ 10% des verrues sont dites rebelles, c'est-à-dire qu'elle persistent après deux ans.

Généralités

- Touche les individus de tout âge, + fréquentes chez les enfants et les jeunes adultes
- incidence 10%
- plus fréquentes sur certains terrains particuliers :
 - patients greffés
 - atopique
- mode de contamination : avant tout interhumain, à partir d'un microtraumatisme cutané.
- possibilité d'une contamination dans des lieux particuliers comme les piscines et les salles de sports est discutée
- Certaines professions sont plus exposées, notamment les bouchers et les poissonniers.

Moyens thérapeutiques

- diversité des traitements qui ont été utilisés pour éradiquer les verrues représente à elle seule un constat d'échec!

Moyens thérapeutiques

- Cryothérapie :
 - Au cryojet ou bâtonnet
 - Après décapage de l'hyperkératose
 - Méthode simple rapide mais douloureuse
 - Efficacité non garantie

Moyens thérapeutiques

- Kératolytique :
 - Vaseline salycilée 10 à 100 %
 - application est quotidienne, après décapage avec une lime à ongle à usage unique
 - au mieux sous occlusion
 - peau ou les structures, comme l'ongle, périphériques à la verrue sont protégées avec un vernis à ongle ou un vernis proposé à cet effet (Verlim3®, vernis incolore Cochon®).
 - poursuivi jusqu'à disparition complète la verrue : en moyenne quatre à huit semaines
 - traitement est indolore, mais sa durée est parfois décourageante.

Moyens thérapeutiques

- formes commercialisées :
pommade M.O.Cochon®
(50%)
- systèmes de délivrances
transdermiques
(Transversid®)
- Vernis : duofilm, kerofilm



Moyens thérapeutiques

- Destruction chimique :
 - crayon de nitrate d'argent, la cantharidine, la trétinoïne topique, l'acide trichloracétique, l'acide formique...



Traitement unique qui dessèche efficacement les verrues des mains, des pieds, des coudes et des genoux de l'enfant et de l'adulte. Une solution simple pour éliminer soi-même les verrues.

Plonger et éliminer l'excès. Appuyer légèrement contre la verrue pendant une seconde, répéter 1 ou 2 fois. Eviter de toucher la peau qui entoure la verrue.

- Appliquer Objectif ZeroVerrue une fois par semaine
- Requiert en général 5 à 15 applications
- Quantité suffisante pour environ 30 applications sur 1 à 5 verrues
- Peut être utilisé pour traiter plusieurs verrues
- Demander conseil à votre médecin généraliste ou à votre pédiatre avant de traiter des enfants de moins de quatre ans
- Ne pas recouvrir la verrue traitée, par exemple avec un pansement

Lire attentivement la notice avant utilisation

A SCANNER POUR VOIR COMMENT UTILISER OBJECTIF ZEROVERVUE

Abbex AB, Pipers väg 2A, SE-170 73 Solna, Suède
Distributeur en France : Meda Pharma, 25 bd de l'Amiral Bruix 75016 Paris
www.objectifzervervue.fr



Moyens thérapeutiques

- DESTRUCTION CHIRURGICALE OU PAR LASER
 - Sous anesthésie locale à la Xylocaïne® qui est très douloureuse au niveau des mains et des pieds voir générale
 - douleur au décours du geste
 - délai de cicatrisation post
 - taux important de récives.
- Répétons qu'il s'agit de traiter des lésions bénignes qui régresseront spontanément pour la grande majorité d'entres elles : « ne pas nuire plus que la verrue »

Autres

- Homéopathie
 - Verrulia 1 matin et soir pendant 1 mois
- Les remèdes de grand-mère
 - Pomme de terre
 - Bic bleu
 - Parler à sa verrue
 - Magnétiseur
 - ...

Stratégie thérapeutique

- bénignité des verrues et leur régression spontan e attendue dans la grande majorité des cas doivent être rappel es aux patients, souvent très avide de thérapeutique rapide, et entrent dans la discussion thérapeutique : On peut en effet choisir l'abstention

Stratégie thérapeutique

- verrues des zones cornées : préparations kératolytiques fortes, azote liquide, abstention
- verrues vulgaires des mains ou des pieds : abstention, azote liquide, kératolytiques,
- verrues planes du visage : abstention, simple givrage avec l'azote liquide ;
- verrues péri-unguéales : abstention, kératolytiques,
- verrues anciennes avec troubles fonctionnels ou douleur : décapage simple, kératolytiques, laser CO₂

Molluscum Contagiosum

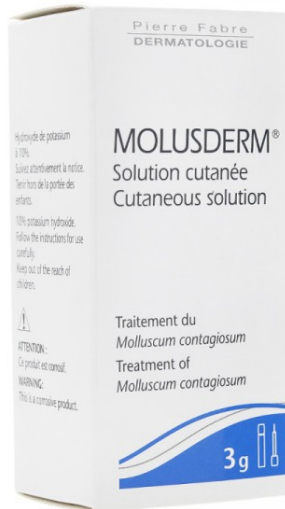


- Poxvirus, Enfants
- Contagiosité
- Evolution naturelle vers guérison spontanée



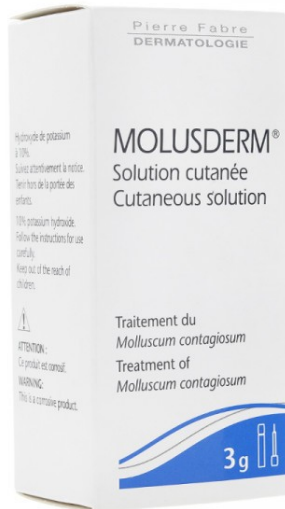
Moyens thérapeutiques

- Abstention
- Cryothérapie
- Curetage a la curette ou l'aiguille après anesthésie locale voir kalinox
- Hydroxyde de potassium



Moyens thérapeutiques

- Abstention
- Cryothérapie
- Curetage a la curette ou l'aiguille après anesthésie locale voir kalinox
- Hydroxyde de potassium



Erysipèle – diagnostic

Infection aigue du derme et de l'hypoderme

Streptocoque +++ bêta hémolytique du groupe A

« grosse jambe rouge aigue fébrile » +/- bulles
secondaires œdème

Adénopathie inguinale +/- lymphangite



Érysipèle du visage

Placard rouge, chaud, œdémateux, douloureux

Bouffurelet périphérique



Facteurs favorisants

- Porte d'entrée chronique
- Œdème chronique, lymphoedème
- Atcd personnel d'erysipèle
- Obésité

Porte d'entrée (50 à 70 %):

- intertrigo,
- Plaie chronique , ulcères
- Dermatoses preexistantes

Complications :

récidive (20 à 30%)

abcès

décompensation de tares

Septicémie, bactériémie (rare)



Signe de gravités :

Signes généraux de sepsis ou choc septique

Extension rapide des signes locaux en quelques heures

Douleur très intense, impotence fonctionnelle

Signes locaux : lividités, taches cyaniques, crépitations sous cutanés, hypo ou hyperesthésie, induration dépassant l'érythème, nécrose locale

Aggravation des signes locaux malgré antibiothérapie



Diagnostics différentiels

- Fasciite nécrosante = nécrose des tissus profonds
- extension rapide du placard (cyanotique et hypoesthésique), signes généraux marqués voire état de choc
- Si localisation périneale et sepsis : gangrene de fourmier
- Poussée inflammatoire d'insuffisance veineuse : Bilatérale et sans fièvre



SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes

Février 2019

Erysipèle – critères d'hospitalisation

- Hospitalisation initiale si traitement parentéral ou une surveillance clinique et paraclinique nécessaires :
 - signes de gravités locaux ou généraux
 - Risque de décompensation de comorbidités (diabète, immunodépression, éthylisme)
 - contexte sociale défavorable
 - Obésité morbide
- Hospitalisation secondaire en cas d'évolution défavorable après 48h d'antibiothérapie per os : persistance de la fièvre, extension des signes locaux, apparition de nécrose ou d'abcès, décompensation d'une comorbidité

Erysipèle – traitement

- Antibiotique
 - amoxicilline per os (3 à 6 g par jour en 3 prises quotidiennes) pour 7 jours
 - En cas d'allergie à la pénicilline, pristnamycine (3 g par jour en 3 prises) pour 7 jours
- Traiter la porte d'entrée (iio, dermatose préexistante...)
- Antalgiques : CONTRE INDICATION AINS
- Pas d'intérêt des prélèvements locaux même si ulcères !!



Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et complications infectieuses graves c. Boulay – CRPV Rouen

Motivée par de nouveaux signalements de complications infectieuses graves avec les AINS, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a confié, en juin 2018, aux CRPV de Tours et Marseille, une enquête nationale de pharmacovigilance en se focalisant sur les deux AINS indiqués dans la fièvre et les douleurs légères à modérées les plus utilisés : l'ibuprofène et le kétoprofène.

AINS : acide tiaprofénique, acide méfénamique, acide niflumique, alminoprofène, diclofénac, fénoprofène, flurbiprofène, ibuprofène, kétoprofène, morniflumate, naproxène.

L'enquête visait à déterminer si les complications infectieuses, et notamment les infections bactériennes de la peau et des tissus mous, pleuro-pulmonaires, neurologiques et ORL, étaient favorisées par la prise de l'AINS ou si elles traduisaient l'évolution de la pathologie infectieuse initiale.

Résultats de l'enquête

Sur l'ensemble des cas rapportés depuis 2000, 337 cas de complications infectieuses avec l'ibuprofène et 49 cas avec le kétoprofène ont été retenus après avoir pris en compte uniquement les cas les plus graves chez des enfants ou des adultes (souvent jeunes) sans facteur de risque ni comorbidité.

Il s'agit d'infections sévères de la peau et des tissus mous (dermohypodermes, fasciites nécrosantes,...), de sepsis, d'infections pleuro-pulmonaires (pneumonies compliquées d'abcès, de pleurésie), d'infections neurologiques (empyèmes, abcès cérébraux,...) ou ORL compliquées (cellulites, médiastinites,...), à l'origine d'hospitalisations, de séquelles voire de décès.

Ces complications infectieuses (essentiellement à Streptocoque ou à Pneumocoque) ont été observées après de très courtes durées de traitement (2 à 3 jours), y compris lorsque la prise d'AINS était associée à une antibiothérapie. Elles sont survenues alors que l'ibuprofène ou le kétoprofène étaient prescrits ou pris en automédication dans la fièvre mais également dans de nombreuses autres circonstances telles que des atteintes cutanées bénignes d'aspect inflammatoire (réaction locale, piqure d'insecte,...), des manifestations respiratoires (toux, infection pulmonaire,...) ou ORL (dysphagie, angine, otite,...).

Mécanismes

Les données expérimentales concourent à la genèse de 3 phénomènes suivants impliquant les AINS:

1- Une abolition des symptômes évocateurs de l'inflammation (fièvre, douleur, oedème)

- par les AINS, à l'origine d'un retard au diagnostic clinique d'infection et par conséquent la prise en charge thérapeutique adaptée, en particulier l'initiation d'une antibiothérapie dans les meilleurs délais

2- Les effets immunomodulateurs des AINS

- en altérant le recrutement des polynucléaires neutrophiles au site de l'infection, en perturbant leurs principales fonctions intrinsèques et en limitant la clairance bactérienne, ils favoriseraient l'extension locorégionale de l'infection, en particulier à *S. Pyogenes* en dépit de l'administration d'une antibiothérapie adaptée. De plus, en perturbant le switch COX-2-induit des médiateurs lipidiques, les AINS pourraient contribuer à la pérennisation du processus inflammatoire locorégional. En impactant le système endocannabinoïde (via la FAAH par les profens comme l'ibuprofène), ils contribueraient à l'aggravation de l'infection bactérienne.

3- Un effet direct des AINS (en particulier de l'ibuprofène)

- qui favorise l'extension de l'infection à streptocoques notamment en altérant la régénération musculaire, ce qui augmente l'expression de la vimentine, protéine agissant comme médiateur de l'adhésion des streptocoques, facilitant ainsi la prolifération bactérienne.





Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et complications infectieuses graves (suite) c. Boulay – CRPV Rouen

Conclusion

Les cas rapportés conjugués aux données pharmacoépidémiologiques sont en faveur du **rôle aggravant de l'ibuprofène (et probablement du kétoprofène) pris pour la fièvre ou la douleur dans certaines infections bactériennes débutantes cutanées ou pulmonaires**, si le germe en cause est un streptocoque pyogenes ou un pneumocoque, puisqu'il augmente le risque de complication bactérienne grave probablement en favorisant la croissance bactérienne et en diminuant l'efficacité de l'antibiothérapie.

L'ANSM a partagé ces résultats avec ses homologues européens afin qu'une analyse collective soit engagée et souhaite mettre en garde, dès à présent, les professionnels de santé, les patients et les parents sur ce risque de complications infectieuses graves susceptibles d'avoir des conséquences sérieuses pour la santé des patients.

L'enquête met également en évidence qu'il persiste une utilisation de ces AINS en cas de varicelle. L'ANSM rappelle que les AINS sont déjà connus comme pouvant être à l'origine de complications cutanées bactériennes graves (fasciite nécrosante) lorsqu'ils sont utilisés au cours de la varicelle et doivent être évités dans ce cas.

L'ANSM rappelle aux patients et aux professionnels de santé

- De privilégier l'utilisation du paracétamol en cas de douleur et/ou de fièvre, notamment dans un contexte d'infection courante comme une angine, une rhinopharyngite, une otite, une toux, une infection pulmonaire, une lésion cutanée ou la varicelle, en particulier en automédication.
- Les règles du bon usage des AINS en cas de douleur et/ou fièvre :
 - Prescrire et utiliser les AINS à la dose minimale efficace, pendant la durée la plus courte
 - Arrêter le traitement dès la disparition des symptômes
 - Éviter les AINS en cas de varicelle
 - Ne pas prolonger le traitement au-delà de 3 jours en cas de fièvre
 - Ne pas prolonger le traitement au-delà de 5 jours en cas de douleur
 - Ne pas prendre deux médicaments AINS en même temps



Les pastilles Streifen (flurbiprofène) passent sur liste II

Ces spécialités et leur générique bénéficiaient jusqu'alors d'une exonération à la réglementation des substances vénéneuses et appartiennent désormais à la liste II : elles ne peuvent donc plus figurer dans l'espace en libre accès des officines ni être délivrées sans ordonnance.

Infections bactériennes graves (de la peau et des tissus mous, pleuro-pulmonaires, neurologiques et ORL) rapportées avec l'ibuprofène ou le Kétoprofène dans le traitement symptomatique de la fièvre ou de douleur non rhumatologique - Rapport CRPV Tours- Marseille (18/04/2019)

Fièvre et douleur chez l'enfant atteint de varicelle : l'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens n'est pas recommandée (15/07/2014) Point d'Information

Rappel des règles de bon usage des AINS (21/08/2013) (21/08/2013)



Erysipèle – traitement

- Mettre à jour la VAT
- Prévention thrombose veineuse si FDR
(patient âgé, obésité, insuffisance veineuse, antécédents de maladie thrombo-embolique, grossesse, post-partum, contraception oestroprogestative, traitement hormonal substitutif, thrombophilie)
- Contention veineuse : prévention de l'œdème résiduel