



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2024

Thèse N° 197

**Les dermatoses chez les sujets âgés en milieu
hospitalier : Expérience du service de dermatologie du
CHU Mohammed VI**

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 21/06/2024

PAR

Mlle. OUADAA Mariam

Née Le 16/10/1996 à Khouribga

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Dermatose- sujet âgé- comorbidité

JURY

Mme. L. ESSAADOUNI
Professeur de Médecine interne

Mr. S. AMAL
Professeur de Dermatologie

Mr. M. ZYANI
Professeur de Médecine interne

Mme. O. HOCAR
Professeur de Dermatologie

Mme. M. ZAHLANE
Professeur de Médecine interne

PRESIDENT

RAPPORTEUR

JUGES



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

{ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ
الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ
وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ
لِي فِي ذُرِّيَّتِي إِنِّي تُبْتُ إِلَيْكَ
وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ }

سورة الأختاف

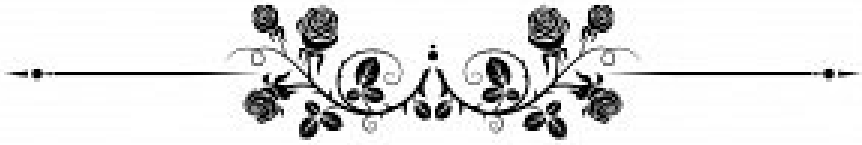


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ

الْحَكِيمُ

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ



Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948



LISTE DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyenne à la Recherche et la Coopératio

: Pr. Hanane RAISS

Vice doyenne aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Ghizlane DRAISS

Vice doyen chargé de la Pharmacie

: Pr. Said ZOUHAIR

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGU

LISTE NOMINATIVE DU PERSONNEL ENSEIGNANTS CHERCHEURS PERMANANT

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialité
01	BOUSKRAOUI Mohammed (Doyen)	P.E.S	Pédiatrie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
04	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
05	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
06	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
07	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
08	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
09	KISSANI Najib	P.E.S	Neurologie
10	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
11	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophtalmologie
12	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie

13	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne
14	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
15	MOUJAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie
16	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
17	ZOUHAIR Said	P.E.S	Microbiologie
18	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
19	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
20	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
21	BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
22	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
23	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
24	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
25	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
26	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
27	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
28	ABOULFALAH Abderrahim	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
29	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
30	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
31	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
32	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
33	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
34	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
35	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
36	AIT AMEUR Mustapha	P.E.S	Hématologie biologique
37	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique

38	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
39	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
40	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
41	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
42	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
43	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
44	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
45	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
46	EL HOUDZI Jamila	P.E.S	Pédiatrie
47	FOURAIJI Karima	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
48	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
49	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie-chimie
50	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
51	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
52	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
53	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie-virologie
54	KHOUCHANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
55	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
56	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
57	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
58	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
59	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
60	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
61	HAJJI Ibtissam	P.E.S	Ophtalmologie
62	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques

63	ABOU EL HASSAN Taoufik	P.E.S	Anesthésie-réanimation
64	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
65	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
66	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique
67	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
68	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
69	MADHAR Si Mohamed	P.E.S	Traumato-orthopédie
70	EL HAOURY Hanane	P.E.S	Traumato-orthopédie
71	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
72	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
73	LAKMICHY Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
74	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
75	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
76	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
77	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
78	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
79	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
80	GHOUNDALE Omar	P.E.S	Urologie
81	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
82	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
83	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
84	QAMOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
85	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
86	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophtalmologie
87	BOUCHENOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie

88	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
89	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
90	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
91	BELKHOU Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
92	ZAQUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
93	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
94	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
95	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
96	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
97	RADA Noureddine	P.E.S	Pédiatrie
98	BOURRAHOUEAT Aicha	P.E.S	Pédiatrie
99	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
100	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
101	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
102	TAZI Mohamed Illias	P.E.S	Hématologie clinique
103	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
104	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
105	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
106	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
107	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
108	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
109	BASSIR Ahlam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
110	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
111	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
112	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie

113	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
114	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
115	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
116	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
117	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
118	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
119	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale
120	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie
121	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
122	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
123	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
124	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
125	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
126	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
127	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
128	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
129	LAKOUICHMI Mohammed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
130	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
131	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
132	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embyologie cytogénétique
133	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
134	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
135	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
136	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie

137	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
138	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique
139	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie-embyologie cytogénétique
140	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie-virologie
141	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
142	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie
143	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
144	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie
145	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique
146	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale
147	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
148	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
149	BELHADJ Ayoub	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
150	BOUZERDA Abdelmajid	Pr Ag	Cardiologie
151	ARABI Hafid	Pr Ag	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
152	ARSALANE Adil	Pr Ag	Chirurgie thoracique
153	NADER Youssef	Pr Ag	Traumatologie-orthopédie
154	SEDDIKI Rachid	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
155	ABDELFETTAH Youness	Pr Ag	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
156	REBAHI Houssam	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
157	BENNAOUI Fatiha	Pr Ag	Pédiatrie
158	ZOUIZRA Zahira	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
159	SEBBANI Majda	Pr Ag	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)

160	ABDOU Abdessamad	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
161	HAMMOUNE Nabil	Pr Ag	Radiologie
162	ESSADI Ismail	Pr Ag	Oncologie médicale
163	MESSAOUDI Redouane	Pr Ag	Ophtalmologie
164	ALJALIL Abdelfattah	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
165	LAFFINTI Mahmoud Amine	Pr Ag	Psychiatrie
166	RHARRASSI Issam	Pr Ag	Anatomie-pathologique
167	ASSERRAJI Mohammed	Pr Ag	Néphrologie
168	JANAH Hicham	Pr Ag	Pneumo-phtisiologie

169	NASSIM SABAH Taoufik	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
170	ELBAZ Meriem	Pr Ag	Pédiatrie
171	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophtalmologie
172	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
173	GEBRATI Lhoucine	Pr Hab	Chimie
174	FDIL Naima	Pr Hab	Chimie de coordination bio-organique
175	LOQMAN Souad	Pr Hab	Microbiologie et toxicologie environnementale
176	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie
177	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
178	MILOUDI Mouhcine	Pr Ag	Microbiologie-virologie
179	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro-entérologie
180	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale
181	MAOUJOURD Omar	Pr Ag	Néphrologie
182	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d'urgence et de catastrophe
183	EL FILALI Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique

184	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
185	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
186	OUMERZOUK Jawad	Pr Ag	Neurologie
187	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
188	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
189	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
190	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
191	DAMI Abdallah	Pr Ag	Médecine Légale
192	AZIZ Zakaria	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
193	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
194	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
195	EL FAKIRI Karima	Pr Ag	Pédiatrie
196	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
197	LAHMINI Widad	Pr Ag	Pédiatrie
198	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
199	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
200	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie
201	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
202	SAYAGH Sanae	Pr Ag	Hématologie
203	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
204	CHAHBI Zakaria	Pr Ass	Maladies infectieuses
205	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ass	Anatomie
206	DARFAOUI Mouna	Pr Ass	Radiothérapie
207	EL-QADIRY Rabiyy	Pr Ass	Pédiatrie
208	ELJAMILI Mohammed	Pr Ass	Cardiologie

209	HAMRI Asma	Pr Ass	Chirurgie Générale
210	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ass	Parasitologie mycologie
211	ELATIQUI Oumkeltoum	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
212	BENZALIM Meriam	Pr Ass	Radiologie
213	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ass	Biochimie
214	LAMRANI HANCI Asmae	Pr Ass	Microbiologie-virologie
215	HAJHOUI Farouk	Pr Ass	Neurochirurgie
216	EL KHASSOUI Amine	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
217	MEFTAH Azzelarab	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
218	DOUIREK Fouzia	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
219	BELARBI Marouane	Pr Ass	Néphrologie
220	AMINE Abdellah	Pr Ass	Cardiologie
221	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ass	Cardiologie
222	WARDA Karima	Pr Ass	Microbiologie
223	EL AMIRI My Ahmed	Pr Ass	Chimie de Coordination bio-organique
224	ROUKHSI Redouane	Pr Ass	Radiologie
225	EL GAMRANI Younes	Pr Ass	Gastro-entérologie
226	ARROB Adil	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
227	SALLAHI Hicham	Pr Ass	Traumatologie-orthopédie
228	SBAAI Mohammed	Pr Ass	Parasitologie-mycologie
229	FASSI Fihri Mohamed jawad	Pr Ass	Chirurgie générale
230	BENCHAFAI Ilias	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
231	EL JADI Hamza	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
232	SLIOUI Badr	Pr Ass	Radiologie

233	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ass	Anatomie pathologique
234	YAHYAOUI Hicham	Pr Ass	Hématologie
235	ABALLA Najoua	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
236	MOUGUI Ahmed	Pr Ass	Rhumatologie
237	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ass	Anesthésie–réanimation
238	AABBASSI Bouchra	Pr Ass	Pédopsychiatrie
239	SBAI Asma	Pr Ass	Informatique
240	HAZIME Raja	Pr Ass	Immunologie
241	CHEGGOUR Mouna	Pr Ass	Biochimie
242	RHEZALI Manal	Pr Ass	Anesthésie–réanimation
243	ZOUITA Btissam	Pr Ass	Radiologie
244	MOULINE Souhail	Pr Ass	Microbiologie–virologie
245	AZIZI Mounia	Pr Ass	Néphrologie
246	BENYASS Youssef	Pr Ass	Traumato–orthopédie
247	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ass	Dermatologie
248	YANISSE Siham	Pr Ass	Pharmacie galénique
249	DOULHOUSNE Hassan	Pr Ass	Radiologie
250	KHALLIKANE Said	Pr Ass	Anesthésie–réanimation
251	BENAMEUR Yassir	Pr Ass	Médecine nucléaire
252	ZIRAQI Oualid	Pr Ass	Chimie thérapeutique
253	IDALENE Malika	Pr Ass	Maladies infectieuses
254	LACHHAB Zineb	Pr Ass	Pharmacognosie
255	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ass	Dermatologie
256	AHBALA Tariq	Pr Ass	Chirurgie générale
257	LALAOUI Abdessamad	Pr Ass	Pédiatrie

258	ESSAFTI Meryem	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
259	RACHIDI Hind	Pr Ass	Anatomie pathologique
260	FIKRI Oussama	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
261	EL HAMDAOUI Omar	Pr Ass	Toxicologie
262	EL HAJJAMI Ayoub	Pr Ass	Radiologie
263	BOUMEDIANE El Mehdi	Pr Ass	Traumato-orthopédie
264	RAFI Sana	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
265	JEBRANE Ilham	Pr Ass	Pharmacologie
266	LAKHDAR Youssef	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
267	LGHABI Majida	Pr Ass	Médecine du Travail
268	AIT LHAJ El Houssaine	Pr Ass	Ophtalmologie
269	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	Pr Ass	Chirurgie générale
270	EL MOUHAFID Faisal	Pr Ass	Chirurgie générale
271	AHMANNA Hussein-choukri	Pr Ass	Radiologie
272	AIT M'BAREK Yassine	Pr Ass	Neurochirurgie
273	ELMASRIOUI Joumana	Pr Ass	Physiologie
274	FOURA Salma	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
275	LASRI Najat	Pr Ass	Hématologie clinique
276	BOUKTIB Youssef	Pr Ass	Radiologie
277	MOUROUTH Hanane	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
278	BOUZID Fatima zahrae	Pr Ass	Génétique
279	MRHAR Soumia	Pr Ass	Pédiatrie
280	QUIDDI Wafa	Pr Ass	Hématologie
281	BEN HOUMICH Taoufik	Pr Ass	Microbiologie-virologie
282	FETOUI Imane	Pr Ass	Pédiatrie

283	FATH EL KHIR Yassine	Pr Ass	Traumato-orthopédie
284	NASSIRI Mohamed	Pr Ass	Traumato-orthopédie
285	AIT-DRISS Wiam	Pr Ass	Maladies infectieuses
286	AIT YAHYA Abdelkarim	Pr Ass	Cardiologie
287	DIANI Abdelwahed	Pr Ass	Radiologie
288	AIT BELAID Wafae	Pr Ass	Chirurgie générale
289	ZTATI Mohamed	Pr Ass	Cardiologie
290	HAMOUCHE Nabil	Pr Ass	Néphrologie
291	ELMARDOULI Mouhcine	Pr Ass	Chirurgie Cardio-vasculaire
292	BENNIS Lamiae	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
293	BENDAOUZ Layla	Pr Ass	Dermatologie
294	HABBAB Adil	Pr Ass	Chirurgie générale
295	CHATAR Achraf	Pr Ass	Urologie
296	OUMGHAR Nezha	Pr Ass	Biophysique
297	HOUMAID Hanane	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
298	YOUSFI Jaouad	Pr Ass	Gériatrie
299	NACIR Oussama	Pr Ass	Gastro-entérologie
300	BABACHEIKH Safia	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
301	ABDOURAFIQ Hasna	Pr Ass	Anatomie
302	TAMOUR Hicham	Pr Ass	Anatomie
303	IRAQI HOUSSAINI Kawtar	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
304	EL FAHIRI Fatima Zahrae	Pr Ass	Psychiatrie
305	BOUKIND Samira	Pr Ass	Anatomie
306	LOUKHNATI Mehdi	Pr Ass	Hématologie clinique
307	ZAHROU Farid	Pr Ass	Neurochirurgie

308	MAAROUFI Fathillah Elkarim	Pr Ass	Chirurgie générale
309	EL MOUSSAOUI Soufiane	Pr Ass	Pédiatrie
310	BARKICHE Samir	Pr Ass	Radiothérapie
311	ABI EL AALA Khalid	Pr Ass	Pédiatrie
312	AFANI Leila	Pr Ass	Oncologie médicale
313	EL MOULOUA Ahmed	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
314	LAGRINE Mariam	Pr Ass	Pédiatrie
315	OULGHOUL Omar	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
316	AMOCH Abdelaziz	Pr Ass	Urologie
317	ZAHLAN Safaa	Pr Ass	Neurologie
318	EL MAHFOUDI Aziz	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
319	CHEHBOUNI Mohamed	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
320	LAIRANI Fatima ezzahra	Pr Ass	Gastro-entérologie
321	SAADI Khadija	Pr Ass	Pédiatrie
322	DAFIR Kenza	Pr Ass	Génétique
323	CHERKAOUI RHAZOUANI Oussama	Pr Ass	Neurologie
324	ABAINOU Lahoussaine	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
325	BENCHANNA Rachid	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
326	TITOU Hicham	Pr Ass	Dermatologie
327	EL GHOUL Naoufal	Pr Ass	Traumato-orthopédie
328	BAHI Mohammed	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
329	RAITEB Mohammed	Pr Ass	Maladies infectieuses
330	DREF Maria	Pr Ass	Anatomie pathologique
331	ENNACIRI Zainab	Pr Ass	Psychiatrie
332	BOUSSAIDANE Mohammed	Pr Ass	Traumato-orthopédie

333	JENDOUCI Omar	Pr Ass	Urologie
334	MANSOURI Maria	Pr Ass	Génétique
335	ERRIFAIY Hayate	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
336	BOUKOUB Naila	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
337	OUACHAOU Jamal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
338	EL FARGANI Rania	Pr Ass	Maladies infectieuses
339	IJIM Mohamed	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
340	AKANOUR Adil	Pr Ass	Psychiatrie
341	ELHANAFI Fatima Ezzohra	Pr Ass	Pédiatrie
342	MERBOUH Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
343	BOUROUMANE Mohamed Rida	Pr Ass	Anatomie
344	IJDDA Sara	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques

LISTE ARRETEE LE 09/01/2024



DÉDICACES



« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries »

Marcel Proust.



Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude que

Je dédie cette thèse ... 



Tout d'abord à Allah,

اللهم لك الحمد حمداً كثيراً طيباً مباركاً فيه حمد خلقك ورضى نفسك ووزنة عرشك
ومداد كلماتك اللهم لك الحمد ولك الشكر حتى ترضى ولك الحمد ولك الشكر عند
الرضى ولك الحمد ولك الشكر دائماً وأبداً على نعمتك

﴿وَلَقَدْ آتَيْنَا لُقْمَانَ الْحِكْمَةَ أَنْ اشْكُرْ لِلَّهِ ۚ وَمَنْ يَشْكُرْ فَإِنَّمَا يَشْكُرُ
لِنَفْسِهِ ۗ وَمَنْ كَفَرَ فَإِنَّ اللَّهَ غَنِيٌّ حَمِيدٌ﴾

صَدَقَ اللهُ الْعَظِيمُ



اللهم صلِّ وسلم على نبيك محمد، النور الذي أضاء دروب الحب والأمل، المعلم
الحكيم الذي نشر عطر العلم والحكمة بين قلوب الناس. كما قال صلى الله عليه
وسلم: "من لم يشكر الناس لم يشكر الله"



إلى أُمي الغالية وأبي العزيز،

أود أن أعبر عن خالص امتناني وتقديري لكما، فأنتما النور الذي يضيء حياتي والسند الذي أعتمد عليه في كل لحظة. تضحياتكما العظيمة وتفانيكما المستمر في تعليمي ورعايتي شكلت الأساس الذي بنيت عليه كل نجاحاتي. لقد علمتاني معنى الصبر والحب والالتزام، وكنتما دائماً مصدر إلهام ودعم لا ينضب.

كل لحظة قضيتها في توجيهي، وكل كلمة تشجيع وعناية، لها أثر عميق في حياتي، وأنا ممتنة لكما أكثر مما يمكن للكلمات أن تعبر. أطلب من الله أن يبارك في أعماركما، ويحفظكما بصحة وعافية وسعادة دائمة، كما ملأتما حياتي بالفرح والحب

إلى غاليتي، أُمي العزيزة،

شكراً لك على حبك ودعمك الدائم، اللذين منحاني القوة والإلهام منذ أولى لحظاتي في هذه الحياة. لقد كنتِ النور الذي أضاء دروب حياتي، واليد التي حملتني بكل حنان ورعاية على طول الطريق. بكل حرف أكتبه وكل نفس أتففسه، أفكر في شجاعتك، حكمتك، وقدرتك على جعل كل شيء يشع بالإشراق كنتِ القوة التي دعمتني والهدوء الذي يسكن روعي في لحظات الضياع. أنا ممتنة لكل لحظة قضيتها بجانبك، وما أثرت في من
حكمة وحنان

كلمات الامتنان والتقدير تتضاءل أمام عظمة حبك وتضحياتك اللا متناهية
أتمنى لك شفاءً سريعاً وأن يملأ الله حياتك بالصحة والسعادة. أدعو الله أن يظل وجودك النور الذي يضيء جميع لحظات حياتي، وأن يحفظك لنا دائماً ويؤمن عليك بالصحة والعافية
بكل الحب والامتنان

Cher Papa, Au-delà de toutes les difficultés, tu as été le roc solide sur lequel je me suis appuyé tout au long de ma vie. Tu as sacrifié tant pour nous assurer une vie meilleure, tu as enduré un métier difficile pour nous offrir un avenir radieux. Ta force, ta persévérance et ta détermination m'ont inspiré et m'ont aidé à tracer mon propre chemin. Tu as toujours été là pour moi, me guidant à travers les hauts et les bas de la vie, m'encourageant à poursuivre mes rêves et à ne jamais abandonner. Ta présence dans ma vie est une bénédiction dont je ne pourrais me passer et dont je suis éternellement reconnaissant. Que Dieu te protège et te remplisse de bénédictions pour tout ce que tu as fait pour nous. Tu restes le meilleur père du monde et je t'aime de tout mon cœur

À ma chère sœur Assia

Je prends ce moment pour exprimer toute ma gratitude envers toi. Depuis notre enfance, tu as été bien plus qu'une sœur pour moi ; tu as été ma meilleure amie, ma confidente et une source d'inspiration inépuisable. Maintenant, alors que tu te consacres à tes études en médecine, je suis remplie d'admiration pour ta détermination, ta persévérance et ta sagesse au-delà de tes années.

Je veux que tu saches à quel point je suis reconnaissante d'avoir une sœur aussi exceptionnelle que toi. Ta présence dans ma vie apporte une lumière et une chaleur inestimables. Je suis fière de tout ce que tu accomplis et reconnaissante de pouvoir t'appeler ma sœur. Peu importe où la vie nous mène, je sais que notre lien restera toujours fort et indestructible. Merci pour tout ce que tu es et pour tout ce que tu apportes à ma vie.

À ma chère sœur Flouda

Ton influence sur ma vie est immense et rayonnante. Depuis ton arrivée au début de mon parcours, ta présence innocente a été un éclat de lumière et de joie. Ta tendresse et ta candeur ont su éclairer même les jours les plus sombres, apportant un sourire à mes lèvres et de la chaleur à mon cœur. Malgré la différence d'âge, tu es une source constante d'inspiration et de soutien. Je suis profondément reconnaissante de t'avoir comme sœur, et je suis admirative de l'amour pur que tu portes. Ta simple existence est une bénédiction, et je serai toujours là pour toi, prête à te soutenir et à t'aimer à chaque étape de ta vie. Avec tout mon amour et ma reconnaissance, à ma sœur chérie.

À la mémoire de ma grand-mère paternelle, Lalla Fatima,

Lorsque je me plonge dans les profondeurs de ma mémoire, je suis enveloppé par les souvenirs chaleureux et les leçons de vie précieuses que ma chère grand-mère a semés tout au long de mon parcours. À travers cette thèse, je souhaite rendre hommage à sa mémoire, à son héritage immortel qui continue de guider mes pas et d'illuminer mon chemin. Sa sagesse, sa bienveillance et son amour inconditionnel ont été des phares dans les moments sombres, des sources d'inspiration dans les défis et des réconforts dans les épreuves. À la mémoire de ma grand-mère, dont l'influence indélébile demeure gravée dans chaque page de ce travail, je dédie cette thèse.

Nous sommes à Dieu et à lui nous retournons. Je suis reconnaissante pour chaque instant passé avec elle et j'ai foi en une rencontre future au paradis, où nos âmes se réuniront pour l'éternité.

À la mémoire de mon oncle Sidi Mustafa Ait Souabni,

À la mémoire de mon oncle bien-aimé, qui a été bien plus qu'un membre de ma famille ; il a été un grand père aimant et un guide précieux dans ma vie. Son soutien inconditionnel et son encouragement ont été des sources de force et d'inspiration tout au long de mon parcours. Grâce à lui, j'ai pu surmonter les défis et atteindre de nouveaux sommets. Son héritage de générosité et de bienveillance continue de m'inspirer chaque jour. Je suis reconnaissante pour les moments que nous avons partagés et je sais que notre rencontre sera à nouveau au paradis. À sa mémoire, je rends hommage et je porte son souvenir avec amour et gratitude.

À la mémoire de mon oncle Sidi Saleh Elmachbouh,

À la mémoire de mon oncle, un guide précieux qui a marqué mon enfance de son empreinte bienveillante. Sa présence réconfortante et ses conseils avisés ont été des piliers sur lesquels je me suis appuyé dans les moments de doute et de difficulté. Même si son départ prématuré nous a laissés avec un vide profond, son héritage de gentillesse et de générosité continue d'inspirer ma vie quotidienne. Chaque fois que je me rappelle de lui, je ressens une gratitude profonde pour les moments que nous avons partagés et pour les leçons précieuses qu'il m'a enseignées. Nous sommes à Dieu et à lui nous retournons, sachant qu'une rencontre future nous attend au paradis.

À mes chers grands-parents maternels,

Votre amour et votre soutien ont été des éléments constants qui ont façonné mon chemin dans la vie. Je tiens à exprimer ma profonde gratitude pour tout ce que vous avez fait pour moi. Votre présence bienveillante a été un phare dans les moments sombres et une source d'inspiration dans les moments de joie.

À travers cette thèse, je souhaite vous rendre hommage et vous remercier pour les valeurs que vous m'avez enseignées et les leçons de vie que vous m'avez transmises. Votre influence continue de laisser une empreinte durable sur ma vie.

Que Dieu veuille sur vous et vous accorde une santé florissante.

À mes chères tantes et oncles,

Je souhaite exprimer ma gratitude pour votre présence et votre influence dans ma vie. Merci pour les précieux moments partagés et les enseignements que j'ai reçus de vous.

Spécialement à lalla Hadda ait souabni et sidi Abdelfattah ait souabni pour l'amour et le soutien depuis mon enfance.

A ma deuxième maman Chaïbia, chouchou tous les mots ne suffisent pour te gratifier et te rendre hommage, pour tous ce que tu es dans ma vie.

À mes chers cousins et cousines,

À travers les années, nos liens familiaux ont été une source de joie, de soutien et de camaraderie. Je suis reconnaissante pour les souvenirs que nous avons partagés, les rires partagés et les moments précieux qui ont enrichi ma vie.

À la team L.M.A.N

À Laila ma précieuse amie et confidente dans mon parcours médical, ta présence et ton soutien inconditionnel ont été ma plus grande force. Merci d'être toujours là pour moi, de partager mes joies et mes peines, et de m'accompagner sur ce chemin parfois tumultueux. Ta gentillesse, ta compréhension et ton amitié sont des trésors que je chéris chaque jour. Je suis reconnaissante de t'avoir à mes côtés. Merci pour tout.

À Asma mon amie chère, complice de mes joies et de mes peines, partageant avec moi les moments précieux de notre vie et les souvenirs qui nous lient. Tu as ouvert les portes de ta famille et de ton cœur, m'accueillant avec amour et bienveillance. Chaque échange, chaque rire partagé, chaque moment de complicité est un trésor que je chéris profondément. Ta présence et ton soutien inconditionnel illuminent ma vie et font de notre amitié un cadeau précieux. Merci pour tout ce que tu es et pour tout ce que tu apportes dans ma vie. Je suis reconnaissante de t'avoir à mes côtés.

A ma copine au cœur d'or Noura, croisée sur le chemin de la vie au moment où j'avais le plus besoin de soutien. Tu as été un pilier solide, m'apportant réconfort et encouragement à chaque étape difficile de mon parcours médical. Toi et ta famille m'avez accueillie chaleureusement, partageant avec moi l'amitié, la générosité et l'amour inconditionnel. Vos gestes de gentillesse et d'empathie resteront gravés dans mon cœur à jamais. Merci d'avoir illuminé mon chemin et d'avoir été une amie si précieuse dans ma vie.

À mon amie éternelle Maroua Rq

A mon amie éternelle, complice de mon cœur depuis plus de gans. Notre amitié a bravé le temps, les épreuves et les distances, restant toujours aussi vive et précieuse. Tu es bien plus qu'une amie, tu es un pilier sur lequel je m'appuie en toute confiance, un rayon de lumière dans les moments sombres. Ensemble, nous avons partagé tant de rires, de larmes, de secrets et de joies. Merci d'être toujours présente, merci d'être celle sur qui je peux compter inconditionnellement. Que notre amitié continue à grandir et à s'épanouir pour les années à venir.

Aux précieux cadeaux que la FMPM m'a offerts

Mon amie Hajar outcomit, ta bienveillance et ton intelligence remarquable illuminent non seulement ton propre chemin, mais également celui de ceux qui ont la chance de te connaître. En reconnaissance de ta présence rayonnante et de ton impact positif sur notre entourage.

À mon amie Athar, ta présence constante dans ma vie est un réconfort précieux et une source inestimable de bonheur. Merci d'être toujours là, avec ta gentillesse et ton soutien inconditionnel. En reconnaissance de notre amitié indéfectible

À mon amie Nezha O, ton sourire éclatant illumine chaque journée et apporte de la joie à tous ceux qui croisent ton chemin. En reconnaissance pour le partage de ta gentillesse et de ta motivation, qui inspirent et encouragent chacun d'entre nous.

Hind, Touria et Sara, votre amitié est un trésor inestimable dans ma vie. Depuis notre rencontre ensemble en 6ème année, Sara et Touria ont été présentes, partageant nos rires et nos peines. Hind, dès notre premier contact au début de notre cursus, tu as été celle qui m'a submergée de tendresse inconditionnelle. Je souhaite que notre amitié perdure dans les années à venir, et je vous exprime ma reconnaissance éternelle pour votre soutien et votre affection sincère.

*À mes amies Imane E, Nassima A, Ouïam E, Hajar E, Manal N, Chaimae E et Assia O,
Votre amitié est un pilier dans ma vie depuis notre rencontre en 6ème année. Merci pour les précieux moments partagés. En reconnaissance de notre lien indéfectible.*

Au premières étincelles

À mes chères amies du primaire, du collège et du lycée, compagnes de jeu, de rires et de confidences à travers les années. De nos premières amitiés enfantines aux liens forts tissés à l'adolescence, vous avez été les piliers de ma vie et les gardiennes de mes souvenirs les plus précieux. Chacune de vous a apporté sa touche unique à notre amitié, créant un patchwork de moments inoubliables et de complicité indéfectible. Merci pour ces années riches en émotions, en soutien et en complicité. Que notre amitié perdure pour toujours, au-delà des épreuves du temps et des chemins qui se séparent.

Timeless Companions

To my friends from our first university journey at FST, you've been my companions, my learning partners, and cherished friends. Together, we've shared intense study sessions, hours of revision, but also laughter, relaxation, and unforgettable memories. Your friendship and support made this phase of my life enriching and memorable. Thank you for being fantastic comrades and reliable friends. May our bonds endure beyond these university years, and may our paths cross again in life.

A l'équipe du chp Mohammed VI el Haouz,

Spécialement à l'équipe paramédicale qui m'a accompagné le 8 septembre, je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude pour votre soutien et votre solidarité lors du séisme qui a frappé la région. Nous avons été ensemble, unis face à cette catastrophe, partageant des moments d'angoisse, de solidarité et d'entraide inoubliables.

Je vous remercie du fond du cœur pour votre soutien indéfectible, votre humanité et votre courage. Que notre expérience partagée renforce encore davantage nos liens et notre volonté commune de servir et d'aider ceux qui en ont besoin.

À TOUS MES PROFESSEURS

À tous mes professeurs du primaire jusqu'à l'université, qui ont cru en moi et m'ont soutenu pour atteindre ce parcours : Votre guidance, votre encouragement et votre enseignement ont été des sources d'inspiration inestimables qui m'ont aidé à persévérer et à me dépasser.

À mes professeurs de la faculté de médecine : Votre savoir, votre expérience et votre passion pour la science médicale m'ont motivé et inspiré à devenir un meilleur médecin chaque jour. Merci pour votre dévouement, votre patience et votre partage de connaissances précieuses.

À tous les endroits de la faculté de médecine où j'ai vécu le rêve de devenir médecin : Chaque salle de cours, chaque laboratoire, chaque bibliothèque et chaque lieu de stage ont été le théâtre de mes apprentissages, de mes découvertes et de mes défis relevés. Que les souvenirs et les enseignements que j'ai acquis en vos murs restent gravés dans mon cœur et guident ma pratique médicale avec sagesse et bienveillance.

À tous ceux que j'ai omis de nommer,

Même si ma plume a failli, votre importance dans ma vie demeure immuable.



REMERCIEMENTS



A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENTE DE THÈSE MADAME ES-
SAADOUNI LAMIA PROFESSEUR DE MÉDECINE INTERNE AU
CHU MOHAMMED VI

Nous sommes profondément touchés par l'honneur que vous nous avez accordé en acceptant de présider notre jury de thèse. Votre personnalité, empreinte de sympathie et de modestie, suscite en nous une profonde admiration. À travers cette thèse, nous souhaitons humblement témoigner de notre reconnaissance et exprimer toute notre gratitude envers vous pour votre enseignement et votre influence, qui ont été une source d'inspiration constante pour nous. Nous vous prions d'agréer, chère Professeur, l'expression de notre plus haute considération.

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE MONSIEUR AMAL SAID PROFESSEUR DE DERMATOLOGIE AU CHU MOHAMMED

VI

Il est véritablement difficile de trouver les mots qui pourraient exprimer toute la profondeur de ma gratitude envers vous. J'ai eu le privilège inestimable de bénéficier de votre immense savoir et de votre encadrement précieux. Votre acceptation de me guider dans ce travail a été pour moi un honneur inoubliable. Votre passion pour l'enseignement et votre dévouement envers vos étudiants sont une source constante d'inspiration et de motivation.

Je vous prie d'agréer Professeur l'expression de ma plus haute considération et de ma profonde reconnaissance.

*A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE MONSIEUR ZYANI MO-
HAMMED PROFESSEUR DE MÉDECINE INTERNE A L'HÔPITAL
MILITAIRE AVICENNE DE MARRAKECH*

Nous exprimons notre sincère gratitude pour l'accueil chaleureux que vous nous avez réservé et pour votre acceptation de juger ce travail. Cher Professeur, nous tenons à vous témoigner toute notre admiration et notre respect pour votre expertise et votre compétence remarquables. Votre professionnalisme exemplaire et votre engagement envers l'excellence académique sont une source d'inspiration pour nous. Nous sommes profondément reconnaissants de votre implication dans l'évaluation de ce travail et nous vous remercions sincèrement.

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE MADAME OUAFA
HOCAR PROFESSEUR DE DERMATOLOGIE AU CHU MOHAM-
MED VI

Nous sommes honorés par votre présence au sein de ce jury, chère professeure, malgré l'abondance de votre calendrier. Nous vous exprimons nos remerciements les plus sincères et notre profond respect pour avoir accepté de faire partie de ce jury. Votre intérêt pour ce travail et votre accueil aimable et bienveillant nous ont été précieux. Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude pour votre bienveillance et votre simplicité avec lesquelles vous nous avez accueillies.

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE MADAME MOUNA ZA-

HLANE

PROFESSEUR DE MEDECINE INTERNE AU CHU MOHAMMED

VI

Nous sommes profondément honorés que vous ayez accepté de siéger parmi notre jury de thèse. Votre bienveillance et votre simplicité dans votre accueil nous ont touchés. Chère professeure, nous tenons à vous exprimer toute notre gratitude pour cet honneur que vous nous accordez. Veuillez accepter ce témoignage de notre grande estime et de notre sincère reconnaissance.

A MON PROFESSEUR BENDAOU D LAYLA

Je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude pour votre précieuse guidance et votre soutien tout au long de ma thèse. Vos conseils avisés et votre dévouement ont été essentiels à mon parcours académique. Merci pour votre patience, votre écoute attentive et votre inspiration constante. Votre mentorat restera une source d'inspiration pour moi dans ma carrière future.

*Avec toute ma reconnaissance,
Professeur, de mon profond respect.*



Liste des figures



LISTE DES TABLEAUX

- **Tableau I** : Les diagnostics élaborés chez les sujets âgés en service de dermatologie
- **Tableau II** : Répartition des hospitalisations pour dermatoses infectieuses
- **Tableau III** : Répartition des dermatoses infectieuses selon le type
- **Tableau IV** : Répartition des dermatoses bactériennes du sujet âgé en hospitalier
- **Tableau V** : Répartition des dermo-hypodermes chez le sujet âgé selon les tranches d'âge
- **Tableau VI** : Répartition des dermo-hypodermes chez le sujet âgé selon le sexe
- **Tableau VII** : Répartition du nombre des hospitalisations des dermo-hypodermes chez le sujet âgé
- **Tableau VIII** : Répartition des tranches d'âge des sujets âgés hospitalisés pour zona
- **Tableau IX** : Répartition des dermatoses parasitaires chez le sujet âgé selon le sexe
- **Tableau X** : Répartition des tumeurs selon le sexe et le type chez le sujet âgé
- **Tableau XI** : Répartition des tranches d'âge dans le lymphome chez le sujet âgé
- **Tableau XII** : Le nombre d'hospitalisations des patients atteints de lymphome
- **Tableau XIII** : Classification des lymphomes T cutanés chez le sujet âgé
- **Tableau XIV** : Répartition des sujets âgés atteints de tumeurs épithéliales selon le sexe
- **Tableau XV** : Répartition des tranches d'âge chez les sujets âgés atteints de tumeurs épithéliales
- **Tableau XVI** : Répartition selon les tranches d'âge des patients hospitalisés pour mélanome
- **Tableau XVII** : Répartition des localisations du mélanome chez le sujet âgé
- **Tableau XVIII** : Répartition selon les tranches d'âge des patients hospitalisés pour la maladie de Kaposi
- **Tableau XIX** : Répartition des maladies bulleuses auto-immunes chez le sujet âgé
- **Tableau XX** : Répartition de la pemphigoïde bulleuse chez le sujet âgé selon les tranches d'âge
- **Tableau XXI** : Répartition de la pemphigoïde bulleuse chez le sujet âgé selon le sexe

- **Tableau XXII** : Répartition du nombre d'hospitalisations chez le sujet âgé hospitalisé pour pemphigoïde bulleuse
- **Tableau XXIII** : Répartition du traitement par corticothérapie chez les sujets âgés hospitalisés pour pemphigoïde bulleuse
- **Tableau XXIV** : Répartition selon les tranches d'âge des sujets âgés hospitalisés pour pemphigus
- **Tableau XXV** : Répartition selon le sexe des sujets âgés hospitalisés pour pemphigus
- **Tableau XXVI** : Répartition selon le nombre d'hospitalisations chez les sujets âgés hospitalisés pour pemphigus
- **Tableau XXVII** : Répartition selon les formes du pemphigus chez les sujets âgés hospitalisés
- **Tableau XXVIII** : Répartition selon les variétés de chaque forme du pemphigus chez les sujets âgés hospitalisés
- **Tableau XXIX** : Répartition des doses de corticothérapie générale chez les sujets âgés hospitalisés pour pemphigus
- **Tableau XXX** : Répartition des maladies de système chez les sujets âgés
- **Tableau XXXI** : Répartition des tranches d'âge chez le sujet âgé hospitalisé pour dermatomyosite
- **Tableau XXXII** : Répartition selon les tranches d'âge des sujets âgés hospitalisés pour lupus
- **Tableau XXXIII** : Répartition des dermatoses inflammatoires chez le sujet âgé
- **Tableau XXXIV** : Répartition du nombre d'hospitalisations pour psoriasis chez le sujet âgé
- **Tableau XXXV** : Les facteurs significativement associés à une longue durée d'hospitalisation
- **Tableau XXXVI** : Résumé des changements physiologiques et conséquences pathologiques du vieillissement cutané
- **Tableau XXXVII** : Comparaison des taux d'hospitalisation chez le sujet âgé en dermatologie
- **Tableau XXXVIII** : Répartition des données épidémiologiques chez le sujet âgé dans les

différentes séries

- **Tableau XXXIX** : Comparaison des prévalences de comorbidités chez les sujets âgés dans différentes études
- **Tableau XL** : Comparaison des dermatoses infectieuses chez les sujets âgés dans différentes études
- **Tableau XLI** : Comparaison des dermatoses tumorales chez les sujets âgés dans différentes études
- **Tableau XLII** : Comparaison des dermatoses bulleuses auto-immunes chez les sujets âgés dans différentes études
- **Tableau XLIII** : Comparaison de la pemphigoïde bulleuse chez les sujets âgés dans différentes études
- **Tableau XLIV** : Comparaison du pemphigus chez les sujets âgés dans différentes études
- **Tableau XLV** : Comparaison des toxidermies chez les sujets âgés dans différentes études
- **Tableau XLVI** : Comparaison de la prévalence des maladies systémiques entre les services de dermatologie et de médecine interne chez les sujets âgés au CHU Mohammed VI
- **Tableau XLVII** : Critères diagnostiques de Bohan et Peter de la dermatomyosite
- **Tableau XLVIII** : Critères diagnostic de Maveraki et al

LISTE DES FIGURES

- **Figure 1** : Répartition des hospitalisations du sujet âgé au service de dermatologie depuis 2014 à 2023
- **Figure 2** : Répartition par année des sujets âgés hospitalisés au service de dermatologie
- **Figure 3** : Répartition selon le sexe des sujets âgés hospitalisés au service de dermatologie
- **Figure 4** : Répartition des sujets âgés selon le sexe et les tranches d'âge de l'OMS
- **Figure 5** : Répartition des comorbidités chez les sujets âgés hospitalisés au service de dermatologie
- **Figure 6** : Répartition des facteurs toxico-allergiques chez le sujet âgé au service de dermatologie
- **Figure 7** : Répartition des diagnostics du sujet âgé en classes étiologiques
- **Figure 8** : Répartition des tranches d'âge des patients hospitalisés pour dermatoses infectieuses
- **Figure 9** : Répartition selon le sexe des patients hospitalisés pour dermatoses infectieuses
- **Figure 10** : Répartition selon les tranches d'âge des patients hospitalisés pour atteintes tumorales
- **Figure 11** : Répartition selon le sexe des patients hospitalisés pour atteintes tumorales
- **Figure 12** : Répartition des maladies bulleuses auto-immunes chez le sujet âgé selon les tranches d'âge
- **Figure 13** : Répartition des maladies bulleuses auto-immunes chez le sujet âgé selon le sexe
- **Figure 14** : Répartition des comorbidités chez les patients atteints de pemphigoïde bulleuse
- **Figure 15** : Répartition des complications chez les sujets âgés hospitalisés pour pemphigoïde bulleuse
- **Figure 16** : Répartition des modalités thérapeutiques chez les sujets âgés hospitalisés pour pemphigus
- **Figure 17** : Répartition des complications chez les sujets âgés hospitalisés pour pemphigus
- **Figure 18** : Répartition des tranches d'âge des sujets âgés hospitalisés pour toxidermies
- **Figure 19** : Répartition des toxidermies chez le sujet âgé selon le sexe
- **Figure 20** : Répartition des toxidermies selon la présentation clinique chez le sujet âgé
- **Figure 21** : Répartition des tranches d'âge des sujets âgés hospitalisés pour maladies de système
- **Figure 22** : Répartition selon le sexe des sujets âgés hospitalisés pour maladies de système

- **Figure 23** : Répartition des types de psoriasis chez les sujets âgés
- **Figure 24** : Répartition des tranches d'âge chez les sujets âgés hospitalisés pour psoriasis
- **Figure 25** : Répartition du psoriasis chez le sujet âgé selon le sexe
- **Figure 26** : Répartition des comorbidités chez les sujets âgés hospitalisés pour psoriasis
- **Figure 27** : Répartition des dermatoses neutrophiliques chez le sujet âgé selon le type

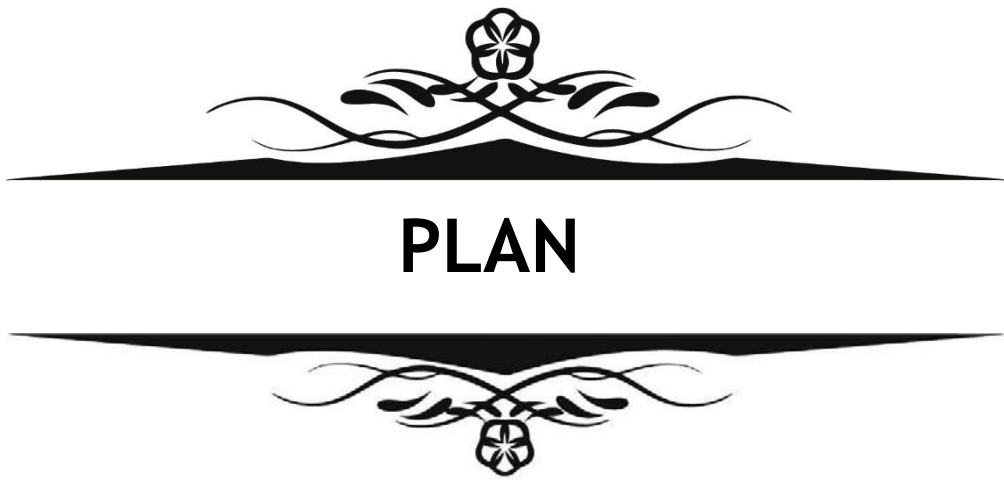


Liste des abréviations



Liste des abréviations

BPDAI	:	Bullous Pemphigoid Disease Area Index
CBC	:	Carcinome basocellulaire
CCS	:	Carcinome spinocellulaire
DBAI	:	Dermatoses Bulleuses Auto-immunes
DM	:	Dermatomyosite
DRESS	:	Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms
EMP	:	Erythème maculopapuleux
EORTC	:	European Organisation for Research and Treatment of Cancer
HTA	:	Hypertension artérielle
LC	:	Leishmaniose cutanée
LLC	:	leucémie lymphoïde chronique
LED	:	Lupus Erythémateux disséminé
MF	:	Mycosis fongoïde
OMS	:	Organisation mondiale de la santé
PB	:	Pemphigoïde bulleuse
PDAI	:	Pemphigus Disease Area Index
PEAG	:	Pustulose Exanthématique Aigue Généralisée
PG	:	Pyoderma gangrenosum
PUVA	:	Photothérapie par UVA
SCORTEN	:	Score of Toxic Epidermal Necrosis
SGS	:	Syndrome de Gougerot-Sjögren
VZV	:	Varicelle Zona Virus



INTRODUCTION

MATERIELS ET METHIDES

RESULTATS

I. Résultats descriptifs

- A. Données épidémiologiques
- B. Données cliniques, paracliniques et évolutives
- C. La mortalité chez les sujets âgés au service de dermatologie

II. Résultats analytiques

- 1. L'âge
- 2. Le diabète
- 3. L'hypertension artérielle
- 4. Les dysthyroïdies
- 5. L'asthme et l'atopie personnelle
- 6. Le poids
- 7. Les maladies bulleuses auto-immunes

8. L'iconographie des sujets âgés au service de dermatologie et vénérologie

DISCUSSION

I. Généralités

- 1. Le vieillissement
- 2. Le vieillissement cutané
- 3. Conséquences pathologiques du vieillissement cutané

II. Les données épidémiologiques

- 1. Fréquence
- 2. Distribution des malades selon l'âge et le sexe
- 3. Les comorbidités et les facteurs de risques chez le sujet âgé
- 4. Durée d'hospitalisation

III. Les groupes étiologiques chez le sujet âgé

- 1. Les dermatoses infectieuses
- 2. Les tumeurs cutanées
- 3. Les dermatoses bulleuses auto-immunes
- 4. Les toxidermies
- 5. Les maladies de systèmes
- 6. Les dermatoses inflammatoires
- 7. L'ulcère chronique de la jambe
- 8. Le prurit
- 9. Les dermatoses neutrophiliques
- 10. Les dermatoses allergiques

IV. Limites et recommandations

CONCLUSION

RESUME

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE



INTRODUCTION



L'OMS définit le sujet âgé ou sujet du 3^{ème} âge comme une personne de 65 ans ou plus, permettant ainsi une meilleure classification et prise en charge en fonction des différentes tranches d'âge : "Old-old" (85 ans et plus), "Young-old" (65-74 ans) et "Middle-Old" (75-84 ans).

La proportion des sujets âgés est en constante augmentation dans le monde entier. Depuis la fin du XX^{ème} siècle le phénomène de transition démographique note une accélération qui diffère d'un pays à l'autre, suivant les taux de natalité et de mortalité, ces deux indicateurs étant impacté par les déterminants socioéconomiques.

Au niveau mondial, le nombre de personnes de plus de 65 ans a dépassé pour la première fois le nombre d'enfants de moins de 5 ans en 2018, il dépassera également le nombre d'adolescents et de jeunes de 15 à 24 ans, d'ici à 2050.

Au Maroc, la chute concomitante de la fécondité, de la mortalité générale et du taux d'accroissement ainsi que l'augmentation de l'espérance de vie, ont entraîné un vieillissement accéléré de la population marocaine.

Selon le dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) 2014, le nombre des personnes âgées de 60 ans et plus a augmenté de 35% en seulement dix ans, passant de 2,376 millions en 2004 à 3,209 millions en 2014. Leur part dans la population totale est passée de 6,3% en 1982 à 9,4 % en 2014, et atteindrait 23% en 2050, avec environ 10 millions de la population serait âgée de 60 ans et plus, dont presque la moitié âgée de 70 ans et plus.

Les changements physiologiques et biologiques de la peau chez le sujet âgé entraînent des modifications progressives et dégénératives qui peuvent produire une susceptibilité aux affections cutanées. De plus, les personnes âgées sont souvent sujettes à la polymédication, ce qui les rend plus susceptibles d'avoir des interactions médicamenteuses avec des manifestations cutanées.

Certaines affections néoplasiques avec des signes paranéoplasiques cutanés, et les manifestations cutanées non spécifiques de processus pathologiques des organes internes, suggère une surveillance médicale particulière chez cette tranche d'âge vulnérable.

Les dermatoses chez le sujet âgé ont été associées également à une morbidité psychologique, influencée par les troubles du sommeil, par l'altération de la fonctionnalité physique et la réduction de la qualité de vie.

Malgré la pertinence de toutes les questions mentionnées et la tendance répandue que souligne l'importance de la collecte, l'analyse et le partage de données épidémiologiques, il existe encore des lacunes considérables en matière de la connaissance de l'épidémiologie des affections cutanées chez le sujet âgé.

Les objectifs de cette étude sont les suivants :

- Enumérer les dermatoses les plus courantes chez les individus âgés, en se penchant sur leurs aspects épidémiologiques et cliniques.
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des personnes âgées hospitalisées au service de dermatologie et vénérologie du CHU Mohammed VI à Marrakech.
- Analyser les facteurs de gravité et les comorbidités associées aux dermatoses chez les sujets âgés.



MATERIELS ET METHODES



I. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique étalée sur 10 ans, de janvier 2014 à décembre 2023, à propos de 320 cas colligés au sein du service de dermatologie et vénéréologie de Marrakech.

II. Recrutement des patients :

1. Critères d'inclusion et d'exclusion :

Ont été inclus dans cette étude les patients :

- ✓ Âgés de 65 ans ou plus,
- ✓ Ayant eu une hospitalisation classique au service de dermatologie,
- ✓ Disposant d'un dossier médical permettant une exploitation adéquate.

Ont été exclus de cette étude :

- ✓ Les patients de la consultation et de l'hôpital de jour,
- ✓ Tout malade inscrit dans les registres, mais ne disposant pas de dossier médical permettant une exploitation adéquate.

III. Méthode d'étude :

1. Collecte des données :

Toutes les données ont été recueillies sur une fiche d'exploitation (voir annexes), à partir des dossiers des malades et des registres d'hospitalisation. La fiche précisait :

- ✓ Âge et sexe des patients.
- ✓ Niveau socio-économique.
- ✓ Antécédents personnels et familiaux.
- ✓ Données de l'examen dermatologique et physique
- ✓ Bilan paraclinique : biologie, anatomopathologie, immunologie, bactériologie, radiologie, et autres.
- ✓ Conduite thérapeutique et évolution.

IV. Saisie des données et analyse statistique :

L'analyse statistique était effectuée à l'aide du logiciel SPSS version 20.0. L'analyse descriptive consistait au calcul des fréquences absolues et relatives pour les variables qualitatives, et des paramètres de positionnement et de dispersion pour les variables quantitatives (moyenne, écart-type). La partie analytique consistait au calcul de la valeur significative p reliant la variable dépendante (durée d'hospitalisation) et les autres variables indépendantes figurant dans la fiche d'exploitation, le seuil significatif de comparaison était fixé à 5%, cette partie était réalisée par l'ANOVA unidirectionnelle.

V. Considérations éthiques :

Le sujet de l'étude avait été validé par le comité éthique de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech. La collecte des données cliniques était effectuée dans le respect de l'anonymat et de la confidentialité des patients.



RESULTATS



I. Résultats descriptifs :

Dans notre étude, 320 dossiers étaient inclus conformément aux critères d'inclusion et d'exclusion.

A. Données épidémiologiques :

1. Fréquence :

Entre le 1 Janvier 2014 et le 31 Décembre 2023, 2430 hospitalisations ont été enregistrées, dont 408 hospitalisations chez des sujets âgés durant cette période, ce qui représente 16.79% de l'ensemble des hospitalisations du service de dermatologie (Figure 1).

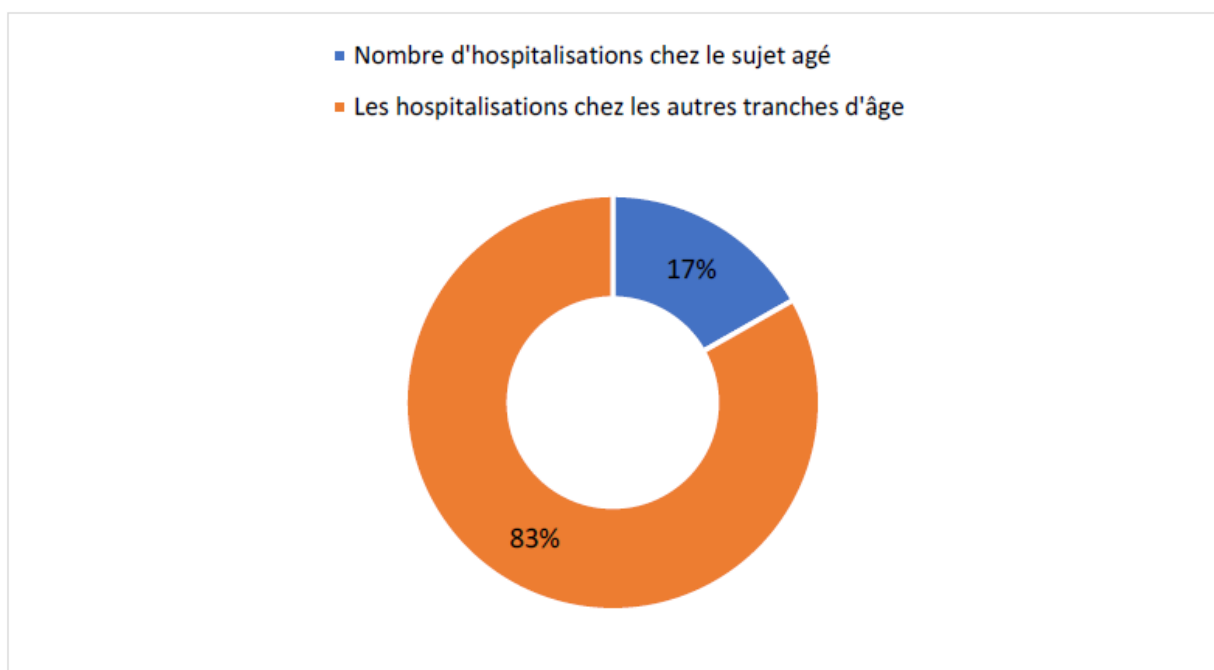


Figure 1 : Répartition des hospitalisations du sujet âgé au service de dermatologie depuis 2014 à 2023 :

La répartition des sujets âgés hospitalisés selon les années de l'étude était représentée dans la figure ci-dessous (Figure 2). On observait une diminution du nombre de patients âgés hospitalisés en 2014, année du déménagement du service, ainsi qu'en 2020 et 2021, pendant la période de l'épidémie de COVID-19, marquée par une baisse d'activité dans le service de dermatologie.

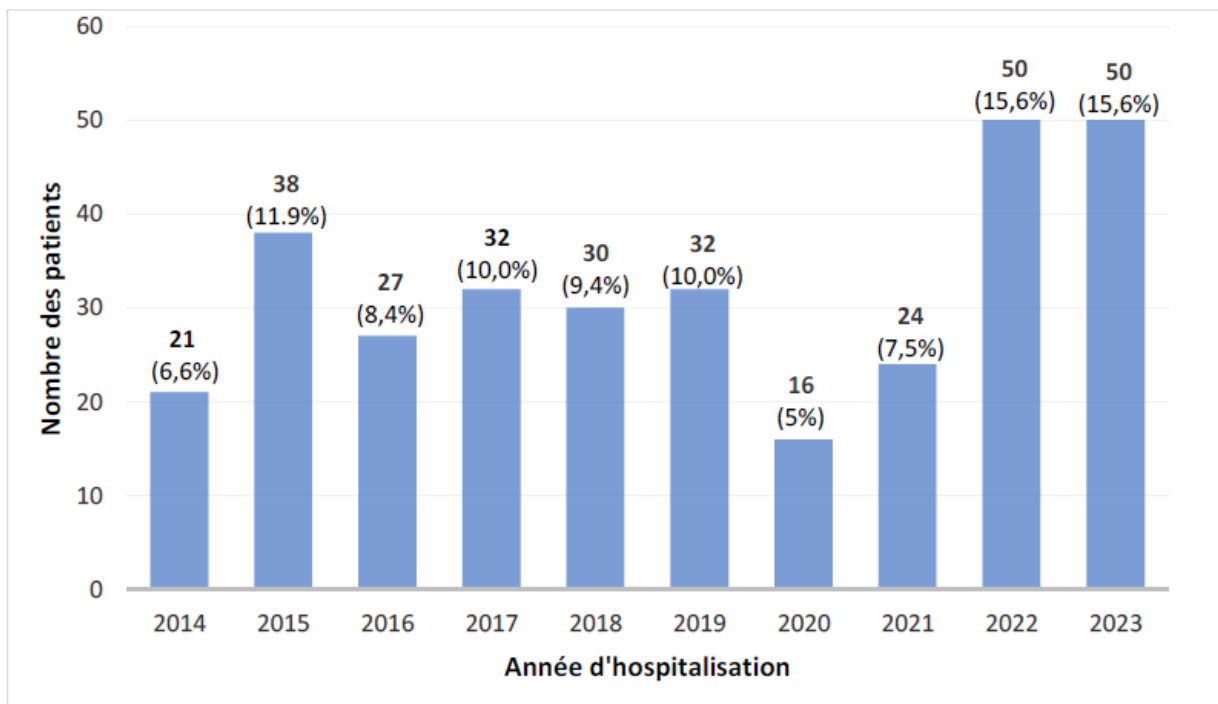


Figure 2 : Répartition par année des sujets âgés hospitalisés dans le service de dermatologie :

2. La durée moyenne d'hospitalisation :

La durée d'hospitalisation variait de 1 à 77 jours, avec une moyenne de 16,5 jours, et un écart-type de 12,3 jours.

3. Le sexe :

Parmi les 320 sujets âgés hospitalisés, on notait 160 patients de sexe féminin (50,0 %) et 160 patients de sexe masculin (50,0 %). Le sexe ratio féminin/masculin était de 1 (Figure 3).



Figure 3 : Répartition selon le sexe des sujets âgés hospitalisés au service de dermatologie :

4. L'âge :

L'âge des patients variait entre 65 ans et 98 ans, avec une moyenne de 74,3 ans et un écart-type de 6,97 ans.

Les patients étaient répartis en tranches d'âge (Figure 4) :

- ✓ La première tranche d'âge, est la plus prédominante avec un total de 176 patients, soit 55,0 %.
- ✓ La deuxième tranche d'âge était en deuxième position avec un total de 117 patients, soit 36,6 %.
- ✓ Et la troisième tranche d'âge était en troisième position avec un total de 27 patients, soit 8,4 %.

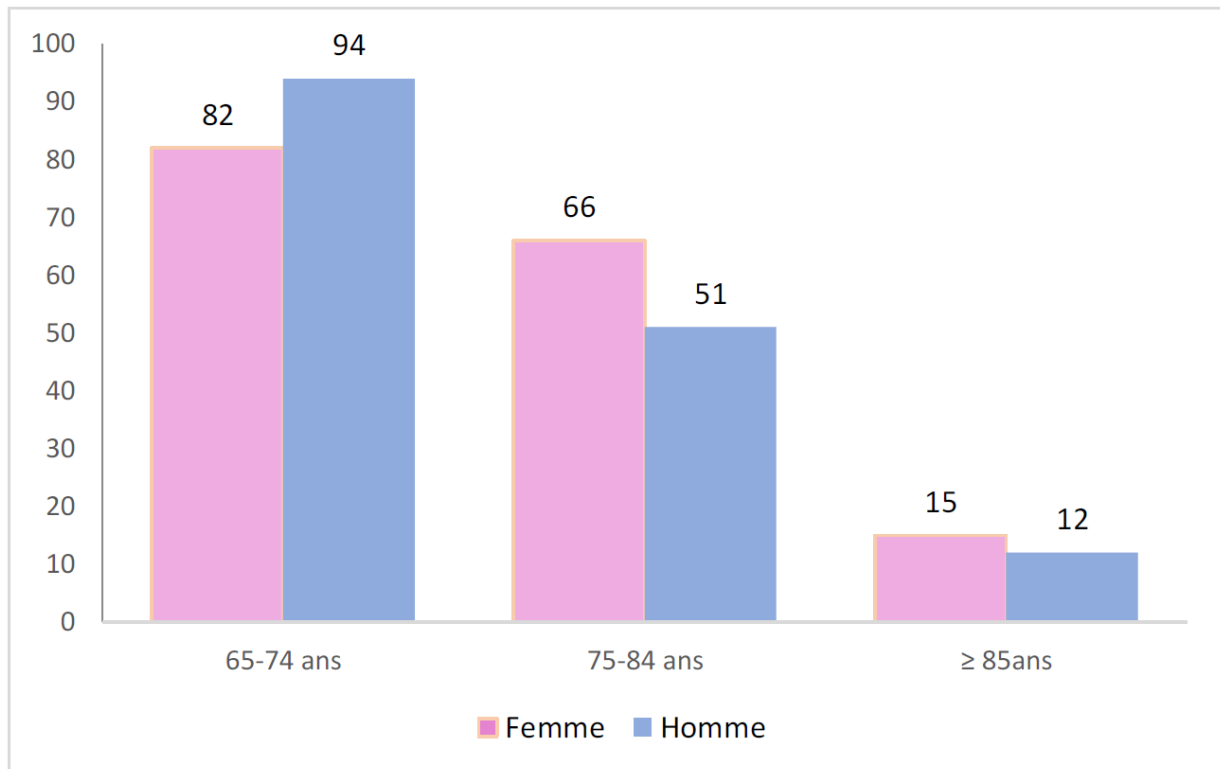


Figure 4 : Répartition des sujets âgés selon le sexe et les tranches d'âge de l'OMS :

5. Le niveau socioéconomique et le milieu de résidence :

Parmi nos patients, 58,5% des sujets âgés provenaient d'un niveau socio-économique bas, 65,5% étaient issus du milieu urbain et 34,5% du milieu rural. Par ailleurs, 70,5% des patients disposaient d'une couverture médicale sociale, dont 53,8% étaient bénéficiaires du régime d'assistance médicale (RAMED).

6. Répartition des malades selon les comorbidités et les facteurs de risque :

Dans notre série, 240 patients, soit 75 %, présentaient au moins un antécédent pathologique. Le diabète était l'antécédent le plus prédominant, affectant 33,4 % des patients, suivi de l'hypertension artérielle (HTA) avec 32,9 %. Les cardiopathies étaient présentes chez 13,2 % des patients, tandis que 6,3 % avaient des antécédents de néoplasie. La pathologie endocrinienne, principalement composée de dysthyroïdie, touchait 2,2 % des patients. Le diabète et

l'HTA étaient associés dans 16,3% des cas (Figure 5).

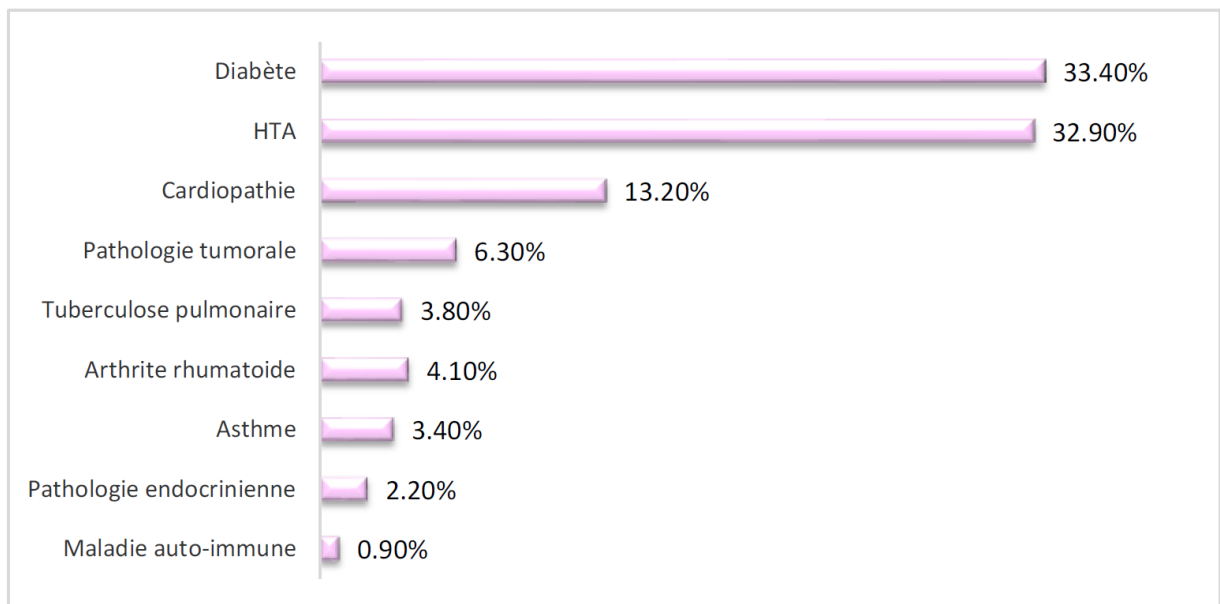


Figure 5 : Répartition des comorbidités chez les sujets âgés hospitalisés au service de dermatologie :

Le tabagisme était l'habitude toxique prépondérante, observée chez 12% des patients, dont 9,3 % étaient sevrés. Dans notre série, 54% des patients rapportaient une prise médicamenteuse, et 31 % d'entre eux étaient polymédicamentés (Figure 6).

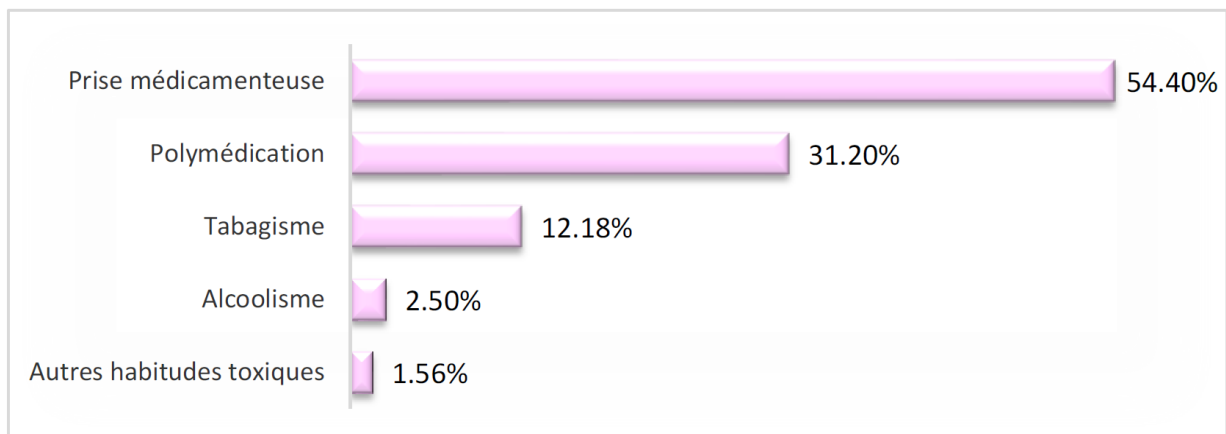


Figure 6 : Répartition des facteurs toxico-allergiques chez le sujet âgé au service de dermatologie :

B. Données cliniques, paracliniques et évolutives :

Un total de 324 diagnostics a été retenu, dont 4 patients présentaient plusieurs diagnostics :

- ✓ Deux patients avaient un carcinome basocellulaire associé, respectivement, à un mélanome chez l'un et à un carcinome épidermoïde chez l'autre.
- ✓ Deux patients étaient diagnostiqués d'un syndrome de Gougerot-Sjögren, secondaire à un lupus chez l'un et secondaire à une sclérodermie chez l'autre.

L'ensemble des diagnostics était réparti selon les groupes étiologiques suivants (Figure 7) :

- Dermatoses infectieuses (29.32%) : 95 cas
- Dermatoses tumorales (22.53%) : 73 cas
- Dermatoses bulleuses auto-immunes (13.89%) : 45 cas
- Toxidermies médicamenteuses (10.19%) : 33 cas
- Maladies de système (8.95%) : 29 cas
- Dermatoses inflammatoires (4.94%) : 16 cas
- Ulcère chronique de la jambe (4,32%) : 14 cas
- Prurit chronique (3,09%) : 10 cas
- Dermatoses neutrophiliques (2.16%) : 7 cas
- Dermatoses allergiques (0.62%) : 2 cas

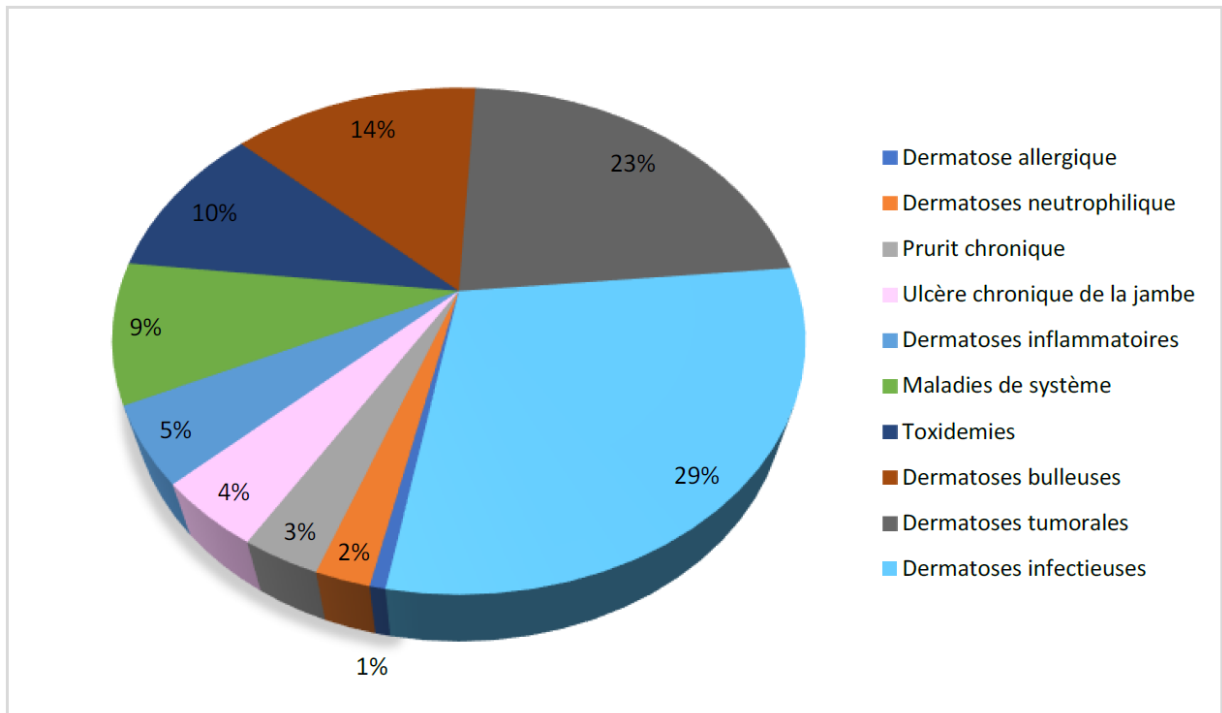


Figure 7 : Répartition des diagnostics du sujet âgé en classes étiologiques :

Le tableau ci-dessous présente les différents diagnostics détaillés (Tableau I) :

Tableau I : Les diagnostics élaborés chez les sujets âgés en service de dermatologie :

Pathologies	Pourcentage
Dermatoses bactériennes	23.45%
Toxidermies médicamenteuses	10.18%
Pemphigoïde bulleuse	8.02%
Carcinome spinocellulaire	5.86%
Lymphome	5.86%
Pemphigus	5.24%
Mélanome	4.32%
Psoriasis	4.32%
Ulcère chronique de la jambe	4.32%
Zona	3.08%
Dermatoses parasitaires	2.46%
Dermatomyosite	2.46%
Carcinome basocellulaire	2.16%
Maladie de Kaposi	1.85%
Lupus érythémateux systémique	1.85%
Sclérodermie	1.54%
Syndrome de Gougerot-Sjögren	1.54%
Pyoderma gangrenosum	1.54%
Prurit d'étiologie interne	1.54%
Prurit sine matéria	1.54%
Tumeurs annexielles	1.23%
Sarcoïdose	0.92%
Eczéma	0.62%
Syndrome de Sweet	0.62%
Prurigo	0.62%
Amylose	0.31%
Carcinome mammaire	0.31%
Fasciite de Shulman	0.31%
Leucémie lymphoïde chronique	0.31%
Lichen plan	0.31%
Métastase cutanée	0.31%
Mycose profonde	0.31%
Myélome multiple	0.31%
Pemphigoïde cicatricielle	0.31%
Parapsoriasis	0.31%

1. Les dermatoses infectieuses :

Dans le service de dermatologie, 95 patients étaient hospitalisés pour la prise en charge de dermatoses infectieuses, représentant 29,68 % de l'ensemble des sujets âgés hospitalisés.

1.1 Répartition selon l'âge et le sexe :

L'âge moyen dans ce groupe était de 74,2 ans, avec un maximum de 98 ans. La répartition des tranches d'âge enregistrées dans ce groupe montrait une prédominance de la première tranche d'âge, entre 65 et 74 ans (Figure 8).

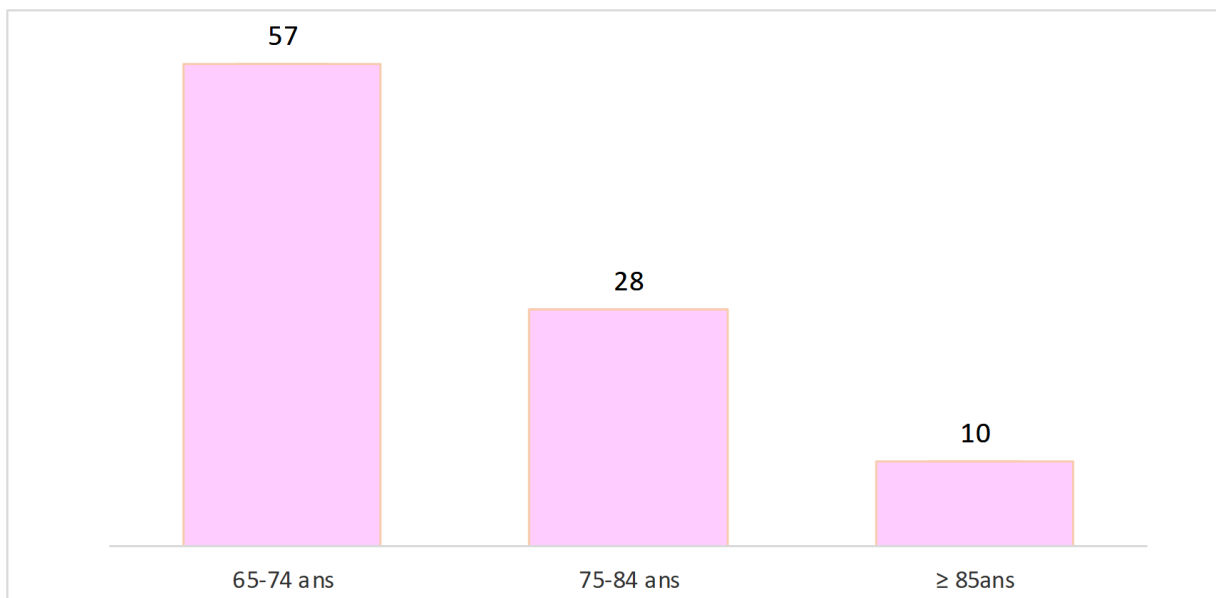


Figure 8 : Répartition des tranches d'âge des patients hospitalisés pour dermatoses infectieuses :

On notait une prédominance féminine dans ce groupe puisque le sexe ratio H/F était de 0.93 (Figure 9).

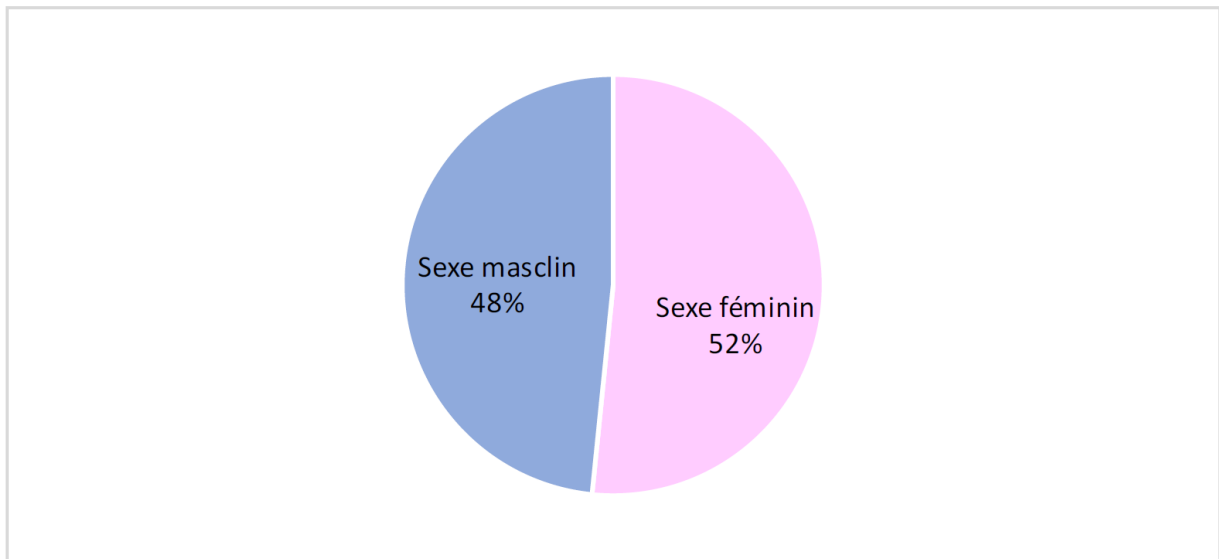


Figure 9 : Répartition selon le sexe des patients hospitalisés pour dermatoses infectieuses :

1.2 Nombre d'hospitalisation :

La durée moyenne d'hospitalisation des patients ayant une dermatose infectieuse était de 10 jours. Un total de 115 hospitalisations était enregistré dans ce groupe, réparti comme suit (Tableau II) :

Tableau II : Répartition des hospitalisations pour dermatoses infectieuses :

Nombre d'hospitalisations	Nombre de patients	Pourcentage
Une hospitalisation	83	87.4%
Deux hospitalisations	6	6.3%
Trois hospitalisations	4	4.2%
Quatre hospitalisations	2	2.1%

1.3 Répartition des dermatoses selon l'étiologie infectieuse :

Les dermatoses bactériennes, qui nécessitaient une hospitalisation, occupaient le premier rang, suivies des dermatoses virales, puis un seul patient était hospitalisé pour une mycose (Tableau III).

Tableau III : Répartition des dermatoses infectieuses selon le type :

Type d'infection cutanée	Nombre de patients	Pourcentage
Bactérienne	76	80.0%
Virale	10	10.5%
Parasitaire	8	8.4%
Mycosique	1	1.1%

1.4 Les dermatoses bactériennes :

Parmi les dermatoses infectieuses chez le sujet âgé, les dermatoses bactériennes étaient les plus fréquentes, représentant 80 % des cas, comme illustré dans le tableau ci-dessous. Les dermo-hypodermes bactériennes occupaient le premier rang, représentant 84,2 % des cas. En deuxième position, l'anthrax et la staphylococcie maligne de la face étaient observés dans 6,6 % des cas chacun. Enfin, les dermatoses bactériennes les plus rares étaient l'abcès et l'actinomycose, avec une prévalence de 1,3 % chacun (Tableau IV).

Tableau IV : Répartition des dermatoses bactériennes du sujet âgé en hospitalier :

Type d'infections bactériennes	Nombre de patients	Pourcentage
Dermo-hypodermes bactériennes	64	84.2%
Staphylococcie maligne de la face	5	6.6%
Anthrax	5	6.6%
Abcès	1	1.3%
Actinomycose	1	1.3%

a) Les dermo-hypodermes :

Parmi celles-ci, les dermo-hypodermes bactériennes non nécrosantes faites exclusivement d'érysipèle, étaient observées dans 96,9 % des cas (62 patients), tandis que les dermo-hypodermes bactériennes nécrosantes à type de fasciite nécrosante, représentaient 3,1 % des cas (2 patients).

- **L'âge :**

L'âge moyen dans cette section était de 74,4 ans, avec un âge maximal de 98 ans. La première tranche d'âge, entre 65 ans et 74 ans, était prédominante dans les dermo-hypodermes (Tableau V).

Tableau V : Répartition des dermo-hypodermes chez le sujet âgé selon les tranches d'âge :

Tranche d'âge	Nombre de patients	Pourcentage
1	35	54,7
2	22	34,4
3	7	10,9

- **Le sexe :**

Le sexe féminin était prédominant, avec un sexe ratio hommes/femmes de 0,82 (Tableau VI).

Tableau VI : Répartition des dermo-hypodermes chez le sujet âgé selon le sexe :

Sexe	Nombre de patients	Pourcentage
Masculin	29	45,3
Féminin	35	54,7

- **Nombre d'hospitalisations par patient :**

La durée moyenne d'hospitalisation dans les dermo-hypodermes était de 10 jours. Un nombre total de 80 hospitalisations était enregistré. Le nombre d'hospitalisations reflète le nombre de récives des dermo-hypodermes chez le sujet âgé (Tableau VII).

Tableau VII : Répartition du nombre des hospitalisations des dermo-hypodermes chez le sujet âgé :

Nombre d'hospitalisations	Nombre de patients	Pourcentage
Une hospitalisation	55	85,9
Deux hospitalisations	4	6,3
Trois hospitalisations	3	4,7
Quatre hospitalisations	2	3,1

- **Les comorbidités :**

Des antécédents ont été rapportés chez 90,6 % des cas, soit 58 patients. Parmi ces patients, 45,3 % présentaient un diagnostic de diabète, soit 29 patients, 29,7 % avaient une hypertension artérielle (HTA), soit 19 patients, et 21,9 % avaient des antécédents d'érysipèle, soit 14 patients. En outre, 17,2 % des patients, soit 11 personnes, ont signalé une prise concomitante d'AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens), tandis que 7,8 % étaient traités pour une polyarthrite rhumatoïde sous corticothérapie, soit 5 patients. Des antécédents de fasciite nécrosante étaient observés chez 4,7 % des patients, soit 3 personnes. Un surpoids était noté chez 10,9 % des patients, soit 7 personnes, tandis que 12,5 % présentaient un lymphœdème, soit 8 patients. Chez 20,3 % des patients, un antécédent traumatique en rapport avec l'érysipèle a été décrit.

- **La description clinique :**

La symptomatologie était dominée par un placard inflammatoire douloureux, observé chez 95,3 % des patients, suivi de l'altération de l'état général, présente chez 60 % des patients. Les complications locales étaient variées : les fistules étaient présentes chez 20,3 % des patients, suivies du purpura pétéchial chez 18,8 % des patients. Des lésions nécrotiques étaient constatées chez 10,9 % des patients, tandis que les troubles de sensibilité locales et les bulles hémorragiques étaient moins fréquents, observés respectivement chez 3,1 % des patients.

La localisation au membre inférieur était décrite dans 92,2 % des cas, la jambe étant le siège prédominant dans 79,7 % des cas, suivie de la cuisse dans 21,9 % des cas, tandis que la localisation au membre supérieur était observée dans 7,8 % des cas. L'atteinte était étendue à tout le membre dans 39,1 % des cas, et bilatérale dans 9,4 % des cas.

La porte d'entrée était présente chez 92,2 % des patients, dont les infections mycosiques superficielles étaient les plus fréquentes, observées chez 75 % des patients.

- **Les données paracliniques :**

Le syndrome infectieux était marqué par une hyperleucocytose à prédominance polynucléaire neutrophile (PNN) dans 70,3 % des cas, ainsi qu'une élévation de la CRP dans 93,8 % des cas. Une perturbation de la fonction rénale était observée dans 10,2 % des cas, tandis que 39,1 % des patients présentaient une hyperglycémie.

Concernant les prélèvements bactériologiques, un résultat positif était obtenu dans 14,1 % des cas, avec une prédominance des bacilles à Gram négatif retrouvés dans 7 % des cas. L'échographie des parties molles, couplée au doppler, était réalisée dans 56,3 % des cas. Elle révélait la présence d'une collection dans 12,5 % des cas, tandis qu'une thrombose veineuse profonde était mise en évidence dans 3,1 % des cas.

- **Le traitement :**

Tous les patients ont reçu un traitement médical à base d'antibiothérapie général, de soins et de règles hygiéno-diététiques et de rééquilibrage glycémique en cas de déséquilibre, et d'antalgiques.

L'amoxicilline protégée était prescrite chez 82,2 % des patients, tandis que d'autres alternatives prescrites comprenaient notamment les C3G. L'antibiothérapie locale à base d'acide fusidique était prescrite chez 20,3 % des patients.

Les antifongiques étaient prescrits chez 75 % des patients pour traiter une porte d'entrée mycosique. De plus, 18,8 % des patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical, dont : 9,4 % ont subi un drainage de collection, 3,1 % une amputation et 12,5 % une nécrosectomie.

- **L'évolution :**

Parmi ces patients, la grande majorité, soit 90,6 %, présentaient une évolution favorable de leur état de santé. Quelques cas, représentant 3,1 %, connaissaient une évolution légèrement favorable ou lente.

Cependant, quatre patients, soit 6,3 %, avaient présenté une aggravation. Il est à noter qu'un patient diagnostiqué avec une fasciite nécrosante présentait un profil évolutif stationnaire, malgré une couverture antibiotique à base de C3G, avec persistance de plaques de nécrose.

Parmi les cas ayant une aggravation clinique, un patient devait être amputé après la dissémination de l'infection vers tout le membre. Un autre patient ayant des ulcères veineux montrait une amélioration par la suite. Deux patients évoluaient vers un état de choc et étaient transférés en réanimation. Ces deux patients étaient réadmis après stabilisation, et s'améliorait sur le plan clinique.

b) La staphylococcie maligne de la face :

Cinq patients étaient hospitalisés pour prise en charge de staphylococcie maligne de la face, ce qui représente 6,6 % de l'ensemble des dermatoses bactériennes.

• **L'âge :**

L'âge moyen dans cette section était de 77,6 ans, avec comme âge maximal 89 ans. 60% des patients faisaient partie de la première tranche d'âge de 65–74 ans, tandis que 40% sont de la deuxième tranche d'âge de 75–84 ans.

• **Le sexe :**

Parmi les patients, 80 % étaient de sexe masculin, avec un ratio hommes/femmes de 4.

• **La description clinique :**

La symptomatologie comprenait un placard inflammatoire douloureux facial, observé chez tous les patients. Une altération de l'état général était présente chez 3 patients, avec une localisation médio-faciale chez 2 patients. Parmi ces patients, deux rapportaient la notion d'un traumatisme facial précédant l'atteinte cutanée. Les complications locales étaient les suivantes : des lésions nécrotiques chez un patient, un placard violacé chez un patient, et un œdème palpébral empêchant l'ouverture des yeux chez un patient.

• **Les données paracliniques :**

Le syndrome infectieux se caractérisait par une hyperleucocytose à prédominance PNN chez un patient parmi 5, et une CRP ascensionnée dans la totalité des cas. La fonction rénale était perturbée chez un patient parmi 5, tout comme la glycémie, qui était élevée chez un patient parmi 5. Le prélèvement bactériologique révélait des cocci gram positif chez un patient.

- **Le traitement :**

Tous ces patients recevaient un traitement médical comprenant une antibiothérapie générale, des soins, des règles hygiéno-diététiques et un rééquilibrage glycémique en cas de déséquilibre, ainsi que des antalgiques. Les C3G étaient prescrites chez 80 % des patients, tandis que l'amoxicilline protégée était prescrite chez un patient d'entre eux. Le traitement chirurgical consistait en un drainage chez deux patients.

- **L'évolution :**

La majorité des patients évoluaient favorablement (80 %). Chez un seul patient, une complication sous forme d'accident vasculaire cérébral ischémique de l'artère carotide moyenne survenait, marquant une altération de la conscience et entraînant le décès.

c) **L'anthrax :**

Cinq patients étaient hospitalisés pour la prise en charge de l'anthrax, ce qui représentait 6,6 % de l'ensemble des dermatoses bactériennes.

- **L'âge :**

Dans cette section, l'âge moyen était de 70 ans, avec un âge maximal de 83 ans. Parmi ces patients, 80 % se situaient dans la première tranche d'âge, soit de 65 à 74 ans, tandis que dix pour cent appartenaient à la deuxième tranche d'âge, soit de 75 à 84 ans.

- **Le sexe :**

Trois patients, soit 60 %, étaient de sexe masculin, avec un rapport hommes/femmes de 1,5.

- **La description clinique :**

Chez tous les patients un placard inflammatoire douloureux était décrit, tandis que 4 patients présentaient une altération de l'état général. Une furonculose était observée chez 3 patients, tandis que l'aspect de pomme d'arrosoir était rapporté chez deux patients. La localisation dorsale était retrouvée chez 4 patients, tandis qu'elle était axillaire dans un seul cas. Les complications locales étaient les suivantes : des fistules étaient observées chez 4 patients, tandis que des lésions nécrotiques étaient présentes chez un patient.

- **Les données paracliniques :**

Le syndrome infectieux était caractérisé par une hyperleucocytose à prédominance polynucléaire neutrophile (PNN) chez deux patients, avec une CRP élevée dans 100 % des cas. Une perturbation de la fonction rénale était observée dans un cas, tandis que 4 cas présentaient une hyperglycémie. L'échographie des parties molles révélait la présence d'une collection dans 3 cas.

- **Le traitement :**

Tous les patients recevaient un traitement médical comprenant une antibiothérapie générale, des soins, des règles hygiéno-diététiques et un rééquilibrage glycémique en cas de déséquilibre, ainsi que des antalgiques. En ce qui concerne les traitements spécifiques, l'amoxicilline protégée était prescrite chez 4 patients, tandis que les C3G étaient prescrites chez un patient. En ce qui concernait les interventions chirurgicales, 4 patients subissaient un drainage de collection, tandis qu'un patient nécessitait une nécrosectomie.

- **L'évolution :**

Parmi ces patients, trois patients évoluaient favorablement, tandis que deux patients nécessitaient un transfert vers un service chirurgical pour complément de prise en charge.

d) L'abcès :

Un patient de 65 ans, de sexe masculin, était hospitalisé pour la prise en charge d'un abcès compliquant un furoncle, représentant 1,3 % de l'ensemble des dermatoses bactériennes. La symptomatologie, dans un contexte où l'état général était conservé, comprenait

un nodule inflammatoire douloureux de localisation faciale, sous narinaire avec écoulement de pus, associé à une furonculose. Les données paracliniques montraient une hyperleucocytose à prédominance PNN, une CRP élevée et une hyperglycémie. Le traitement incluait une antibiothérapie générale à base d'amoxicilline protégée, des soins, des règles hygiéno-diététiques, des antalgiques, un drainage chirurgical et un rééquilibrage glycémique. L'évolution était favorable sans complications.

e) **L'actinomyose :**

Un patient âgé de 69 ans, de sexe masculin, était hospitalisé pour la prise en charge d'une actinomyose, représentant 1,3 % de l'ensemble des dermatoses bactériennes. Ce patient présentait un placard nodulaire fistulisé au niveau anopérinéal, avec conservation de l'état général. Les données paracliniques révélaient un syndrome infectieux avec une hyperleucocytose à prédominance PNN et une CRP élevée. Les résultats des biopsies étaient en faveur d'une actinomyose abcédée.

Le traitement administré à ce patient était principalement à base d'antibiothérapie générale, notamment la doxycycline, associée à des soins et des règles hygiéno-diététiques. Malgré ces interventions, le profil évolutif était stationnaire, nécessitant ainsi une prise en charge multidisciplinaire.

1.5 Les dermatoses virales :

Les dermatoses virales chez le sujet âgé occupaient le deuxième rang des dermatoses infectieuses avec 10,5 %. Le zona était la seule dermatose virale nécessitant une hospitalisation. Dix patients de notre série étaient hospitalisés, ce qui représentait 3,02 % du nombre global des patients.

• **L'âge :**

L'âge moyen dans cette section était de 73 ans, avec un âge maximal de 88 ans. La 1^{ère} tranche d'âge entre 65 ans et 74 ans était prédominante chez les patients atteints de zona (Tableau VIII).

Tableau VIII : Répartition des tranches d'âge des sujets âgés hospitalisés pour zona :

Tranche d'âge	Nombre de patients	Pourcentage
1	7	70,0
2	2	20,0
3	1	10,0

- **Le sexe :**

Pas de prédominance de sexe dans le zona le sexe ratio était de 1.

- **La description clinique :**

La symptomatologie notait une altération de l'état général chez 2 patients, avec une fièvre observée chez 3 patients. Les prodromes, tels que des sensations de brûlure ou de cuisson, étaient rapportés chez 4 patients, tandis que l'hypoesthésie de la zone atteinte était observée chez un patient. Le placard métamérique était décrit chez 9 patients, avec une localisation à un seul métamère rapportée chez 6 patients. L'atteinte était principalement localisée sur le tronc dans la moitié des cas, sur la face et oculaire chez 3 patients, cervico-dorsale chez 2 patients, et généralisée chez un patient. En ce qui concerne les complications aiguës, des lésions nécrotiques étaient observées chez 2 patients, des lésions ulcéro-hémorragiques chez deux autres patients, et des lésions impétiginisées dans la moitié des cas.

Chez ces patients le zona multi-métamérique était rapporté chez 4 patients, tandis que le zona nécrotico-hémorragique était observé chez un patient. La présentation sous forme de zona varicelle concernait 2 patients, tandis que le zona nécrotique était présent chez 2 patients. Enfin, le zona ophtalmique était observé chez un patient.

- **Les données paracliniques :**

Dans 90% des cas, une élévation de la CRP était observée, tandis que la fonction rénale était perturbée chez 20% des patients.

- **Le traitement :**

Tous les patients recevaient un traitement antalgique et antiviral par voie générale à base d'aciclovir 10mg/kg/8h pendant une durée de 7 jours, ainsi que des soins, des règles hygiéno-diététiques et un rééquilibrage glycémique en cas de déséquilibre. L'antibiothérapie générale était prescrite chez 4 patients, tandis que l'antibiothérapie locale était prescrite chez 6 patients.

- **L'évolution :**

Parmi ces patients, neufs patients connaissaient une évolution favorable. En ce qui concerne les complications, deux patients présentaient des complications oculaires, dont un patient avait des lésions cicatricielles à l'examen ophtalmologique, jugées irréversibles.

1.6 Les dermatoses parasitaires :

Les parasitoses cutanées occupaient le troisième rang parmi les dermatoses infectieuses, représentant 8,4 % des cas. Huit patients étaient hospitalisés pour prise charge de ces affections, ce qui correspond à 2,5 % du total des patients.

Les deux parasitoses rapportées étaient :

- La leishmaniose cutanée chez 6,31%.
- La gale chez 2,10%.

- **L'âge :**

L'âge moyen était de 74,1 ans, avec comme âge maximal de 80 ans.

- **Le sexe :**

On notait une prédominance de sexe féminin dans ce groupe avec un sexe ratio H/F de 0,6 (Tableau IX).

Tableau IX : Répartition des dermatoses parasitaires chez le sujet âgé selon le sexe :

Sexe	Nombre de patients	Pourcentage
Masculin	3	37,5
Féminin	5	62,5

a) **La leishmaniose cutanée :**

Sept patients étaient hospitalisés pour la prise en charge de la leishmaniose cutanée, dont 2 patients rapportaient soit une notion de séjour en zone rurale, soit un antécédent familial de leishmaniose cutanée. La durée d'évolution variait de 15 jours à 15 ans.

• **La description clinique :**

La symptomatologie était caractérisée par un prurit chez deux patients, ainsi que par des lésions douloureuses. Les formes cliniques observées comprenaient le bouton d'Orient chez deux patients, les lésions lupoides chez trois patients et les lésions pseudosporotrichoïdes chez un patient. En ce qui concerne la localisation, les lésions étaient présentes sur le visage dans la moitié des cas, ainsi que sur les membres supérieurs et inférieurs, également dans la moitié des cas.

• **Les données paracliniques :**

Une anémie hypochrome microcytaire, une élévation de la CRP et une accélération de la vitesse de sédimentation étaient observées dans la moitié des cas. Chez tous ces patients, le frottis cutané confirmait la présence de leishmaniose.

• **Le traitement :**

Parmi ces patients, cinq patients étaient traités par méglumine antimoniate, un patient refusait le traitement, et un autre était traité par photothérapie dynamique.

• **L'évolution :**

Parmi les patients hospitalisés pour leishmaniose cutanée, 70 % connaissaient une évolution favorable de leurs lésions. Quatre patients présentaient une évolution stationnaire.

b) **La gale :**

Deux patients étaient hospitalisés pour une prise en charge de la gale. Une patiente de sexe féminin présentait une forme classique de la gale, tandis qu'un patient de sexe masculin avait une forme de gale norvégienne. Ils étaient respectivement âgés de 72 et 73 ans.

- **La description clinique :**

Dans la gale norvégienne, la symptomatologie comprenait une altération de l'état général, tandis qu'en gale classique, il y avait un prurit associé à des lésions de grattages, des fissures interdigitales et des pustules. En revanche, dans la gale norvégienne, des lésions squameuses et une hyperkératose fissuraire farineuse généralisée étaient décrites.

- **Les données paracliniques :**

Dans la gale classique, une hyperéosinophilie était décrite, et un examen parasitologique avait mis en évidence le sarcopte scabiei. Et dans la gale norvégienne, une lymphopénie, une CRP ascensionnée, une VS accélérée et un bilan rénal perturbé étaient observés.

- **Le traitement :**

Les deux patients recevaient du benzoate de benzyle et des soins locaux. Le patient diagnostiqué de gale norvégienne recevait également de l'ivermectine à une dose unique de 200 µg/kg, une antibiothérapie par voie générale et une héparinothérapie.

- **L'évolution :**

Parmi les deux patients hospitalisés pour la gale, un présentait une évolution favorable et l'autre était décédé. Le décès concernait le patient atteint de gale norvégienne, survenant à la suite d'une détresse respiratoire.

1.7 Les mycoses cutanées :

Elles se classaient en dernier rang parmi les dermatoses infectieuses, ne représentant que 0,31 % des 320 patients hospitalisés. Bien que les mycoses superficielles, comme les onychomycoses (39 %) et l'intertrigo inter-orteil (23 %), étaient fréquentes dans notre population, mais ne constituaient pas un motif d'hospitalisation mais plutôt des pathologies habituellement rencontrées en consultation.

- **Mycose profonde :**

Une patiente de 65 ans, était hospitalisée pour des lésions nodulaires érythémateuses présentes sur le tronc, la cuisse, la jambe et le pli de flexion dorsale du pied, dans un contexte de conservation de l'état général. Les biopsies cutanées confirmaient la présence de la

chromomycose. Le traitement comprenait la prise de voriconazole 200 mg deux fois par jour pendant 3 mois par voie générale, ainsi que trois séances de photothérapie dynamique et l'exérèse des lésions. L'évolution de cette patiente était favorable.

2. Les dermatoses tumorales :

Un total de 71 patients était hospitalisé pour la prise en charge d'une atteinte tumorale.

2.1 L'âge et le sexe :

La moyenne d'âge dans ce groupe étiologique était de 76ans, avec un maximum de 90ans. La 2^{ème} tranche d'âge était prédominante dans la pathologie tumorale cutanée (Figure 10).

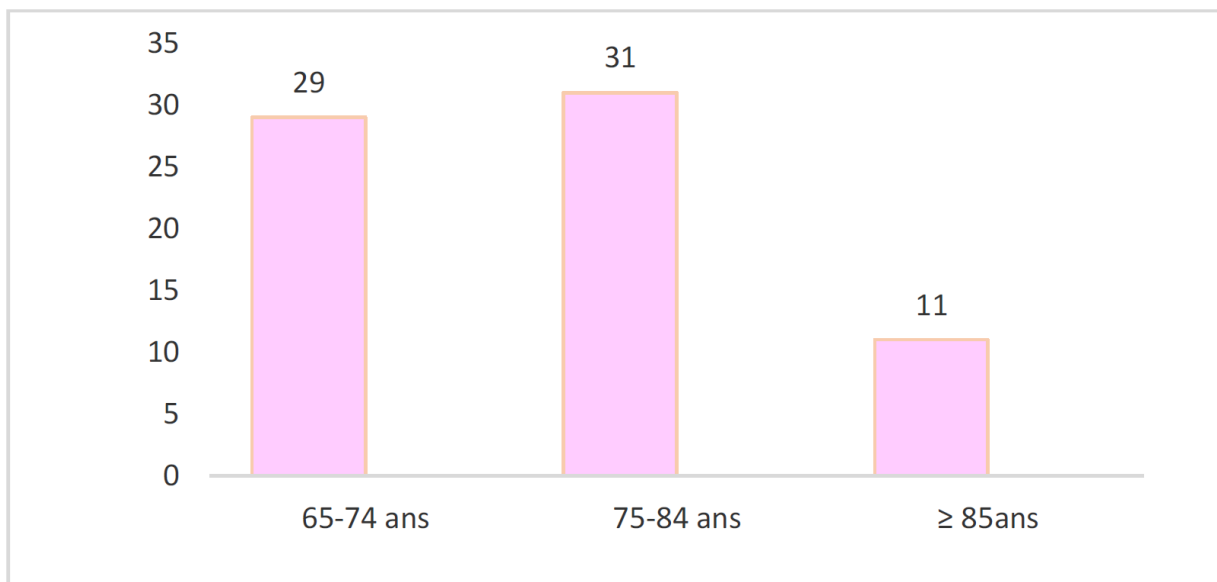


Figure 10 : Répartition selon les tranches d'âge des patients hospitalisés pour atteintes tumorales :

On notait une prédominance masculine puisque le sexe ratio homme/femme est de 2,08 (Figure 11).

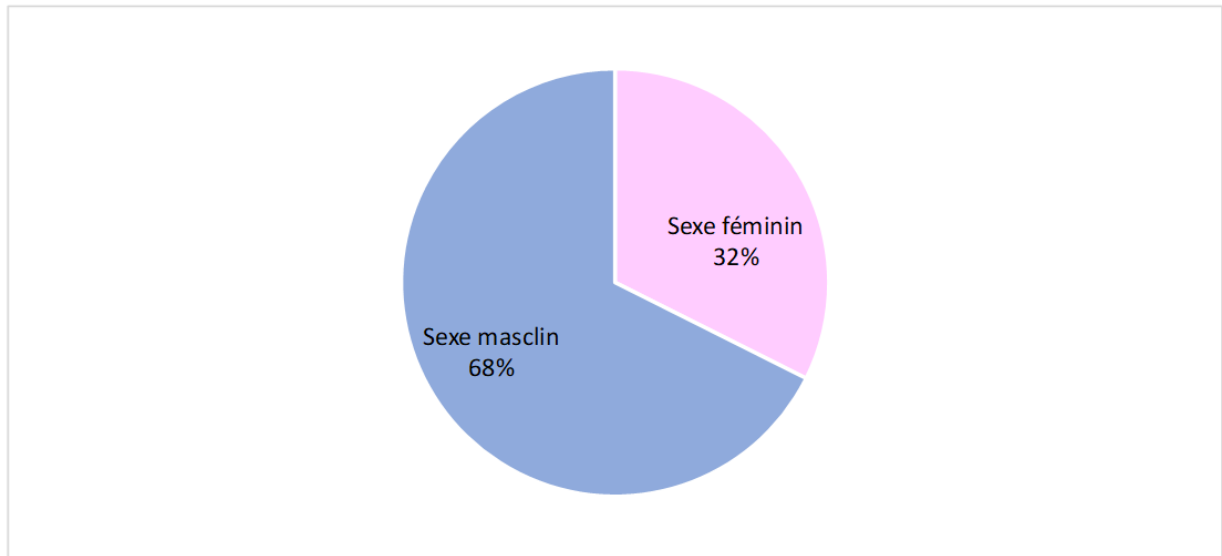


Figure 11 : Répartition selon le sexe des patients hospitalisés pour atteintes tumorales :

2.2 L'hospitalisation :

L'hospitalisation était unique pour 80,6 % des patients. La durée moyenne de séjour était de 18 jours.

2.3 Les comorbidités :

Onze patients rapportaient des antécédents personnels de néoplasie, représentant 15,5 % des cas. Parmi eux, cinq patients étaient sous immunosuppresseurs, soit 6,9 %, et trois patients avaient reçu une radiothérapie, ce qui équivaut à 4,2 %.

2.4 Les signes d'appel :

La symptomatologie comprenait un prurit chez 19,7 % des patients, tandis que 62,0 % présentaient une altération de l'état général. L'évolution des lésions et des symptômes s'étendait sur une période allant de 2 mois à 12 ans.

2.5 Le bilan paraclinique :

Parmi les patients, 46,5 % (33 cas) présentaient une anémie, dont 30 % (22 cas) étaient de type hypochrome microcytaire et 16,5 % (11 cas) étaient de type normochrome normocytaire. Chez 10 % (7 cas) des patients, le bilan infectieux était en faveur de surinfections des lésions. La biopsie cutanée réalisée chez tous les patients confirmait le diagnostic tumoral.

2.6 Les diagnostics :

Le nombre total était de 73 tumeurs diagnostiquées (Tableau X).

Tableau X : Répartition des tumeurs selon le sexe et le type chez le sujet âgé :

Type tumoral	Nombre total de diagnostic	Sexe	Nombre selon le sexe	% selon le sexe	% total
Lymphome	19	Masculin	12	16.44%	25.97 %
		Féminin	7	9.59%	
Carcinome épidermoïde	19	Masculin	12	16.44%	25.97 %
		Féminin	7	9.59%	
Mélanome	14	Masculin	10	13.70%	19.18%
		Féminin	4	5.48%	
Carcinome basocellulaire	7	Masculin	3	4.11 %	9.59%
		Féminin	4	5.48%	
Maladie de Kaposi	6	Masculin	5	6.85%	8.22 %
		Féminin	1	1.37%	
Carcinome des annexes	4	Masculin	4	5.48%	5.48%
		Féminin	0	0.0%	
Métastase cutanée	1	Masculin	1	1.37%	1.37%
		Féminin	0	0.0%	
Carcinome mammaire	1	Masculin	1	1.37%	1.37%
		Féminin	0	0.0%	
Myélome multiple	1	Masculin	1	1.37%	1.37%
		Féminin	0	0.0%	
Leucémie lymphoïde chronique	1	Masculin	0	0.0%	1.37%
		Féminin	1	1.37%	

2.7 Les lymphomes :

Les lymphomes cutanés représentaient 25,9 % de l'ensemble des tumeurs diagnostiquées. Ils étaient plus fréquents chez les hommes, avec un sexe ratio H/F de 1,72. La moyenne d'âge chez les patients atteints de lymphome cutané était de 74,90 ans, avec 85 ans comme âge extrême. La 2^{ème} tranche d'âge était prédominante chez les patients diagnostiqués de lymphomes (Tableau XI).

Tableau XI : Répartition des tranches d'âge dans le lymphome chez le sujet âgé :

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
1	8	42,1
2	10	52,6
3	1	5,3
Total	19	100,0

La durée moyenne de l'hospitalisation était de 21 jours. Parmi ces patients 63.1% étaient hospitalisés une seule fois (Tableau XII).

Tableau XII : Le nombre d'hospitalisations des patients atteints de lymphome cutané :

Nombre d'hospitalisations	Effectifs	Pourcentage
1	12	63,1
2	4	21,2
3	2	10,5
4	1	5,2
Total	19	100,0

Parmi les cas de lymphomes, une prévalence de 73,6 % était attribuée aux lymphomes T, tandis que les lymphomes B représentaient 21 % des cas, tous étant des lymphomes B à grandes cellules affectant les membres inférieurs. Un seul patient avait été diagnostiqué avec un lymphome malin hodgkinien, représentant ainsi 5,2 % des cas. Les lymphomes T étaient répartis comme suit (Tableau XIII) :

Tableau XIII : Classification des lymphomes T cutanés chez le sujet âgé :

Type du lymphome T	Nombre de patients	Pourcentage
Mycosis fongoïde	10	71%
Syndrome de Sézary	4	29%

• **Les signes d'appels :**

La symptomatologie était faite d'altération de l'état général chez 47% des patients, et de prurit présent chez 63%. La durée d'évolution était de 2mois et 16ans.

- **La présentation clinique :**

Dans 54.2% des cas les lésions dermatologiques étaient faites de plaques érythémato-squameuses, dans 29.2% des cas l'examen trouvait des nodules, dans 4.2% des cas les lésions étaient soit des papules kératosiques, soit une masse bourgeonnante, soit des ulcérations, chez 4.2% il n'y avait pas de lésion spécifique. Ces lésions étaient d'extension généralisée chez 42% des patients. L'érythrodermie sèche était présente dans 26% des cas, un seul patient avait un faciès léonin, 15% avaient des érosions sur les lésions. Chez 31% l'examen pleuropulmonaire était pathologique et chez 26% les aires ganglionnaires étaient envahies.

- **Le bilan paraclinique :**

Dans 21% des cas soit une lymphopénie ou une lymphocytose étaient associées, le syndrome inflammatoire était présent chez 26.3%, et la fonction rénale était perturbée chez 10% des cas. La biopsie cutanée associée à l'immunohistochimie était en faveur d'un lymphome dans tous les cas. La biopsie ganglionnaire était réalisée dans 15% des cas était en faveur d'une atteinte lymphomateuse, la biopsie ostéomédullaire était faite chez 5% excluait l'envahissement de la moelle osseuse. Le frottis sanguin était réalisé chez 42% confirmait la présence des cellules de Sezary dans la moitié des cas.

- **Le traitement :**

Les patients étaient traités avec des dermocorticoïdes dans 47 % des cas, des corticoïdes systémiques dans 15 % (3 cas), du méthotrexate dans 36 % (7 cas), de la chimiothérapie dans 31 % (6 cas), de la photothérapie dans 21 % (4 cas), et 42 % (8 cas) avaient reçu des antihistaminiques pour soulager le prurit.

- **L'évolution :**

Dans ce groupe, 21 % des patients présentaient une surinfection des lésions, parmi lesquels un patient était décédé suite à une infection par des germes spécifiques (*Pseudomonas* et *Acinetobacter*). Deux autres patients étaient référés en réanimation en raison d'une infection nosocomiale pour l'un et d'une méningoencéphalite post-infection herpétique pour l'autre, et ils avaient tous les deux une évolution favorable en réanimation.

Parmi l'ensemble des patients qui présentaient un lymphome cutané, 36,6 % des patients avaient une évolution favorable.

2.8 Les tumeurs épithéliales :

- Les données épidémiologiques :

Parmi les tumeurs diagnostiquées, 31 étaient des tumeurs épithéliales, représentant ainsi 42 % de l'ensemble des tumeurs identifiées. On notait une prédominance du sexe masculin puisque le sexe ratio H/F est de 1,82 (Tableau XIV).

Tableau XIV : Répartition des sujets âgés atteints de tumeurs épithéliales selon le sexe :

Sexe	Nombre de patients	Pourcentage
Masculin	20	64.51 %
Féminin	11	35.48 %

La moyenne d'âge chez les patients atteints de carcinome cutané était de 77,4 ans avec 88 ans comme âge extrême. La 2^{ème} tranche d'âge était prédominante chez les patients diagnostiqués de carcinomes. La durée moyenne d'hospitalisation était de 16 jours (Tableau XV).

Tableau XV : Répartition des tranches d'âge chez les sujets âgés atteints de tumeurs épithéliales :

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
1	9	29.0 %
2	15	48.4 %
3	7	22.6 %
Total	31	100,0

Le carcinome épidermoïde était présent dans 61,29 % des cas : 38,7 % concernaient des patients de sexe masculin et 22,5 % des patients de sexe féminin ; chez 3,22 % des patients, le carcinome épidermoïde était in situ.

Le carcinome basocellulaire représentait 22,5 % des cas : 9,6 % concernaient des patients de sexe masculin et 12,9 % des patients de sexe féminin. Il s'agit de la seule tumeur à

prédominance féminine ; chez 3,44 % des patients, il était associé respectivement à un carcinome épidermoïde et à un mélanome.

Les tumeurs annexielles étaient retrouvées dans 12,9 % des cas : 9,6 % (3 cas) étaient des hidradénocarcinomes et 3,22 % (1 cas) étaient des carcinomes sébacés, survenant chez des patients de sexe masculin.

Enfin, un carcinome mammaire de type basaloïde était diagnostiqué chez un seul patient de sexe masculin, représentant ainsi 3,22 % des cas.

- **Les signes d'appel :**

La symptomatologie était faite d'altération de l'état général chez 34.4% (11 patients), les patients rapportaient des lésions douloureuses dans 21% des cas, la durée de la symptomatologie variait de 2mois à 5ans.

- **La présentation clinique :**

Dans le carcinome épidermoïde, les lésions étaient principalement des masses ulcéro-bourgeonnantes dans 60 % des cas, des nodules dans 30 % des cas et des ulcérations dans 10 % des cas. La localisation la plus fréquente était crâniofaciale, observée dans 47,7 % des cas, tandis que l'atteinte au membre supérieur représentait 8,6 % des cas. La localisation génitale et l'atteinte au thorax et au membre inférieur étaient observées dans 4,3 % des cas chacune.

Dans le carcinome basocellulaire, les lésions étaient des masses ulcéro-bourgeonnantes dans 50 % des cas, des nodules étaient retrouvés dans 37,5 % des cas, et des ulcérations dans 12,5 % des cas. Une bordure perlée était observée dans 33 % des cas. La localisation faciale était la plus fréquente, observée dans 80 % des cas, tandis que les zones non photo-exposées représentaient 20 % des cas.

Dans les carcinomes annexiels, notamment le carcinome sébacé et l'hidradénocarcinome, des ulcérations étaient observées dans 75 % des cas, tandis que des lésions nodulaires étaient présentes dans 25 % des cas pour l'hidradénocarcinome. Quant au carcinome sébacé, une lésion ulcéro-bourgeonnante était notée. La localisation de ces lésions était exclusivement faciale.

Dans le carcinome mammaire, une ulcération saignante localisée au niveau mammaire était observée.

Chez 4 patients l'examen pleuropulmonaire était pathologique, et chez 7 patients les aires ganglionnaires étaient envahies.

- **Les données paracliniques :**

Dans 46,7 % des cas, une anémie était associée, attribuable à des saignements répétitifs au site de la tumeur. La biopsie cutanée associée à l'immunohistochimie était réalisée dans la totalité des cas pour confirmer le type histologique. La biopsie ganglionnaire était réalisée dans 6,45 % des cas et montrait une infiltration ganglionnaire. La présence de métastases était observée chez 19,35 % des patients.

- a) **Le traitement :**

Le traitement était essentiellement basé sur la chirurgie, complété par la radiothérapie et la chimiothérapie en cas de métastases. Les patients ayant une surinfection des lésions étaient mis sous antibiothérapie locale.

- b) **L'évolution :**

Dans ce groupe 16.1% des patients présentaient une surinfection des lésions. L'évolution était favorable chez 83,4 % des cas, tandis que 13,3 % étaient transférés en oncologie pour un complément de prise en charge.

2.9 Les mélanomes :

Les mélanomes cutanés représentaient 19,0 % de l'ensemble des tumeurs diagnostiquées. La durée moyenne d'hospitalisation était de 15 jours. On notait une prédominance masculine avec un sexe ratio F/H de 0,4. La moyenne d'âge chez les patients atteints de mélanome cutané était de 75,7 ans, avec un âge extrême de 87 ans, et une évolution allant de 3 mois à 6 ans. La 1^{ère} tranche d'âge était dominante chez les patients diagnostiqués de mélanome (Tableau XVI).

Tableau XVI : Répartition selon les tranches d'âge des patients hospitalisés pour mélanome :

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
1	7	50,0
2	5	35,7
3	2	14,3

- **La présentation clinique :**

Les lésions dermatologiques se présentaient sous forme de macules pigmentées dans 42,9 %, de nodules dans 23,8 %, de masses ulcéro-bourgeonnantes dans 23,8 %, et de mélanonychie dans 9,5 %. Ces lésions étaient saignantes dans 28,6 % des cas (4 patients). La localisation plantaire était la plus fréquente, représentant 60 % des cas (Tableau XVII).

Tableau XVII : Répartition des localisations du mélanome chez le sujet âgé :

Localisation	Nombre de lésions	Pourcentage
La plante du pied	12	60.0%
Matrice unguéale	3	15.0%
Abdomen	1	5.0%
Paupières	1	5.0%
Membre inférieur	1	5.0%
Joue	1	5.0%
Cuisse	1	5.0%

L'examen pleuropulmonaire était pathologique chez un seul patient, et les aires ganglionnaires étaient envahies dans 28,6%.

- **Les données paracliniques :**

Une anémie était associée dans 42,9% des cas (6 patients). La biopsie cutanée, associée à l'immunohistochimie, était réalisée chez tous les patients et confirmait la présence d'un mélanome. Au terme du bilan d'extension, une atteinte métastatique était observée dans 28,6% des cas (4 patients).

- **Le traitement :**

Dix patients étaient transférés au service de chirurgie plastique pour une chirurgie carcinologique, et 4 patients étaient adressés au service d'oncologie.

- **L'évolution :**

Un patient métastatique avec atteinte pulmonaire avait présenté une détresse respiratoire sur un foyer pulmonaire infectieux, il était réstabilisé au service.

2.10 La maladie de Kaposi :

Les cas de la maladie de Kaposi représentaient 8,2 % (6 cas) de l'ensemble des tumeurs diagnostiquées. On notait une prédominance masculine avec un sexe ratio H/F de 5. La moyenne d'âge chez les patients atteints de la maladie de Kaposi était de 75 ans, avec un âge extrême de 90 ans. La durée d'évolution était de 4 mois à 6 ans.

La 1^{ère} tranche d'âge est dominante chez les patients diagnostiqués de maladie de kaposi (Tableau XVIII).

Tableau XVIII : Répartition selon les tranches d'âge des patients hospitalisés pour la maladie de Kaposi :

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
1	3	50,0
2	2	33,3
3	1	16,7

- **La présentation clinique :**

Les lésions dermatologiques étaient faites de nodules violacés dans 62,5 % des cas, de papules violacées dans 25,0 % des cas, et de plaques sclérodermiformes dans 12,5 % des cas. Ces lésions étaient localisées principalement au niveau des membres inférieurs et étaient multiples dans 83,3 % des cas, tandis qu'une lésion unique au niveau du sourcil était observée chez un seul cas.

- **Les données paracliniques :**

La sérologie VIH était négative chez tous ces patients. La biopsie cutanée associée à l'immunohistochimie était en faveur d'une maladie de Kaposi dans la totalité des cas. De plus, elle confirmait la présence de HHV8 positif dans 33.3% des cas (2 patients).

- **Le traitement :**

Quatre patients étaient sous chimiothérapie à base de bléomycine. Un patient présen-

tant une seule lésion localisée était traité chirurgicalement.

2.11 Les métastases cutanées :

Un patient de 79 ans, de sexe masculin, présentait une altération de l'état général et des papules multiples sur un placard sclérodermiforme au niveau mammaire. Les données paracliniques révélaient une anémie inflammatoire, une image radiologique du thorax évoquant un lâcher de ballon, et une biopsie cutanée suggérant une localisation cutanée secondaire d'un carcinome mammaire infiltrant. Suite à ces constatations, le patient était transféré en oncologie pour une prise en charge adaptée.

2.12 Le myélome multiple :

Un patient de 69 ans, de sexe masculin, avait des antécédents d'anémie profonde. Cliniquement, il présentait une altération de l'état général, ainsi qu'un prurit et des lésions nodulaires multiples sur les membres inférieurs, associées à une mélanodermie. Les données paracliniques révélaient une anémie arégénérative de plus un myélogramme montrant une infiltration plasmocytaire de 14%. Suite à ces constatations, le patient était transféré en hématologie pour une prise en charge appropriée.

2.13 La leucémie lymphoïde chronique :

Une patiente de 66 ans, qui se présentait en conservation de l'état général. Cliniquement, elle présentait un prurit, ainsi que des lésions érythémato-squameuses généralisées avec atteinte des muqueuses. Les données paracliniques révélaient un hémogramme montrant une hyperlymphocytose. Suite à ces constatations, la patiente était transférée en hématologie pour une prise en charge appropriée.

3. Les dermatoses bulleuses auto-immunes :

Ces dermatoses occupaient le 3^{ème} rang avec 13,93%, réparties en 57,7% de patients hospitalisés pour pemphigoïde bulleuse, 37,7% de patients hospitalisés pour pemphigus, un patient hospitalisé pour pemphigoïde cicatricielle, et un autre patient hospitalisé pour dermatite herpétiforme.

L'âge moyen dans ce groupe était de 76 ans, avec un âge maximum de 98 ans. La deuxième tranche d'âge était prédominante dans ce groupe (Figure 12).

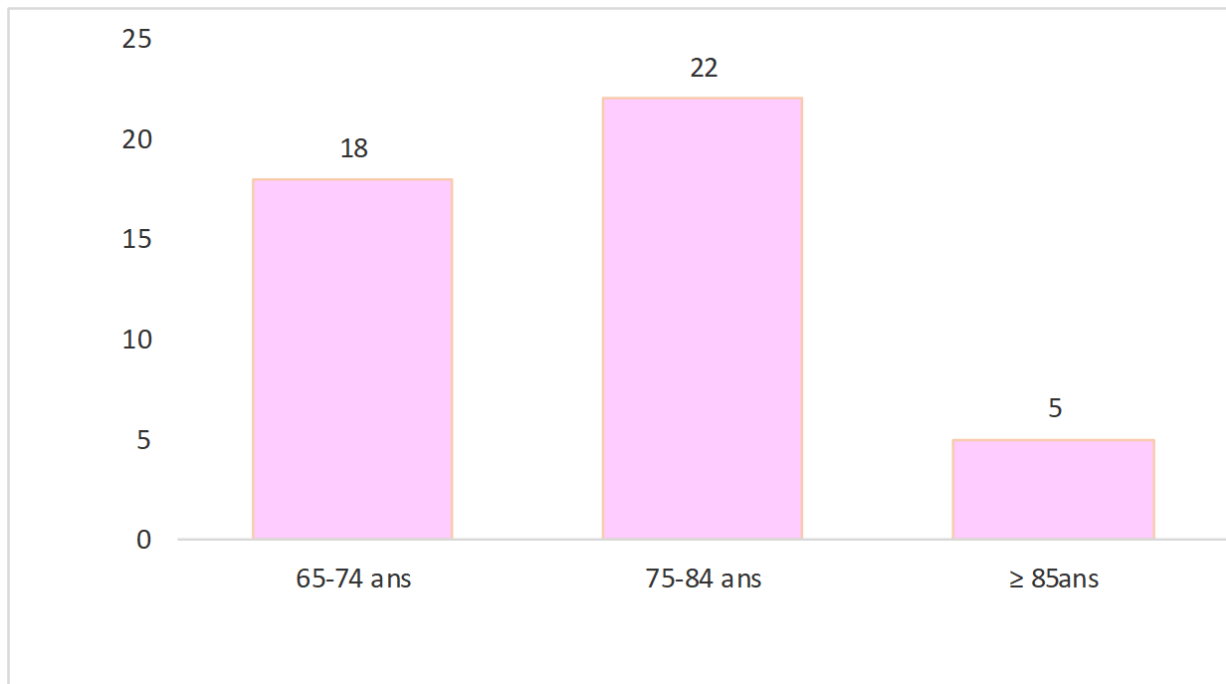


Figure 12 : Répartition des maladies bulleuses auto-immunes chez le sujet âgé selon les tranches d'âge :

La durée moyenne d'hospitalisation était de 26 jours. On notait une prédominance de sexe féminin avec un sexe ratio F/H de 2,46 (Figure 13).

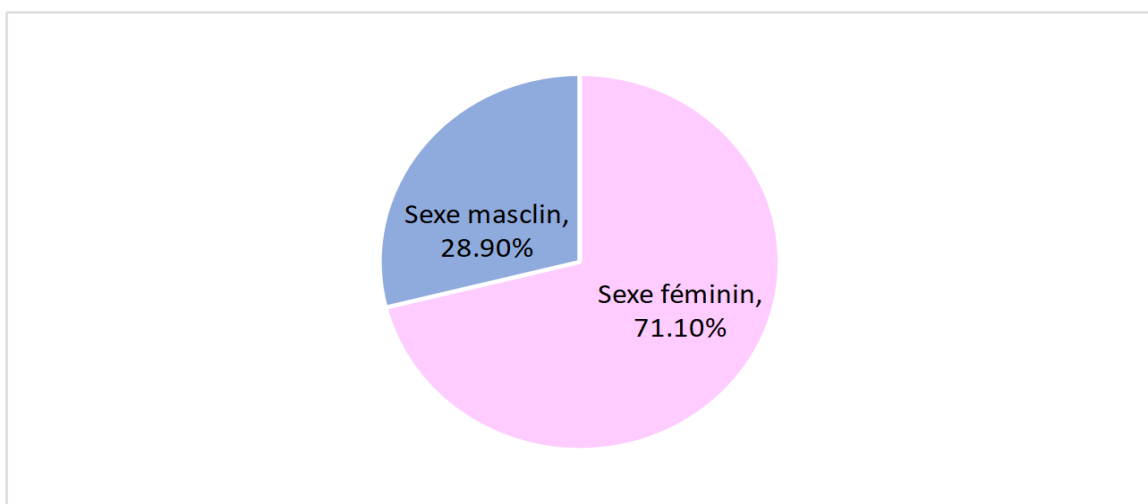


Figure 13 : Répartition des maladies bulleuses auto-immunes chez le sujet âgé selon le sexe:

La répartition des maladies bulleuses auto-immunes selon le type était comme suit (Tableau XIX) :

Tableau XIX : Répartition des maladies bulleuses auto-immunes chez le sujet âgé :

Type	Nombre de patients	Pourcentage
La pemphigoïde bulleuses	26	57.78%
Le pemphigus	17	37.78%
La dermatite herpétiforme	1	2.22%
La pemphigoïde cicatricielle	1	2.22%

3.1 La pemphigoïde bulleuse :

Vingt-six patients étaient hospitalisés pour la prise en charge de la pemphigoïde bulleuse. L'âge moyen des patients de ce groupe était de 78 ans.

- **L'âge et le sexe :**

La 2eme tranche d'âge de 75ans à 84ans était prédominante dans ce groupe (Tableau XX).

Tableau XX : Répartition de la pemphigoïde bulleuse chez le sujet âgé selon les tranches d'âge :

Tranche d'âge	Nombre de patients	Pourcentage
1	8	30.8%
2	14	53.8%
3	4	15.4%

On notait une prédominance féminine avec un sexe ratio F/H de 3,3 (Tableau XXI).

Tableau XXI : Répartition de la pemphigoïde bulleuse chez le sujet âgé selon le sexe :

Sexe	Nombre de patients	Pourcentage
Masculin	6	23.1%
Féminin	20	76.9%

- **L'hospitalisation :**

La durée moyenne d'hospitalisation était de 24 jours, et le nombre total d'hospitalisa-

tions était de 34 (Tableau XXII).

Tableau XXII : Répartition du nombre d'hospitalisations chez le sujet âgé hospitalisé pour pemphigoïde bulleuse :

Nombre d'hospitalisation	Nombre de patients	Pourcentage
Une hospitalisation	19	73.1 %
Deux hospitalisations	6	23.1 %
Trois hospitalisations	1	3.8 %

• **Les comorbidités :**

Chez 86% des patients de ce groupe, au moins un antécédent était associé. La figure ci-dessous représente le nombre de patients atteints de chaque comorbidité. Les associations auto-immunes étaient fréquentes dans ce groupe (Figure 14).

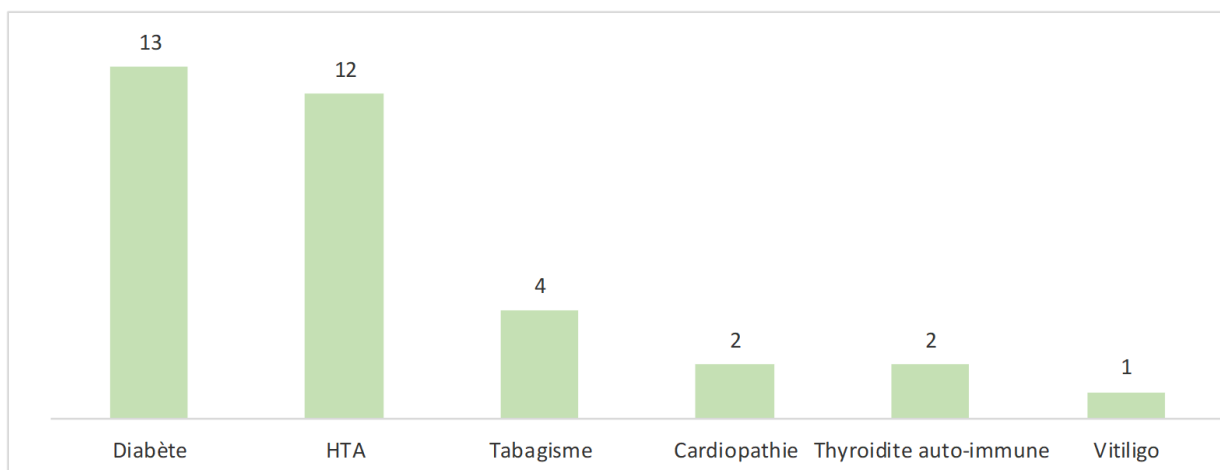


Figure 14 : Répartition des comorbidités chez les sujets âgés atteints de la pemphigoïde bulleuse :

• **La présentation clinique :**

La symptomatologie était faite d'une altération de l'état général dans 34,6% des cas, de prurit dans 96% des cas, et de fièvre dans 14% des cas. L'éruption bulleuse était notée dans 88% des cas, avec des bulles tendues chez tous les patients, le signe de Nikolsky était négatif chez tous les patients. L'éruption atteignait le tronc dans 94% des cas, les membres dans 60% des cas, les muqueuses dans 50% des cas, et la face dans 40% des cas.

Le score de BPDAI (Bullous Pemphigoid Disease Area Index) est un score d'évaluation de la sévérité de la maladie calculé chez tous les patients. L'atteinte était légère dans 11,5% des cas (score entre 0 et 20), modérée dans 61,5% des cas (score entre 21 et 56), et sévère dans 27% des cas (score entre 57 et 120).

- **Les données paracliniques :**

La biopsie et l'immunofluorescence directe étaient réalisées chez tous les patients, tandis que l'immunofluorescence indirecte était réalisée chez 15% des cas, l'ensemble confirmant la pemphigoïde bulleuse chez tous les patients.

- **Le traitement :**

Tous les patients ayant une atteinte légère étaient mis sous dermocorticoïdes. Chez les patients ayant une atteinte modérée à sévère, en plus des dermocorticoïdes, une corticothérapie générale allant de 0,5 mg/kg/jour à 1 mg/kg/jour était instaurée (Tableau XXIII).

Tableau XXIII : Répartition du traitement par corticothérapie chez les sujets âgés hospitalisés pour pemphigoïde bulleuse :

Corticothérapie générale	La dose de la corticothérapie	Nombre de patients	Pourcentage
23 patients	1 mg/kg/j	12	52.17%
	0.75mg/kg/j	2	8.7%
	0.5mg/kg/j	9	39.13%
Dermocorticoïdes	-	26	100%
26 patients			

Quatre patients avaient un profil corticorésistant. Deux d'entre eux avaient nécessité des bolus de cyclophosphamide, tandis que les deux autres avaient reçu des injections de méthotrexate.

- **Les complications :**

Les complications étaient fréquentes chez les patients hospitalisés pour pemphigoïde bulleuse, atteignant 85% des cas. Parmi ces complications, les surinfections étaient les plus courantes. On dénombrait 12 infections bactériennes, cinq infections herpétiques et 2 infec-

tions mycosiques. De plus, un seul patient avait présenté un sepsis, tandis qu'un autre avait développé un diabète cortico-induit (Figure 15).

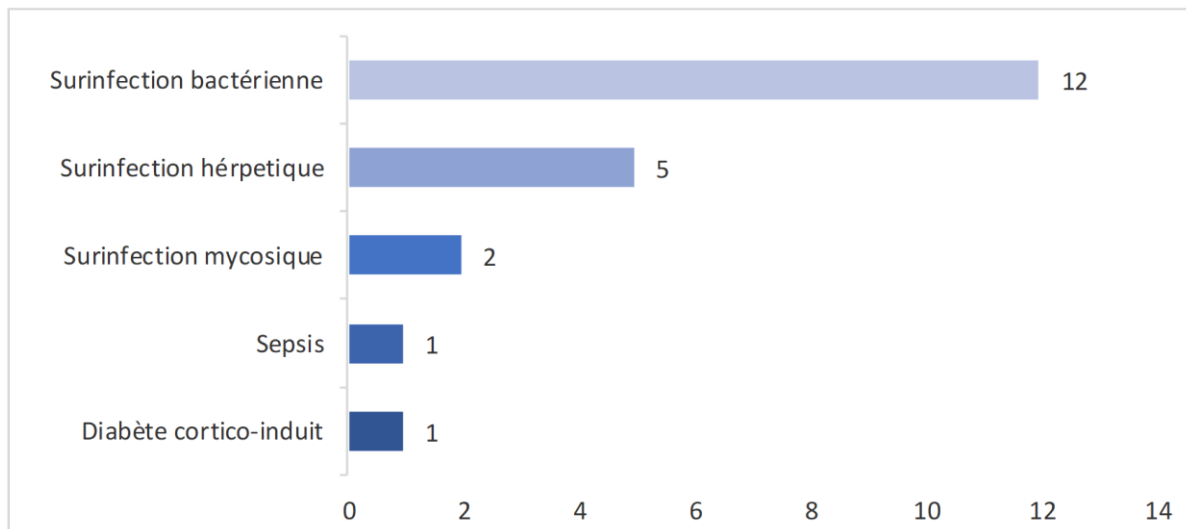


Figure 15 : Répartition des complications chez les sujets âgés hospitalisés pour pemphigoïde bulleuse :

- **L'évolution :**

Une bonne évolution était décrite chez tous les patients de ce groupe, avec un mode de cicatrisation en grains de milium observé chez deux patients.

3.2 Le pemphigus :

- **L'âge et le sexe :**

Dix-sept patients étaient hospitalisés pour la prise en charge du pemphigus. L'âge moyen dans ce groupe de patients était de 74,2 ans. La 1^{ère} tranche d'âge entre 65 ans et 74 ans était prédominante (Tableau XXIV).

Tableau XXIV : Répartition selon les tranches d'âge des sujets âgés hospitalisés pour pemphigus :

Tranche d'âge	Nombre de patients	Pourcentage
1	10	58.8%
2	6	35.3%
3	1	5.9%

On notait une prédominance du sexe féminin (Tableau XXV).

Tableau XXV : Répartition selon le sexe des sujets âgés hospitalisés pour pemphigus :

Sexe	Nombre de patients	Pourcentage
Masculin	6	35.3%
Féminin	11	64.7%

• **L'hospitalisation :**

La durée moyenne était de 30 jours. Parmi ces patients, 70% étaient hospitalisés une seule fois (Tableau XXVI).

Tableau XXVI : Répartition selon le nombre d'hospitalisations chez les sujets âgés hospitalisés pour pemphigus :

Nombre d'hospitalisations	Nombre de patients	Pourcentage
Une hospitalisation	12	70.6%
Deux hospitalisations	3	17.6%
Trois hospitalisations	2	11.8%

• **Les signes cliniques :**

La symptomatologie était caractérisée par des érosions post-bulleuses dans 82% des cas, avec une éruption bulleuse observée dans 31% des cas. Le prurit était rapporté chez 76% des patients, l'altération de l'état général chez 17,6%, tandis que la fièvre était présente chez 11% d'entre eux. L'atteinte du tronc était observée chez 88% des patients, celle des membres chez 70%, des muqueuses chez 52%, et de la face chez 41%. Seul un patient présentait une dysphagie par atteinte muqueuse entravant l'alimentation.

Le score de PDAI (Pemphigus Disease Area Index) est un score d'évaluation de la sévérité de la maladie calculé chez tous les patients. L'atteinte était légère dans 17,65% des cas (score entre 0 et 20), modérée dans 58,82% des cas (score entre 21 et 56), et sévère dans 23,53% des cas (score entre 57 et 120).

• **Les données paracliniques :**

La biopsie cutanée et l'immunofluorescence directe étaient réalisées chez tous les patients, tandis que l'immunofluorescence indirecte chez 29,4% des cas confirmant le diagnostic

de pemphigus.

- **Les diagnostics :**

Un seul cas de pemphigus paranéoplasique était diagnostiqué chez une femme ayant un antécédent d'adénocarcinome mammaire sous chimiothérapie (Tableau XXVII et XXVIII).

Tableau XXVII : Répartition selon les formes du pemphigus chez les sujets âgés hospitalisés :

Type	Nombre de patients	Pourcentage
Superficiel	9	52.9%
Profond	7	41.2%
Paranéoplasique	1	5.9%

Tableau XXVIII: Répartition selon les variétés de chaque forme du pemphigus chez les sujets âgés hospitalisés :

Variété	Nombre de patients	Pourcentage
Végétant	2	11.8%
Vulgaire	5	17.6%
Séborrhéique	7	52.9%
Foliacé	2	11.8%
Paranéoplasique	1	5.9%

- **Le traitement :**

Tous les patients avaient reçu une corticothérapie systémique (Tableau XXIX).

Tableau XXIX : Répartition des doses de corticothérapie générale chez les sujets âgés hospitalisés pour pemphigus :

La dose de la corticothérapie	Nombre de patients	Pourcentage
0.5mg/kg/j	4	23.53%
1 mg/kg/j	11	64.71%
1.5mg/kg/j	2	11.76%

D'autres alternatives étaient prescrites à but d'épargne cortisonique, dont 4 patients recevaient de la dapsons et 2 patients de l'azathioprine. En raison de l'atteinte sévère, trois patients étaient mis sous bolus de cyclophosphamide (Figure 16).

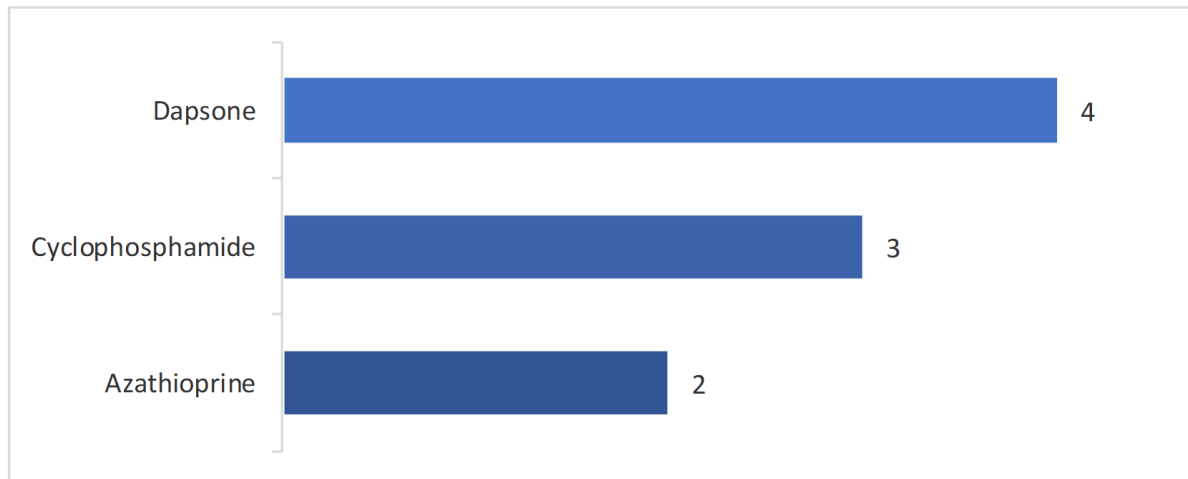


Figure 16 : Répartition des modalités thérapeutiques chez les sujets âgés hospitalisés pour pemphigus :

• **Les complications :**

Parmi ces patients, 76% présentaient des complications, dont 10 présentaient une surinfection bactérienne, 7 une surinfection herpétique, et 2 avaient présenté un sepsis (Figure 17).

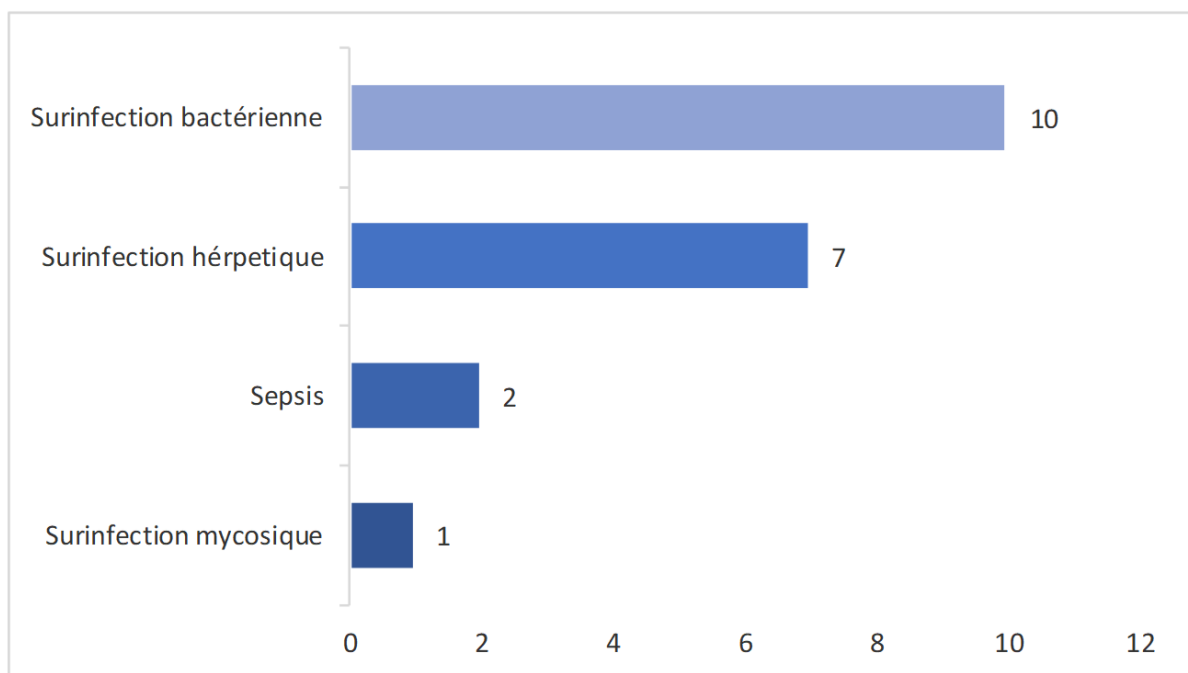


Figure 17 : Répartition des complications chez les sujets âgés hospitalisés pour pemphigus :

- **L'évolution :**

L'évolution était marquée par l'amélioration clinique et paraclinique de tous les patients.

3.3 La dermatite herpétiforme :

La dermatite herpétiforme était rapportée chez un patient âgé de 82 ans, qui présentait une symptomatologie caractérisée par un placard urticarien avec une éruption bulleuse. Les bulles étaient tendues, avec un contenu clair, et localisées au niveau du tronc et des membres. Les données paracliniques, notamment la biopsie cutanée et l'immunofluorescence directe, étaient en faveur d'une dermatite herpétiforme. Concernant le traitement, ce patient était traité avec des dermocorticoïdes et une corticothérapie générale à une dose de 0,5 mg/kg/jour. Par la suite, une amélioration des lésions cliniques était observée.

3.4 La pemphigoïde cicatricielle :

Une seule patiente, âgée de 78 ans, présentait des érosions de la muqueuse buccale et une conjonctivite synéchiante. La biopsie et l'immunofluorescence directe étaient en faveur de la pemphigoïde cicatricielle. Le traitement comprenait une corticothérapie générale à une dose de 0,5 mg/kg/jour ainsi que des bolus de cyclophosphamide. Par la suite, une évolution clinique stationnaire était observée, notamment pour ce qui est de l'atteinte oculaire.

4. Les toxidermies médicamenteuses :

Les toxidermies médicamenteuses occupaient le 4^{ème} rang parmi les classes étiologiques chez le sujet âgé. Trente-trois patients étaient hospitalisés pour prise en charge de toxidermie, ce qui correspondait à 10.31% de l'ensemble des sujets âgés hospitalisés au service de dermatologie.

4.1 L'âge :

La moyenne d'âge dans ce groupe était de 72 ans, avec 84 ans comme âge extrême. La 1^{ère} tranche d'âge était prédominante dans les toxidermies (Figure 18).

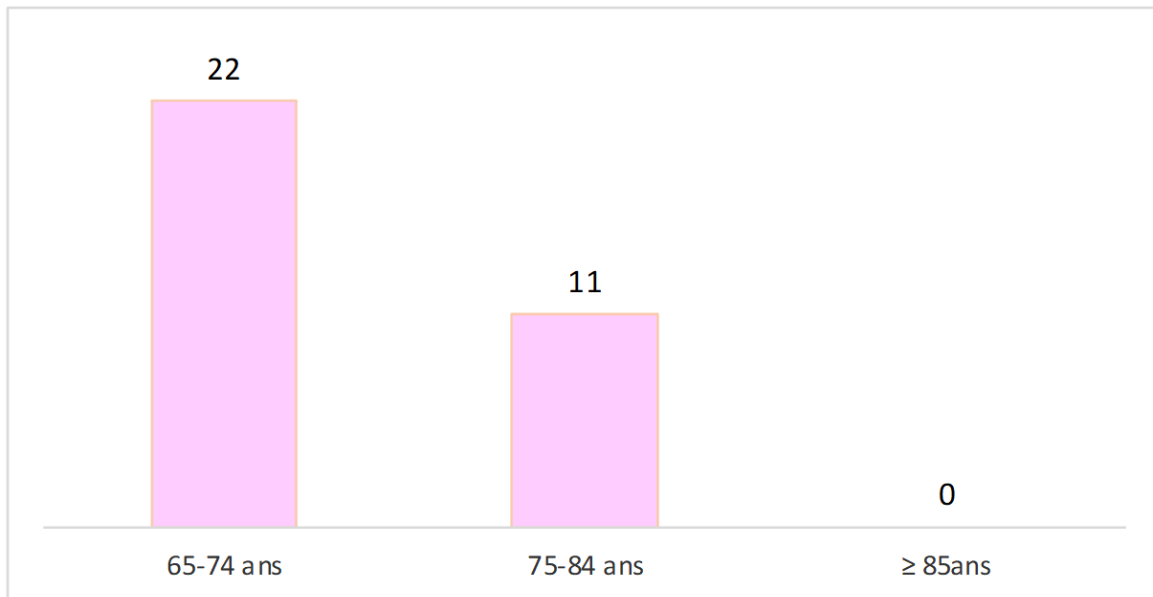


Figure 18 : Répartition des tranches d'âge des sujets âgés hospitalisés pour toxidermies :

4.2 Le sexe :

On notait une prédominance féminine, le sexe ratio H/F est de 0.94 (Figure 19).

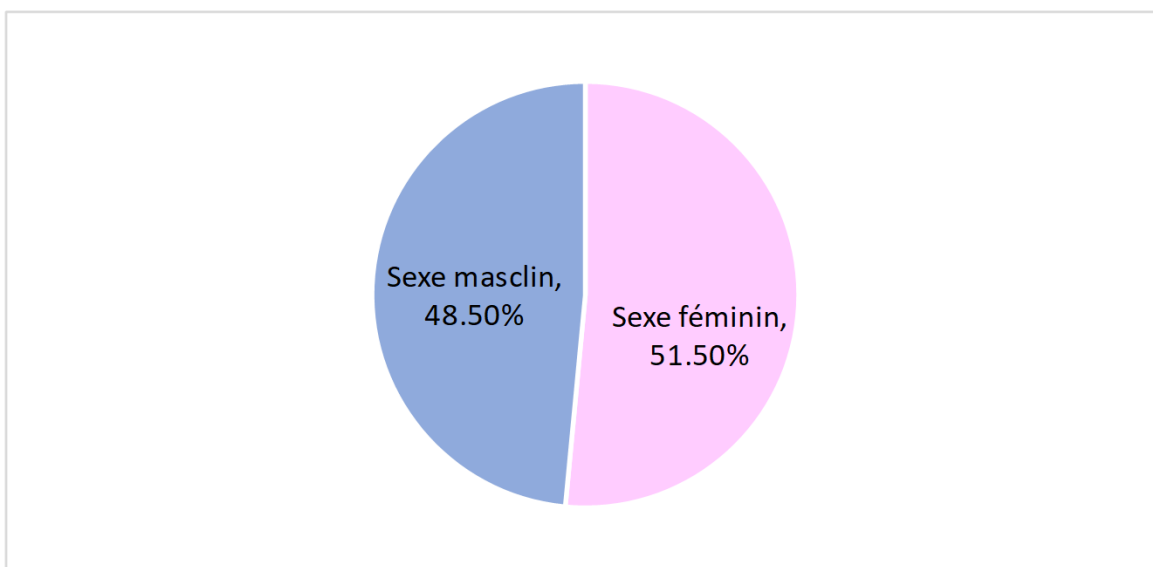


Figure 19 : Répartition des toxidermies chez le sujet âgé selon le sexe :

4.3 Les formes cliniques de toxidermies :

Les toxidermies sévères étaient les plus fréquentes chez le sujet âgé, regroupant le syndrome DRESS et les nécrolyses épidermiques toxiques (Figure 20).

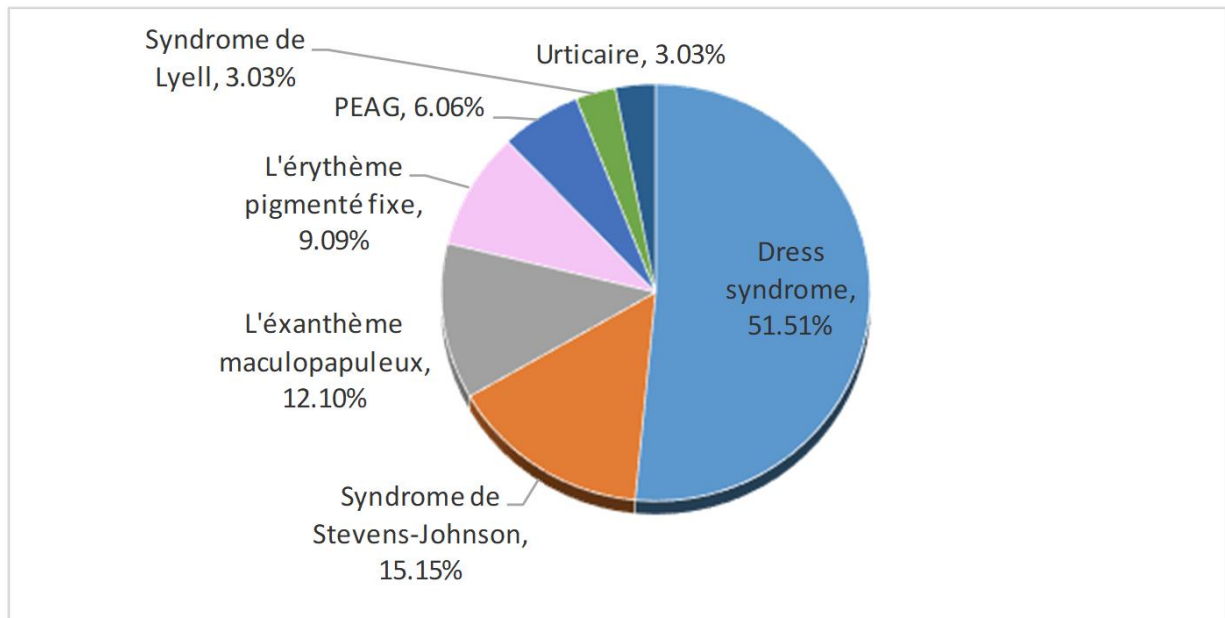


Figure 20 : Répartition des toxidermies selon la présentation clinique chez le sujet âgé :

4.4 Le syndrome de DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) :

Le syndrome de DRESS était la toxidermie la plus fréquente parmi les patients hospitalisés, représentant 51,51% des cas. Dix-sept sujets âgés étaient hospitalisés pour prise en charge du syndrome de DRESS. La durée moyenne d'hospitalisation était de 17 jours.

- **La description clinique :**

Chez 94% des patients, le délai entre la prise médicamenteuse et la symptomatologie était d'une semaine à 10 semaines. Parmi ces patients, 35% étaient asthéniques et 76% étaient fébriles. Un œdème facial était présent chez 41% des patients, et dans la moitié des cas, une dyspnée était associée. Les lésions étaient prurigineuses et généralisées chez 83% des patients. Un rash cutané maculopapuleux était décrit chez 52% des patients, un purpura dans 48%, et un tableau d'érythrodermie était présent dans 17% des cas. L'atteinte muqueuse était

décrite dans 64% des cas, essentiellement buccale, et dans 17% des cas, elle était génitale. Des adénopathies multiples étaient objectivées dans 17% des cas.

- **Les données paracliniques :**

Dans 47% des cas, une hyperleucocytose à prédominance PNN était observée, tandis qu'une hyperéosinophilie était présente dans 82,4% des cas. Les atteintes viscérales étaient représentées par une insuffisance rénale dans 72% des cas, et une cytolyse hépatique dans 35% des cas. Dans les cas douteux, une biopsie cutanée était réalisée, confirmant ainsi la toxidermie.

- **Les données pharmacologiques :**

L'allopurinol était incriminé dans 80% de ces cas, suivi de la salazopyrine dans 11% et le gardéнал dans 6%.

- **Le traitement :**

Les molécules suspectes et tout traitement non vital étaient arrêtés. Le traitement comprenait des soins locaux, des dermocorticoïdes, ainsi que des émoullients. Dans 40% des cas, une corticothérapie générale avait été nécessaire en raison de l'atteinte viscérale.

- **L'évolution :**

Parmi ces patients, 94,1% ont présenté une évolution favorable, tandis qu'un décès par sepsis était observé chez une patiente atteinte de polykystose hépatorenale héréditaire.

4.5 Les nécrolyses épidermiques toxiques :

Les nécrolyses épidermiques toxiques constituaient 18% de l'ensemble des toxidermies chez le sujet âgé. Six patients étaient hospitalisés pour prise en charge de ces nécrolyses, dont cinq présentaient un syndrome de Stevens-Johnson et un patient présentait un syndrome de Lyell. La durée moyenne d'hospitalisation était de 21 jours.

- **La description clinique :**

Chez 83% des patients, le délai entre la prise médicamenteuse et l'apparition des symptômes était d'une à 4 semaines. Parmi ces patients, 50% présentaient de l'asthénie et de la fièvre, tandis que 16% avaient présenté une odynophagie.

L'atteinte cutanée associait une éruption bulleuse, des érosions, des ulcérations et un décollement de la surface cutanée variable de 10% à 30% chez les patients. Soixante-six pour cent de ces lésions étaient prurigineuses. Tous les patients présentaient une atteinte de la muqueuse buccale, alors que la muqueuse génitale était atteinte chez 83% d'entre eux.

Le score de SCORTEN (Score of Toxic Epidermal Necrolysis) est un outil d'évaluation utilisé pour mesurer la gravité de ce type de toxidermie. Il a été évalué chez 4 patients, avec un score de 3 chez 2 patients, et un score de 2 chez les deux autres patients. Ce score est considéré comme sévère si le total atteint ou dépasse 3.

- **Les données paracliniques :**

Dans 50% des cas, une hyperleucocytose à prédominance PNN était observée, et dans 66,7% une hyperéosinophilie était révélée. Les atteintes viscérales étaient dominées par une insuffisance rénale dans 66,7% des cas, et une cytolyse hépatique dans 50% des cas.

- **Les données pharmacologiques :**

L'allopurinol était incriminé dans 50% de ces cas, suivi du gardénaï, de la carbamazépine et de la pénicilline, chacun étant impliqué dans 16,7% des cas.

- **Le traitement :**

Les molécules suspectes et tout traitement non vital étaient arrêtés. Le traitement comprenait des soins locaux, des antihistaminiques, ainsi que des émoullients.

- **L'évolution :**

Chez 83,3% des cas, l'évolution était favorable. Seul un patient avait gardé une rétention urinaire séquellaire, malgré une bonne évolution clinico-biologique.

4.6 Les exanthèmes maculopapuleux :

Quatre patients étaient hospitalisés pour la prise en charge d'un exanthème maculopapuleux, ce qui représentait 12.12% de l'ensemble des toxidermies chez le sujet âgé. La durée moyenne d'hospitalisation était de 9 jours.

- **La description clinique :**

Chez tous les patients, le délai entre la prise médicamenteuse et l'apparition des symptômes était de 4 jours à 10 jours. L'asthénie, la fièvre et l'atteinte généralisée étaient exceptionnelles chez 25% des cas, tandis que le prurit était présent chez tous des patients.

- **Les données paracliniques :**

Un patient avait une hyperleucocytose à prédominance PNN, trois patients présentaient une hyperéosinophilie, sans autres anomalies.

- **Les données pharmacologiques :**

Les bêta-lactamines étaient incriminées chez trois patients, et les anti-inflammatoires non stéroïdiens chez un patient.

- **Le traitement :**

Tous les patients avaient arrêté la molécule incriminée ainsi que tout traitement non vital. Ces molécules incriminées étaient proscrites à vie, et la pharmacovigilance avait été alertée. Tous les patients avaient bénéficié de traitements pour les lésions, incluant des émoullients, des antihistaminiques et des dermocorticoïdes, tandis qu'un patient avait nécessité une corticothérapie générale.

- **L'évolution :**

Tous les patients avaient une bonne évolution, malgré une infection nosocomiale survenue chez un seul patient.

4.7 L'érythème pigmenté fixe :

Trois patients étaient hospitalisés pour prise en charge d'érythème pigmenté fixe, ce qui représentait 9,09 % de l'ensemble des toxidermies chez le sujet âgé. La durée moyenne d'hospitalisation était de sept jours.

- **La description clinique :**

Chez tous les patients le délai entre la prise médicamenteuse et la symptomatologie était de quelques heures. L'atteinte cutanée généralisée et l'asthénie intéressait un seul patient. Le prurit était constant chez tous les patients, l'atteinte de la muqueuse génitale ou buccale était observée chez deux patients.

- **Les données paracliniques :**

La CRP était ascensionnée isolément chez deux patients.

- **Les données pharmacologiques :**

Le triméthoprime-sulfaméthoxazole, le piroxicam et le diclofénac étaient incriminés dans chacun de ces cas.

- **Le traitement :**

Tous les patients avaient arrêté la molécule incriminée et tout traitement non vital. Tous les patients bénéficiaient d'un traitement des lésions, incluant des émoullients et des antihistaminiques, et un patient nécessitait des dermocorticoïdes.

- **L'évolution :**

Tous ces patients avaient une bonne évolution.

4.8 La pustulose exanthématique aigue généralisée :

Deux patients étaient hospitalisés pour prise en charge de la pustulose exanthématique aigue généralisée, ce qui représentait 6.06% de l'ensemble des toxidermies chez le sujet âgé. La durée moyenne d'hospitalisation était de 10 jours.

- **La description clinique :**

Le délai entre la prise médicamenteuse et l'apparition des symptômes était de 2 à 4 jours chez les deux patients. Ils présentaient un tableau clinique caractérisé par des pustules associées à un exanthème généralisé, ainsi que l'asthénie, de la fièvre et du prurit.

- **Les données paracliniques :**

Une hyperleucocytose à prédominance PNN, une hyperéosinophilie, ainsi qu'une atteinte viscérale se manifestant par une cytolyse hépatique et une insuffisance rénale étaient observées chez un seul patient.

- **Les données pharmacologiques :**

La pénicilline et l'ibuprofène étaient incriminés dans ces deux cas.

- **Le traitement :**

Tous les patients avaient arrêté la molécule incriminée et tout traitement non vital, et avaient bénéficié de traitement des lésions, dont des émoullients, des antihistaminiques, des dermocorticoïdes, et de l'antibiothérapie locale.

- **L'évolution :**

Les deux patients avaient une bonne évolution.

4.9 L'urticaire médicamenteuse :

Un patient âgé de 72 ans était hospitalisé pour prise en charge de l'urticaire médicamenteuse, ce qui représentait 3,03% de l'ensemble des toxidermies chez les personnes âgées. Ce patient présentait des papules œdémateuses prurigineuses généralisées suite à la prise de diclofénac. L'arrêt du traitement causal et l'administration d'antihistaminiques permettaient une bonne évolution.

5. Les maladies de systèmes :

Parmi les classes étiologiques chez le sujet âgé, les maladies de système occupaient le 5^{ème} rang. Vingt-sept patients étaient hospitalisés pour prise en charge de maladies du système, ce qui correspondait à 8,97% de l'ensemble des diagnostics. L'âge moyen était de 71 ans, avec une prédominance de la première tranche d'âge avec 71,1% et un âge maximal de 84 ans (Figure 21).

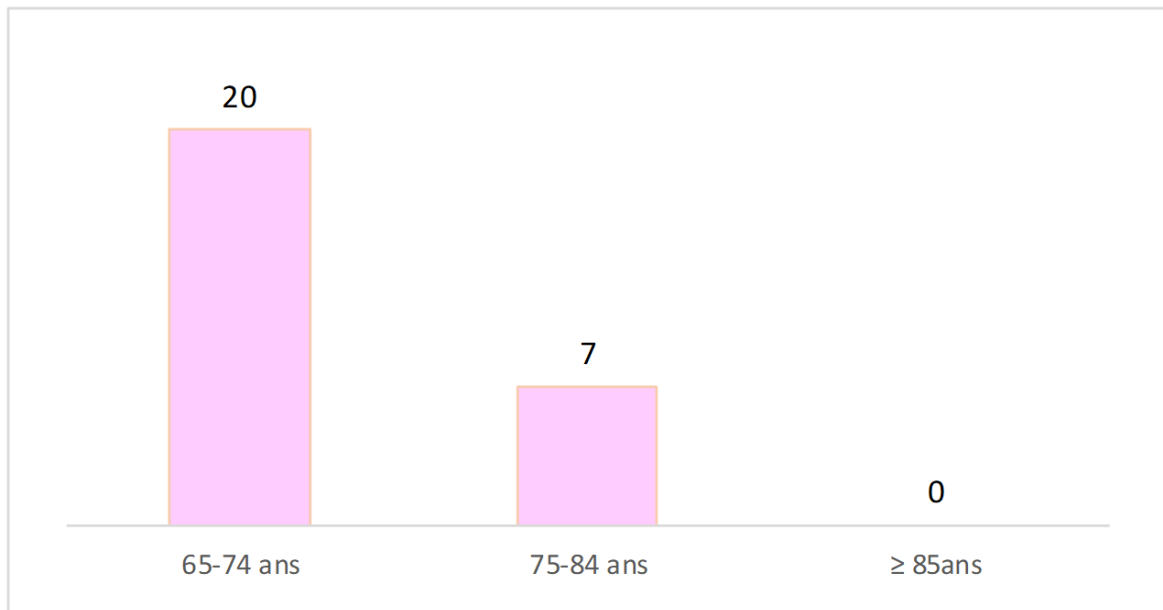


Figure 21 : Répartition des tranches d'âge des sujets âgés hospitalisés pour maladies de système :

Dans ce groupe, on notait une prédominance du sexe féminin avec un sexe ratio de 1,7 (Figure 22).

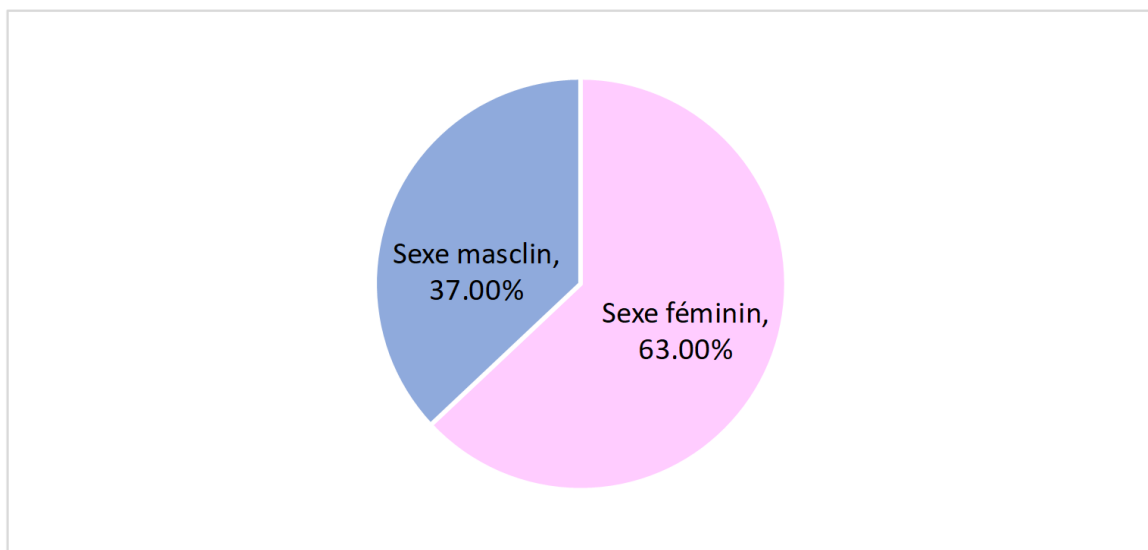


Figure 22 : Répartition selon le sexe des sujets âgés hospitalisés pour maladies de système :

La dermatomyosite est le diagnostic le plus fréquent, représentant près de 27,59% de l'ensemble des maladies de système chez le sujet âgé (Tableau XXX).

Tableau xxx : Répartition des maladies de système chez les sujets âgés :

Le diagnostic	Nombre de cas	Pourcentage
Dermatomyosite	8	27,59%
Lupus	6	20,69%
Gougerot	5	17,24%
Sclérodermie	5	17,24%
Sarcoïdose	3	10,34%
L'amylose	1	3,45%
La fasciite de Shulman	1	3,45%

5.1 La dermatomyosite :

La dermatomyosite était notée chez 8 patients, soit 27,59% de l'ensemble des maladies de système chez le sujet âgé. Parmi ces patients, 75% étaient de sexe masculin, avec un sexe ratio H/F de 3:1. La moyenne d'âge dans ce groupe était de 72,4 ans, avec un âge maximum de 84 ans. La première tranche d'âge était prédominante dans ce groupe (Tableau XXXI). La durée moyenne de séjour était de 22 jours.

Tableau XXXI : Répartition des tranches d'âge chez le sujet âgé hospitalisé pour dermatomyosite :

Tranches d'âge	Nombre de patients	Pourcentage
1	6	75.0%
2	2	25.0%

• La description clinique :

La durée d'évolution de la dermatomyosite variait de 21 jours à 16 ans. Parmi ces patients, 62,5% ont présenté une altération de l'état général dont un seul patient rapportait un amaigrissement. La moitié des patients rapportaient des polyarthralgies, une faiblesse musculaire, et de dysphagie.

Les lésions érythémateuses constituaient la lésion élémentaire principale. L'œdème lilacé était décrit chez 6 patients, la poikilodermie était présente chez 4 patients, et les papules de Gottron chez 2 patients. Les lésions de dermatomyosite étaient localisées aux zones photo-exposées chez 6 patients et diffuses chez 2 patients. Deux patients présentaient des

lésions érosives des muqueuses buccales. Quatre patients avaient une photosensibilité associée et 5 avaient un prurit associé.

- **Les données paracliniques :**

Le bilan montrait une anémie de type inflammatoire chez 4 patients et une lymphopénie chez 7 patients. Deux patients présentaient une hyperleucocytose à prédominance polynucléaires neutrophiles, et un patient présentait une neutropénie. La vitesse de sédimentation (VS) était accélérée chez 3 patients, et la protéine C-réactive (CRP) était élevée chez 4 patients, les enzymes musculaires étaient élevés chez 4 patients. Les anticorps antinucléaires étaient positifs chez un seul patient. La biopsie cutanée était en faveur de la dermatomyosite chez 30% des patients.

Le bilan paranéoplasique permettait de poser le diagnostic de dermatomyosite paranéoplasique chez deux patients, les marqueurs biologiques tumoraux et l'imagerie étant positifs chez ces deux patients. Le primitif était une tumeur ovarienne chez une patiente et un adénocarcinome de la prostate chez un patient.

- **Le traitement :**

Les antipaludéens de synthèse étaient prescrits chez 7 patients, les dermocorticoïdes chez 2 patients, et la corticothérapie générale chez 3 patients, les immunoglobulines chez une seule patiente.

- **L'évolution :**

L'évolution était favorable chez 6 patients. Elle était stationnaire chez la patiente avec un primitif ovarien. En revanche, un patient avec l'adénocarcinome prostatique avait présenté une aggravation de la dysphagie et l'apparition de troubles hydroélectrolytiques, entraînant son décès au service.

5.2 Le lupus :

Dans notre étude, 6 patients avaient un lupus, représentant ainsi 20.69% des patients hospitalisés pour des maladies de système en dermatologie. Il n'y avait pas de prédominance de sexe dans ce groupe, avec un ratio homme-femme de 1:1. La moyenne d'âge de ces pa-

tients était de 72 ans, avec un âge extrême de 76 ans. La première tranche d'âge était prédominante dans ce groupe (Tableau XXXII). La durée moyenne de séjour était de 14 jours pour ce groupe.

Tableau XXXII : Répartition selon les tranches d'âge des sujets âgés hospitalisés pour lupus :

Tranches d'âge	Nombre de patients	Pourcentage
1	4	66.7%
2	2	33.3%

- **L'hospitalisation :**

Tous les patients de ce groupe étaient hospitalisés une seule fois, à l'exception d'une seule patiente hospitalisée deux fois.

- **Les comorbidités :**

Un patient avait un antécédent de néoplasie amygdalienne, et un patient avait un vitiligo associé. Chez deux patientes, une notion de fausses couches était rapportée.

- **La description clinique :**

Tous les patients présentaient une atteinte cutanée, et cinq patients avaient rapporté des polyarthralgies de type inflammatoire. Le diagnostic de lupus érythémateux disséminé était retenu chez 5 patients, et de lupus cutané subaigu chez le 6^{ème} patient.

Chez tous ces patients les lésions érythémateuses avaient constitué la principale lésion élémentaire, ces lésions étaient localisées aux zones photo-exposées chez tous les patients, un patient avait des lésions de lupus discoïde, l'atteinte muqueuse était décrite chez 3 patients dont un seul avait des lésions érosives buccales. L'érythème en vespertillo était décrit chez 4 patients, un patient avait des lésions purpuriques associées. Quatre patients avaient rapporté un syndrome sec oculo-buccal.

- **Les données paracliniques :**

L'anémie était de type inflammatoire chez quatre patients, avec neutropénie chez trois et lymphopénie chez trois autres. La VS était accélérée chez quatre patients et la CRP élevée chez deux. Les anticorps antinucléaires étaient positifs chez quatre patients, le facteur rhumatoïde chez deux, les anti-ADN étaient négatifs chez trois, et les anti-phospholipides étaient négatifs chez les deux patientes ayant des antécédents de fausses couches. La biopsie cutanée était en faveur de lupus chez tous les patients.

- **Le traitement :**

Les antipaludéens de synthèse étaient prescrits chez tous les patients de ce groupe, les dermocorticoïdes chez 3 patients.

- **L'évolution :**

L'évolution était favorable chez 5 patients, et stationnaire chez un seul patient.

5.3 La sclérodermie :

Dans notre étude, le diagnostic de sclérodermie était retenu chez 5 patients, ce qui correspondait à 17,24% des patients hospitalisés pour des maladies systémiques au service de dermatologie. La moyenne d'âge dans ce groupe de patients était de 69,6 ans, avec comme âge extrême 75 ans. Quatre-vingt pour cent des patients faisaient partie de la première tranche d'âge. Soixante pour cent étaient de sexe masculin, montrant ainsi une prédominance masculine dans ce groupe, avec un sexe ratio H/F de 1,5. La durée moyenne de séjour était de 17 jours.

- **La description clinique :**

Les lésions dermatologiques comprenaient des ulcérations au niveau du nez, des extrémités et des muqueuses, accompagnées d'une sclérose cutanée diffuse. Des lésions maculo-papuleuses diffuses, associées à une sclérodactylie, étaient également présentes. Des nodules de calcinose sous-cutanés au niveau des membres supérieurs et inférieurs étaient notés. Le phénomène de Raynaud était décrit chez deux patients.

- **Les données paracliniques :**

Quatre patients avaient un syndrome inflammatoire biologique associé, le bilan immunologique était négatif chez trois patients. La biopsie cutanée confirmait le diagnostic chez deux patients.

Le bilan à la recherche des atteintes systémiques était négatif.

- **Le traitement :**

Le traitement était à base de colchicine, de prostacyclines, et un patient avait bénéficié d'une nécrosectomie.

- **L'évolution :**

L'évolution était légèrement favorable chez 4 patients, tandis qu'un patient était décédé.

5.4 La sarcoïdose :

Ce diagnostic était retenu chez 3 patientes ce qui correspond à 10,34% des sujets âgés hospitalisés pour maladies de systèmes en service de dermatologie. La moyenne d'âge dans ce groupe de patient était de 73,7 ans avec comme âge extrême 83 ans. La 1^{ère} tranche d'âge était prédominante chez ces patientes. La durée moyenne de séjour était de 27 jours.

- **La description clinique :**

Les lésions étaient faites de nodules cutanés et sous cutanés de localisation différentes, intéressants la face, le tronc, les membres et même le cuir chevelu. Le prurit était rapporté par une patiente, ainsi que le syndrome sec buccal.

- **Les données paracliniques :**

Un syndrome inflammatoire biologique était observé chez deux patientes. La biopsie cutanée montrait un granulome épithélio-gigantocellulaire sans nécrose caséuse.

- **Le traitement :**

Les dermocorticoïdes et les corticoïdes systémiques étaient prescrits chez une patiente de ce groupe à la dose de 0,5 mg/kg/jour de prednisone, et les antipaludéens de synthèse chez les deux autres patientes.

- **L'évolution :**

L'évolution était favorable chez deux patientes, et stationnaire chez la 3^{ème} patiente.

5.5 Syndrome de Gougerot-Sjögren :

Dans notre étude, 5 patients présentaient un syndrome sec, dont 3 avaient un syndrome de Gougerot-Sjögren secondaire et 2 un syndrome de Gougerot-Sjögren primaire, soit respectivement 10,34 % et 6,9 % de l'ensemble des sujets âgés hospitalisés pour des maladies de système. Le sexe ratio H/F était de 1,5, marquant une prédominance masculine, et l'âge moyen était de 70,4 ans. Ces patients présentaient une asthénie associée à un syndrome sec occulo-buccal et des polyarthralgies. Le syndrome sec secondaire était associé à une polyarthrite rhumatoïde chez un patient, à un lupus érythémateux disséminé chez un autre, et à une sclérodermie chez le troisième.

5.6 L'amylose :

Un patient âgé de 74ans, se présentait pour un purpura ecchymotique périorbitaire en lunettes, jugal et péri-buccal, associé à des polyarthralgies. Le bilan complémentaire était en faveur d'une amylose systémique avec atteinte cutanée.

5.7 La fasciite de shulman :

Une patiente de sexe féminin âgée de 70 ans se présentait pour un placard érythémateux œdématié et sclérodermiforme du membre inférieur, chez qui le bilan complémentaire était en faveur d'une fasciite de Shulman.

6. Les dermatoses inflammatoires :

Les dermatoses inflammatoires représentaient 4,94% des classes étiologiques, regroupant principalement le psoriasis 4,32%, ainsi que le lichen plan et le parapsoriasis 0,31% chacun (Tableau XXXIII).

Tableau XXXIII : Répartition des dermatoses inflammatoires chez le sujet âgé :

Le diagnostic	Nombre de cas	Pourcentage
Le psoriasis	14	87,5%
Le lichen plan	1	6,25%
Le parapsoriasis	1	6,25%

6.1 Le psoriasis :

Dans notre étude, 14 patients, soit 4,37%, étaient hospitalisés pour la prise en charge du psoriasis. Le diagnostic retenu était un psoriasis érythrodermique dans 50% des cas (7 patients), un psoriasis vulgaire dans 21,43% des cas (3 patients), un psoriasis pustuleux dans 21,43% des cas (3 patients) et un psoriasis arthropathique dans 7,14% des cas (1 patient). Tous les patients présentaient une atteinte psoriasique grave (Figure 23).

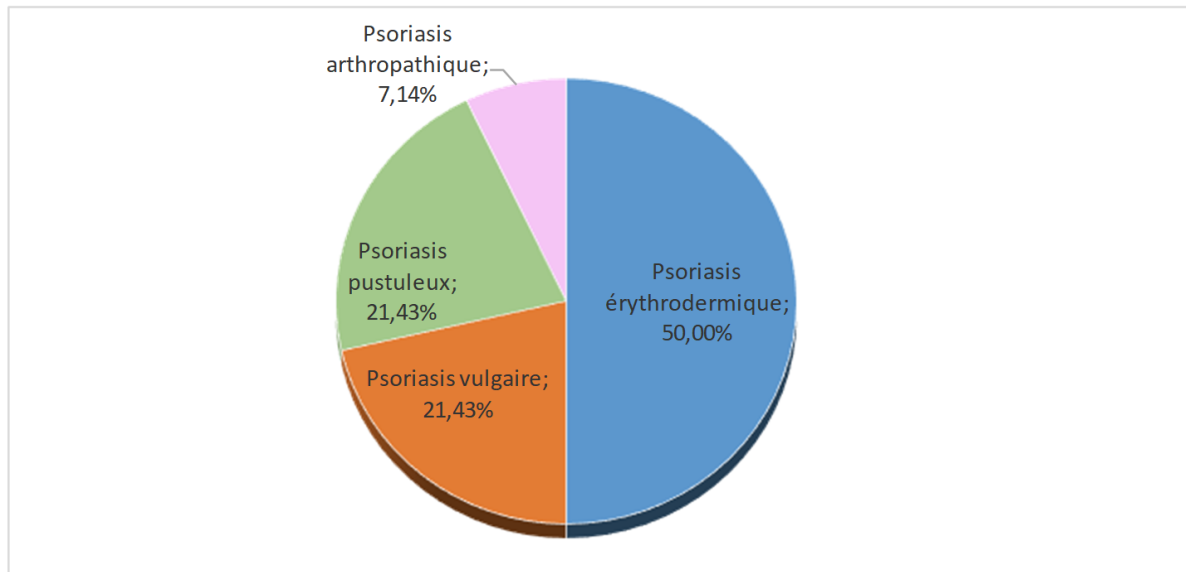


Figure 23 : Répartition des types de psoriasis chez les sujets âgés :

- **L'âge :**

La moyenne d'âge dans ce groupe était de 72ans, avec 86ans comme âge extrême. La 1^{ère} tranche d'âge de 65 ans–74 ans était prédominante dans ce groupe (Figure 24).

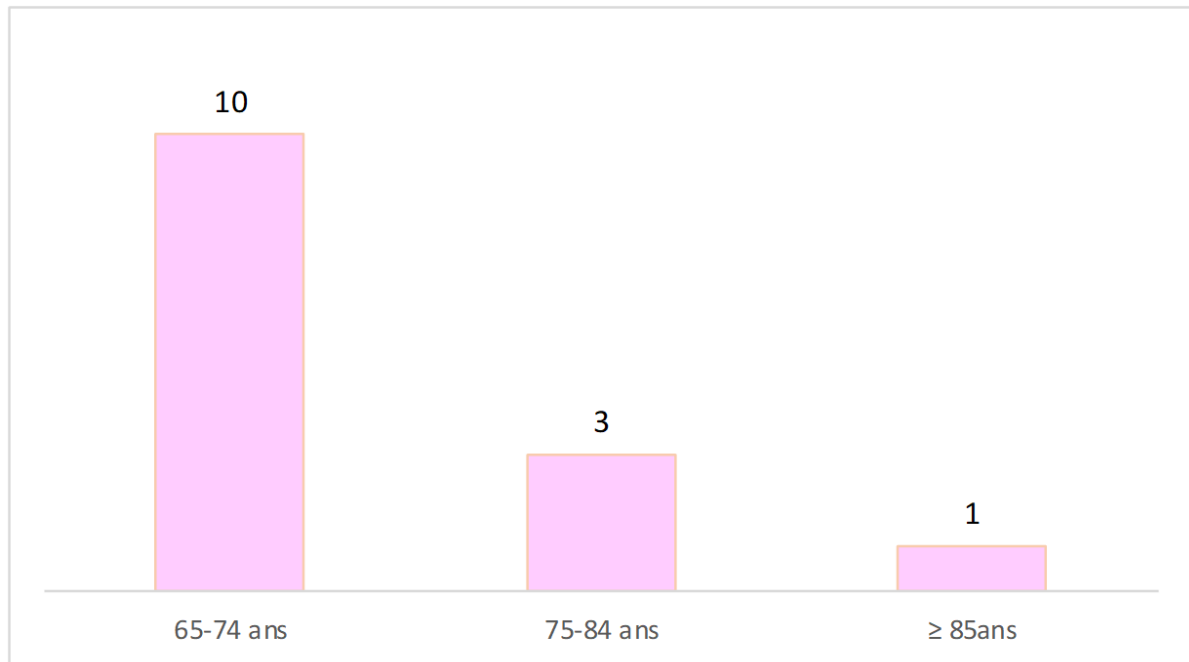


Figure 24 : Répartition des tranches d'âges chez les sujets âgés hospitalisés pour psoriasis :

- **Le sexe :**

On notait une de prédominance de sexe masculin, le sexe ratio H/F est de 3,66 (Figure 25).

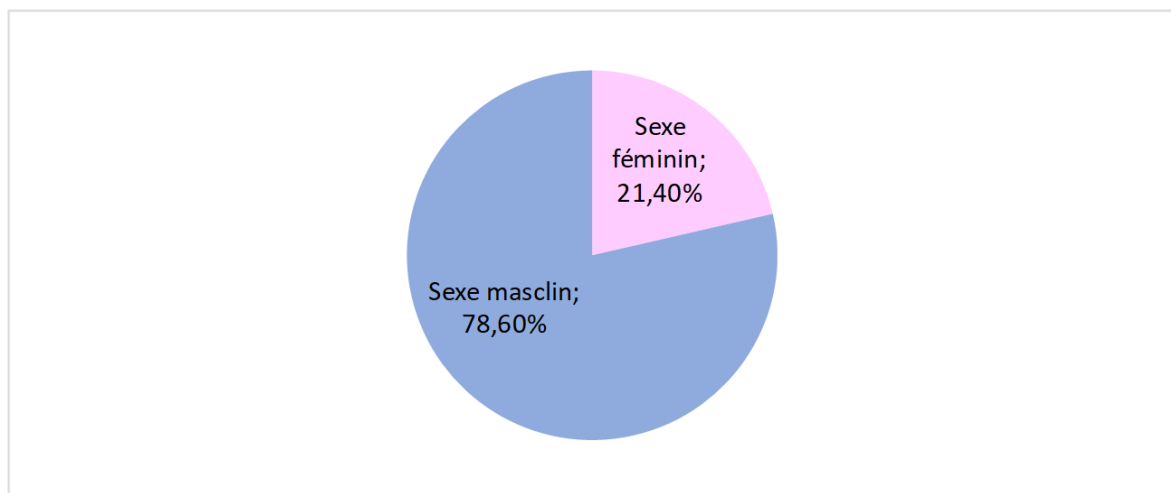


Figure 25 : Répartition du psoriasis chez le sujet âgé selon le sexe :

- **L'hospitalisation :**

La durée moyenne d'hospitalisation était de 20 jours. Parmi tous les patients, 78,6% étaient hospitalisés pour une seule fois (Tableau XXXIV).

Tableau XXXIV : Répartition du nombre d'hospitalisations pour psoriasis chez le sujet âgé :

Nombre d'hospitalisations	Nombre de patient	Pourcentage
2	3	21.4%
1	11	78.6%

• **Les comorbidités :**

Dans ce groupe, 64% des patients avaient au moins un antécédent associé. Le tabagisme était l'antécédent le plus rapporté, présent chez 35% des patients (Figure 26). Dans 14% des cas, une histoire familiale de psoriasis était rapportée.

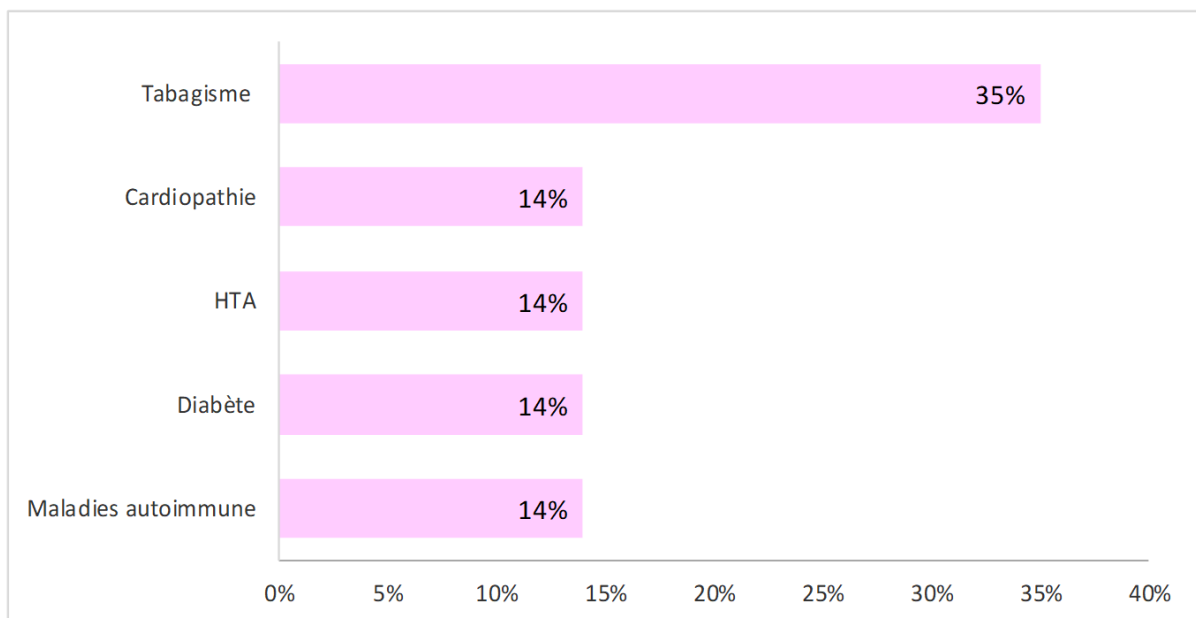


Figure 26 : Répartition des comorbidités chez les sujets âgés hospitalisés pour psoriasis :

• **La description clinique :**

La durée d'évolution du psoriasis variait de 1 mois à 20 ans. Les lésions étaient érythémato-squameuses chez tous les cas, avec une disposition en plaques observée dans 64% des cas et en gouttes dans 14% des cas. Des pustules étaient décrites dans 28% des cas, une érythrodermie dans 21% des cas, et une kératodermie palmoplantaire dans 22% des cas. Une

atteinte généralisée était notée dans 92% des cas. Et les signes articulaires étaient présents dans 28% des cas.

- **Les données paracliniques :**

La biopsie cutanée était demandée chez la moitié des patients, confirmait un psoriasis dans 28% des cas.

- **Le traitement :**

Tous les patients recevaient un traitement à base de dermocorticoïdes de classe forte et d'émollients. De plus, 28% des patients avaient reçu du méthotrexate, 35% bénéficiaient d'une photothérapie, et un patient était traité par des rétinoïdes.

- **L'évolution :**

Les patients avaient une bonne évolution sous traitement.

6.2 Le lichen plan :

Une patiente âgée de 77 ans qui présentait une éruption vésiculo-papuleuse progressive lichénifiée, localisée sur le tronc, les membres supérieurs et inférieurs. La biopsie cutanée était en faveur d'un lichen plan. Cette patiente recevait des dermocorticoïdes et une corticothérapie générale.

6.3 Le parapsoriasis :

Une patiente âgée de 75 ans présentait une poikilodermie généralisée et prurigineuse évoluant depuis 15 ans. La biopsie cutanée était en faveur d'un parapsoriasis. Cette patiente était mise sous dermocorticoïdes.

7. L'ulcère chronique de la jambe :

Quatorze patients étaient hospitalisés pour prise en charge d'ulcère chronique de la jambe, le bilan révélait un ulcère veineux dans 85% des cas, et un ulcère traumatique dans 15% des cas.

8. Le prurit chronique :

Le prurit dans notre étude était le symptôme fonctionnel le plus rapporté, avec une prévalence de 40% parmi tous les sujets âgés hospitalisés. Dix patients étaient hospitalisés

pour un bilan étiologique d'un prurit chronique, dont l'étiologie était révélée chez 6 patients. Quatre patients présentaient une origine interne, à savoir un prurit paranéoplasique, un syndrome de cholestase, une hépatite virale chronique et une néphropathie. Le prurigo constituait une étiologie chez les deux autres patients. En revanche, un prurit sénile était retenu chez les 4 patients restants de ce groupe, devant un bilan étiologique négatif.

9. Les dermatoses neutrophiliques :

Les dermatoses neutrophiliques chez le sujet âgé en hospitalier occupaient 2,16% parmi les groupes étiologiques. Un total de 7 patients étaient hospitalisés pour la prise en charge, soit du pyoderma gangrenosum, soit du syndrome de Sweet. La moyenne d'âge dans ce groupe était de 73 ans, avec 80 ans comme âge extrême. Dans ce groupe 57,1% des patients étaient de la première tranche d'âge. Avec une prédominance féminine, en effet, un seul patient était de sexe masculin et le rapport femmes/hommes était de 6. La durée moyenne d'hospitalisation était de 17 jours.

Le Pyoderma gangrenosum représentait 71% (5 patients) des dermatoses neutrophiliques du sujet âgé, alors que le syndrome de Sweet représentait 29% (2 patients) des cas (Figure 27).

L'antécédent de néoplasie n'était présent que chez une seule patiente dans ce groupe, qui était suivie pour une leucémie aiguë myéloïde.

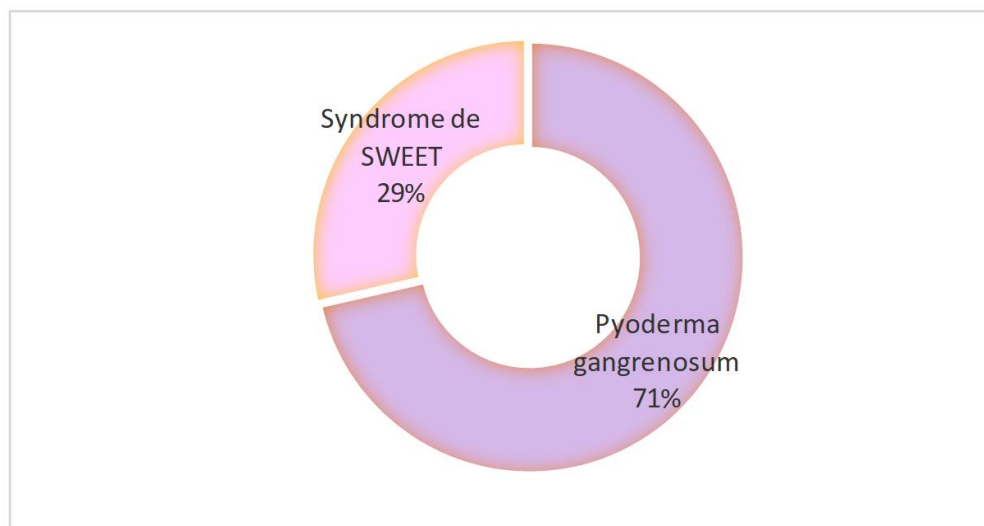


Figure 27 : Répartition des dermatoses neutrophiliques chez le sujet âgé selon le type :

9.1 Le pyoderma gangrenosum (PG) :

Cinq patientes étaient hospitalisées pour la prise en charge du pyoderma gangrenosum. Les lésions se manifestaient par des ulcérations douloureuses chez toutes les patientes, et un aspect bulleux était présent chez deux d'entre elles. Le bilan à la recherche d'une association avec d'autres pathologies avait révélé une gammopathie monoclonale chez une patiente, une leucémie aiguë myéloïde chez une autre patiente, et une rectocolite hémorragique était suspectée chez une patiente. Le traitement était à base de soins locaux, de dermocorticoïdes et de corticothérapie générale à une dose de 0,5 mg/kg/jour.

9.2 Le syndrome de SWEET :

Deux patients de sexe opposé rapportaient des lésions papuleuses violacées, douloureuses, bilatérales et symétriques au niveau des extrémités. Le bilan avait révélé une gammopathie monoclonale chez un patient. Les deux patients étaient mis sous indométacine à une dose de 150 mg par jour, avec une bonne évolution.

10. Les dermatoses allergiques :

Les dermatoses allergiques occupaient le dernier rang parmi les différentes classes étiologiques avec 0,62%. Elles étaient constituées essentiellement par un eczéma généralisé en érythrodermie, chez deux patients âgés respectivement de 69 ans et de 73 ans. La biopsie cutanée était en faveur d'un eczéma. Les deux patients étaient mis sous dermocorticoïdes en association avec des émoullients. L'évolution était favorable.

C. La mortalité chez les sujets âgés au service dermatologie :

Dans notre étude, six patients décédaient dans le service de dermatologie, ce qui correspondait à un taux de mortalité de 1,87%. Il s'agissait de :

- Un patient était hospitalisé pour une staphylococcie maligne de la face, ayant présenté comme complication un accident vasculaire cérébral ischémique de l'artère cérébrale moyenne, occasionnant chez lui une détérioration sur le plan neurologique et le décès.
- Un patient était hospitalisé pour une gale norvégienne, ayant présenté une détresse respiratoire sur un foyer infectieux pulmonaire.

- Un patient était hospitalisé pour prise en charge d'une sclérodermie, avec une atteinte respiratoire associée, ce patient décédait d'une détresse respiratoire.
- Un patient était hospitalisé pour la prise en charge d'une dermatomyosite paranéoplasique, ce patient présentait une dysphagie qui progressait au cours de son hospitalisation, avec l'installation de troubles hydroélectrolytiques occasionnant son décès.
- Une patiente était hospitalisée pour la prise en charge d'un syndrome DRESS sur un terrain de polykystose hépatorenale héréditaire, cette patiente présentait une dysphagie due à des lésions érosives, puis rapidement un sepsis.
- Une patiente était hospitalisée pour la prise en charge d'un mycosis fongicide, ayant présenté des surinfections à germes spécifiques (*Pseudomonas* et *Acinetobacter*) et des lésions érosives, avec l'installation de troubles hydroélectrolytiques occasionnant son décès.

II. Résultats analytiques :

L'analyse des facteurs influençant la durée d'hospitalisation faisait appel à différentes variables indépendantes, comprenant les facteurs sociodémographiques, les comorbidités, les données des examens cliniques et paracliniques, ainsi que le type d'atteinte motivant l'hospitalisation. La variable dépendante était la durée d'hospitalisation. Les associations significatives étaient les suivantes (Tableau XXXV) :

1. L'âge :

Une différence statistiquement significative dans la durée d'hospitalisation était observée en fonction de l'âge des patients ($p < 0.05$).

2. Le diabète :

La durée d'hospitalisation était significativement différente chez les patients diabétiques ($p < 0.001$).

3. L'hypertension artérielle :

Une différence statistiquement significative était observée chez les patients souffrant d'hypertension artérielle ($p = 0.03$).

4. Les dysthyroïdies :

La durée d'hospitalisation était significativement différente chez les patients présentant des dysthyroïdies ($p = 0.023$).

5. L'asthme et l'atopie personnelle :

Une différence statistiquement significative était observée chez les patients asthmatiques ou souffrant d'atopie ($p = 0.022$).

6. Le poids :

La durée d'hospitalisation variait significativement en fonction du poids des patients ($p = 0.02$).

7. Les maladies bulleuses auto-immunes :

Une variation significative dans la durée d'hospitalisation était observée en fonction du type de dermatoses, notamment les MBAI (maladies bulleuses auto-immunes) ($p < 0.001$).

Tableau XXXV : Les facteurs significativement associés à une longue durée d'hospitalisation :

Le facteur	La durée moyenne d'hospitalisation	La valeur P
L'âge	16,5 jours	0.021
Le diabète	26 jours	< 0.001
L'hypertension artérielle	15,5 jours	0.03
La dysthyroïdie	16,5 jours	0.023
L'asthme et l'atopie personnelle	16,5 jours	0.022
Le poids insuffisant/l'obésité	22,5 jours	0.02
Les MBAI	26 jours	< 0.001

III. L'iconographie des sujets âgés au service de dermatologie et vénéréologie :



Photo 1 : Dermohypodermite non nécrosante bactérienne.



Photo 2 : Zona compliqué de staphylococcie de la face.



Photo 3 : Zona multimétamérique.



Photo 4 : la leishmaniose cutanée.



Photo 5 : mélanome acral.



Photo 6 : mélanome acrolentigineux.



Photo 7 : carcinome baso-cellulaire.



Photo 8 : carcinome épidermoïde.



Photo 9 : mycosis fongoïde.



Photo 10 : métastase cutanée d'un cancer du sein.



Photo 11: pemphigoïde bulleuse.



Photo 12 : pemphigus.



Photo 13 : ulcère chronique de la jambe.



Photo 14 : sarcoïdose.



DISCUSSION



L'augmentation de la population âgée soulève des questions sur les besoins spécifiques en matière de santé, y compris en dermatologie.

I. Généralités :

1. Le vieillissement [1] :

Le vieillissement est défini comme l'ensemble des processus physiologiques qui modifient la structure de l'organisme mature. Il résulte de l'interaction complexe de facteurs génétiques, environnementaux et aléatoires auxquels l'organisme est exposé tout au long de la vie. C'est un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies, bien que les altérations liées au vieillissement favorisent le développement de nombreuses maladies chroniques et l'apparition de décompensations aiguës. Le vieillissement constitue également un facteur de vulnérabilité face au stress, mais il n'est jamais à lui seul responsable d'une symptomatologie aiguë.

Cependant, ces changements ne sont pas linéaires, ne suivent pas une logique claire et ne sont que peu corrélés à l'âge chronologique de la personne. Alors que certaines personnes de 70 ans jouissent encore d'une excellente santé et de solides capacités fonctionnelles, d'autres, au même âge, sont fragiles et nécessitent une assistance considérable.

2. Le vieillissement cutané [2]:

Le processus de vieillissement de la peau présente deux facettes : le vieillissement chronologique, qui affecte l'ensemble du tégument, et le vieillissement induit par l'exposition au soleil, également connu sous le nom de photo-vieillissement. Cette distinction est claire lorsqu'on compare, chez une même personne, des zones de la peau protégées du soleil à celles exposées : par exemple, le visage par rapport aux fesses, ou la partie externe par rapport à la partie interne de l'avant-bras. Le photo-vieillissement pose des défis majeurs, car il touche les zones visibles et accroît considérablement le risque de cancers cutanés.

- **Le vieillissement cutané chronologique ou intrinsèque :**

Le vieillissement cutané intrinsèque se manifeste par l'amincissement de l'épiderme et du derme, l'aplatissement de la jonction dermoépidermique, et la diminution des fibres de la matrice extracellulaire, des fibroblastes et des microvaisseaux. En conséquence, la peau développe de fines ridules, perd de son élasticité et devient sèche (xérose sénile).

Ce vieillissement est particulièrement visible sur les zones non exposées au soleil, comme le tronc et la face interne des bras, où l'on observe relâchement cutané, ptose et petites lésions bénignes (acrochordons, kératoses séborrhéiques, taches rubis).

Pour les cheveux, le vieillissement entraîne le blanchiment (canitie) et la raréfaction de la chevelure, avec une diminution de la densité et du diamètre des cheveux. Cette alopecie peut être difficile à distinguer de l'alopecie androgénétique. Les hommes âgés voient souvent une augmentation de la pousse des sourcils et des poils auriculaires ou nasaux, tandis que les femmes peuvent développer un léger hirsutisme après la ménopause. Avec l'âge, la croissance des ongles ralentit et des stries longitudinales apparaissent.

- **Le vieillissement cutané extrinsèque :**

Le vieillissement cutané extrinsèque, résultant principalement de l'exposition au soleil sur des zones spécifiques du corps chez les femmes telles que le visage, la nuque, les mains, les avant-bras, le décolleté et les jambes, se présente sous deux formes distinctes de photo-vieillissement.

Dans la variété hypertrophique, caractérisée par une élastose et une modification actinique du tissu élastique dermique, la peau épaisse, formant des rides épaisses et striées, ainsi que des comédons et des adénomes sébacés.

En revanche, dans la variété atrophique, le vieillissement cutané se manifeste par un amincissement de l'épiderme et du derme, principalement dû à une diminution du collagène dermique causée par l'exposition aux UV. Cette forme de vieillissement se caractérise par une peau fine, peu ridée, sujette aux kératoses actiniques et aux carcinomes, ainsi que par des troubles de la pigmentation tels que les lentigos actiniques et les dyschromies variables.

Il est également à noter que les personnes d'origine asiatique sont souvent plus sujettes aux hyperpigmentations qu'aux rides, soulignant ainsi les différences ethniques dans le processus de vieillissement cutané.

En outre, le vieillissement entraîne une atrophie des tissus sous-cutanés et un affaissement des tissus dépourvus d'élasticité, conduisant à une ptose des joues pouvant entraîner des complications telles que les intertrigos périoraux ou chéilites angulaires. Au niveau du cou, cela peut se manifester par un aspect de double menton.

3. Conséquences pathologiques du vieillissement cutané [2]:

Le vieillissement cutané est associé à plusieurs conséquences pathologiques telles que la xérose sénile, le prurit sénile et la dermatoporose, des affections courantes chez les personnes âgées, mettant en évidence la complexité des changements cutanés liés à l'âge.

La xérose sénile, fréquente chez les plus de 65 ans, se caractérise par une sécheresse cutanée liée à l'âge, touchant principalement les membres mais pouvant concerner tout le corps. Cette condition entraîne des démangeaisons, un inconfort, des troubles du sommeil, des lichénifications cutanées et des excoriations, favorisant les infections. Son traitement repose sur l'application régulière et suffisante d'émollients, qui préservent la fonction barrière de la peau contre la déshydratation, les infections et autres agressions extérieures.

Le prurit sénile est souvent associé à la xérose sénile et peut être atténué par l'utilisation d'émollients. Toutefois, il reste un diagnostic d'élimination, où d'autres causes potentielles telles que les dermatoses prurigineuses (eczémas, toxidermies, urticaires, pemphigoïde), les maladies générales (insuffisance thyroïdienne, maladies hépatiques, insuffisance rénale, maladie de Hodgkin) et les prurits psychogènes doivent être exclus.

La dermatoporose, résultat du vieillissement cutané, se caractérise par une fragilité de la peau atrophique, particulièrement présente sur la face antérieure des jambes, le dos des mains et la face postérieure des avant-bras chez les personnes âgées. Cette fragilité découle principalement de la diminution de la résistance mécanique et de la viscoélasticité de la peau, provoquée par une baisse de l'acide hyaluronique et d'autres composants du derme. Bien que

le photovieillissement en soit la cause principale, les corticothérapies prolongées, surtout générales, peuvent aussi y contribuer.

Les étapes de la dermatoporose incluent d'abord l'atrophie cutanée sénile, où la peau devient fine et fragile. Ensuite, survient le purpura sénile, caractérisé par des ecchymoses déclenchées par de légers traumatismes, du fait de la fragilité des vaisseaux dermiques et de l'absence de coussin dermique. Ces ecchymoses évoluent du violet au brun et laissent une pigmentation permanente. Les pseudocicatrices sont des atrophies linéaires ou stellaires résultant de traumatismes minimes. Les lacérations traumatiques surviennent lors de décollements épidermiques provoqués par des traumatismes ou des frottements, nécessitant des soins quotidiens malgré une cicatrisation rapide. Enfin, les hématomes disséquants, forme la plus grave de la dermatoporose, entraînent des nécroses tissulaires nécessitant une intervention chirurgicale urgente et pouvant conduire à des hospitalisations prolongées.

Le tableau suivant résume les principales modifications du vieillissement cutané et les conséquences pathologiques qui en résultent (Tableau XXXVI) :

Tableau XXXVI: Résumé des changements physiologiques et conséquences pathologiques du vieillissement cutané [3] :

Les changements physiologiques	Les conséquences cutanées
La diminution de la proportion des lipides cutanés et de la fonction barrière, et altérations des glandes sébacées.	La sécheresse cutanée.
La diminution de la régénération cellulaire cutanée.	Rugosité cutanée, retard de cicatrisation et dysrégulation de la pigmentation.
La réduction de la réparation de l'ADN.	Risque accru de la photocarcinogenèse et des tumeurs malignes.
La fragmentation du collagène et des fibres élastiques.	Des ridules et un relâchement cutané, et un risque accru de lésions dues à la pression et d'ulcères de décubitus.
Réduction du calibre des vaisseaux sanguins.	Lésions purpuriques.
Diminution des perceptions sensorielles.	Tendances accrues aux blessures.
Réduction de la croissance des cheveux et des effets des hormones androgènes.	Modification de la couleur des poils vers le gris, alopecie, croissance des poils dans le méat auditif externe chez l'homme, et épaissement des sourcils.
Diminution de la sudation par altération des glandes sudoripares.	Risque de réchauffement et de coup de chaleur.
Réduction de la masse grasse sous-cutanée.	Risque accru de blessures, et d'hypothermie.
Aplatissement des papilles dermiques.	Risque accru de formation de bulles et d'infections qui en découlent.
Diminution de la croissance des ongles.	Onychogryphose, et réduction de la croissance des ongles, stries longitudinales, et des ongles ternes et cassants.
Réduction des mélanocytes.	Cheveux gris, sensibilité accrue aux rayons solaires.

II. Les données épidémiologiques :

1. Fréquence :

La fréquence d'hospitalisation chez le sujet âgé dans notre étude représente 16.79% de l'ensemble des hospitalisations dans le service de dermatologie au CHU Mohammed VI de Marrakech, ce chiffre est comparable à une étude faite au CHU de Oujda qui a rapporté 17.78% pour l'ensemble des hospitalisations du sujet âgé sur une durée de 9ans [4]. A l'échelle internationale une autre étude sur les dermatoses gériatriques en hospitalisation au Mali a rapporté un taux de 19,10%, cette légère différence peut s'expliquer par le seuil d'âge définis à 60ans dans cette étude [5] (Tableau XXXVII).

Tableau XXXVII : Comparaison des taux d'hospitalisation chez le sujet âgé en dermatologie :

Lieu	Fréquence d'hospitalisation	Durée de l'étude
CHU Mohammed VI, Marrakech	16.79%	2014-2023
CHU de Oujda	17.78%	2014-2022
Mali	19.10%	2010-2014

2. Distribution des malades selon l'âge et le sexe :

Dans notre série, le ratio femmes/hommes de 1 suggère qu'il n'y a pas de prédominance marquée entre les deux sexes. En revanche, dans l'étude de Simin et al. en Inde, ce ratio était de 1,35, indiquant une légère prédominance féminine. D'autre part, dans l'étude menée par Yalcin et al. en Turquie, le ratio femmes/hommes était de 0,80, révélant une nette prédominance masculine dans cette population. Nos résultats rejoignent ceux de Yalcin et al concernant l'âge moyen. Dans la majorité des études la 1ère tranche d'âge des "Young old" prédomine, dans notre étude la 3ème tranche d'âge des "old-old" représente 8.1% ce qui est très comparable à l'étude de Simin, tandis que dans l'étude de Yalcin la prévalence de cette catégorie semble être négligeable, l'espérance de vie de chaque pays peut être à l'origine des différences d'âge moyen et de répartition des tranches [6,7] (Tableau 38).

La répartition selon les différentes tranches d'âge de l'OMS chez le sujet âgé n'est pas prise en compte dans toutes les études, ceci peut s'expliquer par les différences socio-démographiques concernant le seuil d'admission et de classification du sujet âgé (Tableau XXXVIII).

Tableau XXXVIII : Répartition des données épidémiologiques chez le sujet âgé dans les différentes séries :

Paramètre	Notre série		Simin et al. (Inde)[7]		Yalcin et al. (Turquie)[6]	
Nombre des patients	320		200		4099	
Nature de l'étude	Rétrospective		Prospective		Rétrospective	
Durée	10ans		1an		4ans	
Age moyen	74.3 ± 6.9ans		67.7 ± 6.2ans		71.3 ± 5.4	
Les tranches d'âge selon chaque étude	[65-74ans]	55%	[60-69ans]	71.5%	[65-74ans]	75.7%
	[75-84ans]	36,6%	[70-79ans]	21%	[75-84ans]	21.17%
	[≥85ans]	8,4%	[80-89ans]	7.5%	[≥85ans]	3.12%
Sexe ratio F/H	1		1.35		0.80	

3. Les comorbidités et les facteurs de risque chez le sujet âgé :

Notre étude révèle une prévalence élevée de comorbidités chez les patients, avec 75% des patients présentant au moins une comorbidité associée. Les prévalences du diabète et de l'hypertension artérielle (HTA) sont similaires à celles rapportées dans l'étude en Égypte (33% et 7% respectivement), tandis que l'étude en Tanzanie montre des différences notables, avec une prévalence plus faible du diabète (7%) mais une prévalence plus élevée de l'HTA (30%). L'étude en Indonésie révèle également des différences significatives, notamment une prévalence plus élevée du diabète (24,7%) et une prévalence plus faible de l'HTA (15,7%). En ce qui concerne la cardiopathie, notre étude montre une prévalence de 13%, tandis que l'étude en Indonésie rapporte une prévalence plus élevée de 29,4% [8-10] (Tableau XXXIX).

Tableau XXXIX : Comparaison des prévalences de comorbidités chez les sujets âgés dans différentes études :

Comorbidité	Pourcentage	EL Hamd et al (Egypte)[9]	Mponda et Masenga (Tanzanie)[10]	Nadia et al (Indonésie)[8]
Présence de comorbidités	75%	55%	-	-
Diabète	33%	33%	7%	24,7%
HTA	32%	7%	30%	15,7%
Cardiopathie	13%	-	-	29,4%

4. Durée d'hospitalisation :

La durée moyenne d'hospitalisation dans notre étude était de 16,5 jours avec un écart type de 12,3 jours, comparativement à l'étude de Fofana et al au Mali où la durée moyenne de séjour était plus allongée de l'ordre de 78 jours [5].

L'analyse des facteurs influençant la durée d'hospitalisation révélait plusieurs variables significatives : l'âge ($p = 0.021$), le diabète ($p < 0.001$), l'hypertension artérielle ($p = 0.03$), les dysthyroïdies ($p = 0.023$), l'asthme et l'atopie personnelle ($p = 0.022$), le poids ($p = 0.02$), et les maladies bulleuses auto-immunes ($p < 0.001$). Ces résultats suggèrent des différences statistiquement significatives dans la durée d'hospitalisation en fonction de ces variables.

Dans une étude évaluant la prédiction de la durée d'hospitalisation chez le sujet âgé, les données sociodémographiques ne semblaient pas l'affecter, contrairement à notre étude où l'âge était associé à cette variable [11]. Cette même étude avait validé le rôle de la fragilité et son association avec les comorbidités dans l'allongement de la durée d'hospitalisation chez le sujet âgé [11].

III. Les groupes étiologiques chez le sujet âgé :

Les différentes dermatoses rencontrées dans notre étude étaient classées dans la majorité des cas par des groupes étiologiques. Les dermatoses infectieuses constituaient les premiers motifs d'hospitalisation avec 29,32%.

1. Les dermatoses infectieuses :

Dans notre étude, tout comme dans celle menée au Mali, les infections cutanées occupaient la première position. Les prévalences d'infections cutanées chez les sujets âgés, provenant de différentes études rétrospectives, sont présentées dans le tableau ci-dessous. Notre étude, menée sur une période de 10 ans, révélait une prévalence de 29,32%. Les études menées au Mali, en Turquie et en Indonésie ont respectivement enregistré des prévalences de 47,37%, 10,4% et 35,8%. Ces chiffres mettaient en évidence la diversité des prévalences d'infections cutanées observées dans différentes régions et à différentes périodes [5,8,12] (Tableau XL).

Tableau XL : Comparaison des dermatoses infectieuses chez les sujets âgés dans différentes études :

Auteur et lieu de l'étude	Nature de l'étude	Durée de l'étude	Pourcentage
Notre étude	Rétrospective	2014-2023	29,32%
Fofana et al. (Mali) [5]	Rétrospective	2010-2014	47,37%
Bilgili et al. (Turquie) [12]	Rétrospective	2007-2010	10,4%
Nadia et al. (Indonésie) [8]	Rétrospective	2017-2019	35,8%

Les infections cutanées sont fréquentes chez les personnes âgées. Les mycoses et les dermatophyties sont les plus courantes, bien que les infections bactériennes, virales et parasitaires soient également souvent observées. Les personnes âgées sont particulièrement vulnérables à développer plusieurs infections cutanées en raison de l'immunosénescence et de comorbidités telles que le diabète.

La fréquence et la gravité des infections chez les personnes âgées sont bien documentées. Cependant, les facteurs de cette susceptibilité sont multiples et leur impact respectif est

difficile à déterminer. La sénescence peut perturber la réponse immunitaire, affectant l'immunité cellulaire, l'immunité humorale et les cellules phagocytaires. L'altération du système immunitaire chez les personnes âgées résulte de la diminution des défenses locales, des défenses non spécifiques immédiates, de l'involution thymique et de l'altération des fonctions lymphocytaires. Par conséquent, l'immunité à médiation cellulaire et la réponse humorale diminuent avec l'âge, ce qui entraîne une moindre synergie entre les lymphocytes T et B et une diminution de leur réactivité.

Les infections chez les personnes âgées peuvent se présenter avec des signes et des symptômes atypiques. La fièvre est souvent faible ou absente, et les patients peuvent présenter un choc septique ou une confusion comme complications tardives et révélatrices de l'infection. De plus, les infections de la peau et des tissus mous peuvent compliquer une maladie cutanée chronique sous-jacente, ce qui entraîne des difficultés diagnostiques supplémentaires.

Ces difficultés sont également liées au type de germes associés. Par exemple, la prévalence de la colonisation cutanée par *Proteus mirabilis* et *Pseudomonas aeruginosa* chez les personnes âgées de plus de 65 ans est augmentée d'environ 25% par rapport aux plus jeunes, ce qui rend le traitement plus difficile. Par conséquent, le choix de l'antibiotique doit tenir compte des modifications pharmacocinétiques, de la fréquence des effets indésirables, des interactions médicamenteuses et des résistances [13,14].

1.1 Les dermatoses bactériennes :

Elles occupaient le premier rang dans notre série avec 80,00 % des cas d'infections cutanées et 23,45% de l'ensemble des diagnostics élaborés. Cela rejoint les résultats de l'étude indienne où les infections bactériennes occupaient 24,5 % de l'ensemble des diagnostics, mais en 2^{ème} position après les infections fongiques [7]. Contrairement à une étude en Turquie, où les infections bactériennes, avec seulement 2,5 %, occupaient le dernier rang après les infections fongiques et virales dans les consultations de pathologie gériatrique [15].

1.1-1 Les dermohypodermites bactériennes :

Elles occupaient 84,2% de l'ensemble des infections bactériennes, responsables du plus grand nombre d'hospitalisation, ce qui rejoint une étude au Mali où ces infections représentaient 53,95% des motifs d'hospitalisation [5].

- L'érysipèle :

L'érysipèle est une dermohypodermite bactérienne non nécrosante constituant 96,8% de l'ensemble des dermohypodermites dans notre série, provoquée dans la majorité des cas par des germes pyogènes, Streptocoque β -hémolytique et plus rarement Staphylocoque du groupe A. Les jambes et la face sont les sites les plus fréquemment atteints, il est impératif de rechercher une porte d'entrée. La peau est inflammatoire, œdémateuse et souvent très sensible. De manière caractéristique, il existe un bourrelet périphérique bien délimité, des vésicules et des bulles peuvent être présentes en périphérie. Un signe classique est l'aspect peau d'orange. Le malaise et la fièvre accompagnent souvent les symptômes. L'évolution est bénigne, avec guérison rapide sous traitement antibiotique, mais elle peut également être lente et entraîner des séquelles, telles que le lymphœdème. Particulièrement, Chez les personnes âgées, l'érysipèle peut se présenter brusquement sous la forme d'un état confusionnel. Il peut entraîner une nécrose tissulaire sévère, une thrombose du sinus caverneux dans la localisation faciale, et il peut être récidivant, en particulier chez les patients présentant un lymphœdème sous-jacent.

Un âge supérieur à 60 ans et/ou des comorbidités associées définissent un terrain de fragilité prédisposant davantage à présenter des formes graves d'érysipèle. Ces formes sont caractérisées par la présence de signes locaux évocateurs tels que des bulles, un purpura, une nécrose, une hypoesthésie cutanée, une crépitation, et par un tableau général sévère comprenant une altération de l'état général, de la fièvre, de la confusion, une tachycardie, une polypnée et une oligurie. Elles sont associées à une durée d'hospitalisation prolongée et à un taux de mortalité d'environ 30%. Le traitement de ces formes graves est médico-chirurgical. Le médicament de choix est la pénicilline ; et la réponse est généralement assez spectaculaire.

L'érythromycine ou une céphalosporine peuvent être administrées comme alternatives. En cas d'érysipèle récidivant, une antibioprophylaxie doit être administrée pour prévenir le développement ou l'aggravation du lymphœdème, même si cela n'est pas toujours efficace. Chez les patients diabétiques, immunodéprimés ou présentant une maladie rénale ou hépatique pré-existante, l'érysipèle peut être provoqué par une infection bactérienne mixte composée d'organismes à Gram positif ainsi que d'entérocoques et d'entérobactéries. Ces patients nécessitent généralement une céphalosporine intraveineuse [16].

- **La fasciite nécrosante :**

La fasciite nécrosante représente 3,12% de l'ensemble des hypodermites dans notre série. C'est une dermohypodermite bactérienne nécrosante particulièrement destructrice, provoquant une nécrose des tissus sous-cutanés profonds à évolution rapide. Elle peut être causée par un certain nombre d'organismes, soit isolément, soit plus communément sous forme d'infection polymicrobienne, notamment des germes non spécifiques et des anaérobies tels que *Klebsiella* spp et *Pseudomonas aeruginosa*. Environ 10 % des cas sont dus aux streptocoques, souvent du groupe A.

Les facteurs prédisposants comprennent un âge supérieur à 50 ans, une plaie ou un traumatisme antérieur, une intervention chirurgicale, une irradiation, un diabète de type 2, un cancer, un alcoolisme, une obésité et une malnutrition. Bien qu'au début la fièvre puisse être légère, le patient présente généralement un tableau infectieux franc et peut présenter un tableau de choc septique. La peau est très érythémateuse et peut être associée à une crépitation gazeuse et à un écoulement purulent et fétide. Cependant, la douleur est souvent absente ou minime puisque la sensibilité cutanée est atteinte. Un diagnostic et un traitement rapides sont essentiels dans cette affection potentiellement mortelle. L'aspiration à l'aiguille fine pour un examen direct avec une coloration de Gram, ainsi que la biopsie tissulaire sur coupe congelée, peuvent faciliter le diagnostic. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) s'est avérée très utile pour définir la présence et l'étendue de la nécrose chez les patients atteints de fasciite. Des antibiotiques intraveineux à large spectre doivent être administrés pour couvrir à la fois

les bactéries aérobies et anaérobies, mais la mesure la plus importante est un débridement rapide et vigoureux de tous les tissus nécrotiques, sous anesthésie générale souvent. L'oxygénothérapie hyperbare semble être bénéfique chez certains patients [16].

1.1-2 L'anthrax :

Dans notre série, l'anthrax représente 6,6 % des étiologies bactériennes, tandis que l'abcès constitue 1,3 %. En comparaison, dans l'étude menée par Bilgili et al en Turquie, l'anthrax représentait 1,2 % [12].

L'anthrax résulte de la confluence et de la prolifération de plusieurs furoncles, se manifestant principalement dans les zones de transpiration importante. Cliniquement, il se caractérise par une tuméfaction érythémateuse, douloureuse et chaude, dont la profondeur est perceptible à la palpation, et centrée par une ulcération nécrotique exsudant du pus franc. L'anthrax s'accompagne souvent de fièvre et d'adénopathie locale. Il doit être distingué d'un kyste sébacé infecté, qui se situe fréquemment dans les mêmes zones, ou d'un abcès fistulisé. Le traitement antibiotique doit être systémique et prolongé pendant 10 jours. Localement, des pansements alcoolisés peuvent favoriser la collection du pus. Une intervention chirurgicale avec mise à plat et nettoyage soigneux est souvent nécessaire. Il est également crucial de rechercher une pathologie métabolique associée, notamment un diabète.

1.1-3 La Staphylococcie maligne de la face :

La staphylococcie maligne de la face représente 6,6 % de l'ensemble des étiologies bactériennes. Elle peut survenir lorsqu'il y a manipulation d'un furoncle centro-facial. Les signes généraux sont importants et le tableau septique est sévère, avec l'apparition d'un placard de dermohypodermite très œdémateux. Les risques majeurs incluent la septicémie et la thrombophlébite septique du sinus caverneux. Cliniquement, cela se manifeste par une cellulite diffuse de la face à évolution rapide, caractérisée par un placard rouge violacé, peu douloureux, sans bourrelet périphérique. L'extension vers le tissu cellulaire rétro-orbitaire, avec protrusion du globe oculaire, est fréquente, suivie par le processus phlébitique avec des cordons veineux thrombosés visibles sur le front, le cuir chevelu et l'angle de l'œil. Le risque de thrombophlé-

bite du sinus caverneux est significatif, pouvant entraîner une ophtalmoplégie et une méningoencéphalite, avec des accidents ischémiques artériels rapportés au cours de l'évolution de la thrombose du sinus caverneux. L'altération de l'état général est majeure et les hémocultures sont souvent positives [17,18]. Dans notre étude, un seul patient a développé un accident ischémique de l'artère cérébrale moyenne, entraînant une détérioration neurologique et, par la suite, le décès.

En ce qui concerne le traitement de la staphylococcie maligne de la face, une approche spécifique est nécessaire en raison de sa nature potentiellement septicémique. Il est essentiel d'opter pour une combinaison d'au moins deux antibiotiques synergiques, administrés par voie parentérale afin d'assurer des concentrations sériques adéquates. Cette stratégie vise à maximiser l'efficacité bactéricide tout en minimisant le risque de développement de résistances. Selon la sensibilité du Staphylocoque à la méticilline, le choix de l'antibiothérapie repose sur l'utilisation d'une pénicilline M ou d'un glycopeptide. En cas de sensibilité à la méticilline, la pénicilline M est privilégiée, tandis qu'en cas de résistance, le recours à un glycopeptide est recommandé. Il est primordial de surveiller attentivement la réponse au traitement et d'ajuster si nécessaire en fonction de l'évolution de l'infection et de la sensibilité aux antibiotiques.

1.1-4 L'actinomyose :

L'actinomyose, représentant 1,3% de toutes les infections bactériennes dans notre étude, c'est une affection rare et non contagieuse, parfois aiguë mais le plus souvent chronique, caractérisée par une infection purulente et granulomateuse. Elle est causée par des bactéries anaérobies Gram positif appelées Actinomycètes, qui sont généralement des saprophytes des cavités naturelles de l'homme, mais qui peuvent devenir pathogènes dans certaines conditions. Parmi les 40 espèces d'Actinomyces connues, seules 6 sont pathogènes pour l'homme, parmi lesquelles Actinomyces israelii est le plus souvent impliqué en pathologie humaine. Les lésions d'actinomyose surviennent généralement sur des lésions muqueuses préexistantes, souvent de nature traumatique, iatrogène ou inflammatoire. Le dia-

gnostic repose souvent sur l'examen histopathologique en raison des difficultés de l'examen bactériologique. Le traitement de l'actinomycose repose principalement sur la pénicillinothérapie, bien que la chirurgie soit rarement nécessaire. L'actinomycose survient généralement chez les adultes âgés de 20 à 60 ans. Les sites les plus couramment infectés sont abdomino-périnéaux (20%), cervico-faciaux (5%), thoraciques (15%), et cérébraux (2%). Les atteintes cutanées isolées sont rares, mais quelques cas d'inoculation cutanée directe ont été rapportés. En cas d'actinomycose cutanée par voie hématogène, les lésions sont le plus souvent multiples.

Parmi les facteurs de risque généraux, on retrouve le diabète, les néoplasies, la chimiothérapie, la radiothérapie, la corticothérapie prolongée, la malnutrition et l'infection à VIH. Le diagnostic bactériologique est souvent retardé en raison du polymorphisme clinique de la maladie et de la difficulté d'identification du germe. D'autres maladies peuvent également présenter un aspect microscopique similaire à celui de l'actinomycose, telles que la tuberculose et les infections pyogéniques [19].

Le traitement des portes d'entrée de l'actinomycose est essentiel dans le but de prévenir les récurrences. Parfois, le drainage chirurgical d'un abcès actinomycosique est nécessaire pour éliminer l'infection. Dans les cas de formes disséminées, le traitement médical initial repose sur l'administration intraveineuse de pénicilline, à une dose comprise entre 2 et 20 millions d'unités par jour, pendant une période de 3 à 6 semaines. Ensuite, un passage à la pénicilline V par voie orale est effectué pour une durée de 3 à 6 mois afin de consolider le traitement. Les tétracyclines ou les macrolides peuvent être utilisés en alternative en cas de contre-indication, notamment en cas d'allergie [19].

1.2 Les dermatoses virales :

Dans notre étude, les dermatoses virales représentent le deuxième motif infectieux après les infections bactériennes, constituant 10,5% de toutes les atteintes infectieuses et 3,08% de tous les diagnostics. Ces résultats rejoignent ceux de l'étude de Bilgili et al en Turquie, où les dermatoses virales représentaient également 2,8% de toutes les pathologies étu-

diées [12].

✓ **Le zona :**

Dans notre série, le zona représente la seule dermatose virale nécessitant une hospitalisation. Il se manifeste comme une réactivation du virus de la varicelle et du zona (VZV), un herpès virus, sur un dermatome spécifique suite à une immunodépression, la varicelle étant l'infection primaire. L'incidence annuelle du zona est estimée à environ 1 000 000 de cas, avec une prévalence plus marquée chez les adultes de plus de 60 ans [20]. Le zona se caractérise par une douleur lancinante aiguë, survenant avant l'apparition de l'éruption cutanée et pouvant persister tout au long de l'éruption vésiculaire. Les dermatomes thoraciques sont les plus souvent affectés, représentant jusqu'à 50 % des cas. Les localisations céphalique (notamment la division ophtalmique du nerf trijumeau), cervicale et lombaire représentent chacune 10 à 20 % des cas, tandis que les dermatomes sacrés sont touchés dans 2 à 8 % des cas. Le zona semble survenir plus fréquemment chez les individus présentant des facteurs de risque. En effet, tout ce qui pourrait causer une immunodépression est considéré comme un risque de développement de zona. L'âge avancé est le facteur de risque le plus couramment observé. L'association avec d'autres facteurs de risque pourrait entraîner une survenue plus précoce du zona. Parmi ces facteurs de risque, on trouve les maladies auto-immunes telles que la polyarthrite rhumatoïde, et le lupus érythémateux disséminé, l'asthme, le diabète sucré, la bronchopneumopathie chronique obstructive, les maladies rénales chroniques, les traitements immunosuppresseurs, le VIH, les troubles hématologiques et la corticothérapie prolongée. Le mode de vie peut également augmenter le risque de zona, notamment le tabagisme, la sédentarité, l'obésité et le stress psychologique.

Le zona guérit généralement spontanément en une vingtaine de jours, mais il peut laisser des séquelles cutanées et neurologiques, notamment des douleurs persistantes appelées algies post-zostériennes, qui peuvent être handicapantes. L'incidence de ces algies post-zostériennes varie de 10 à 70 %. En particulier, les localisations céphaliques peuvent entraîner

des complications spécifiques telles que des atteintes oculaires, auditives et cérébrales, surtout en présence d'une immunodépression. Il est crucial de surveiller attentivement ces algies, surtout chez les personnes âgées, et d'agir rapidement. Ainsi, il est recommandé de débiter le traitement antiviral dès les premiers symptômes pour réduire le risque de séquelles, en particulier chez cette population. Les antiviraux, tels que l'aciclovir et le valaciclovir, sont le traitement de base. En outre, une prise en charge adéquate de la douleur est indispensable. Il convient donc d'associer des antalgiques en fonction du degré de la douleur et du profil médical individuel de chaque sujet âgé. Les traitements topiques incluent l'application de lidocaïne et l'utilisation de pansements humides à secs [21,22].

1.3 Les dermatoses parasitaires :

Dans notre étude, ces dermatoses représentaient 8,4% de l'ensemble des infections cutanées et 2,46% de tous les diagnostics, cette proportion légèrement inférieure à celle rapportée dans l'étude de Simin et al. menée en Inde, où elles atteignaient 3,5% [7]. Les dermatoses parasitaires identifiées dans notre série comprennent la leishmaniose cutanée et la gale.

1.3-1 La leishmaniose cutanée :

Ce diagnostic représente 6,31 % de l'ensemble des dermatoses infectieuses dans notre étude. La leishmaniose est une maladie infectieuse transmise par des phlébotomes entre des hôtes animaux et humains, représentant un problème de santé complexe dans le monde entier. Elle présente plusieurs formes cliniques causées par des protozoaires du genre *Leishmania*. La leishmaniose est subdivisée en leishmaniose viscérale, associée à des parasitismes de la rate, de la moelle osseuse et du foie, et en leishmaniose tégumentaire, caractérisée par une atteinte cutanéomuqueuse. Il y a trois formes cliniques de la leishmaniose tégumentaire : la leishmaniose cutanée (LC), la leishmaniose muqueuse (LM) et la leishmaniose cutanée disséminée (LD). Peu d'études ont évalué le comportement clinique de la leishmaniose tégumentaire chez les patients âgés. Une étude épidémiologique menée dans le nord du Maroc a indiqué des lésions plus sévères et plus étendues chez les patients les plus âgés [23,24]. Le dia-

gnostic positif de la leishmaniose cutanée est suspecté cliniquement, et confirmé par des examens parasitologiques :

La leishmaniose cutanée localisée : le nodule ulcéro-croûteux est la présentation clinique la plus fréquente, l'incubation dure entre 1 et 4 mois, puis la lésion évolue en plusieurs phases, elle débute par une petite papule rouge foncé prurigineuse indolore, unique ou multiple à sommet parfois pustuleux, ensuite la papule se recouvre de squame et s'infiltré en profondeur, puis elle devient nodule.

- La leishmaniose cutanée diffuse est définie par un nombre de lésions à partir de 10 ou plus.
- La forme érysipéloïde de la LC diffère des autres formes par ses caractéristiques cliniques mais aussi par la population qu'elle touche préférentiellement [25]. Selon les données de la littérature, la fréquence de la LC érysipéloïde varie entre 0,05 et 3,2% [26]. Cette forme touche préférentiellement les femmes âgées [27].
- La forme pseudo sporotrichosique est une LC de dissémination lymphatique, décrite dans le nouveau monde, due à *L. braziliensis*, ou parfois à des espèces de l'ancien monde (*L. major*, *L. tropica*), à différencier de la sporotrichose [28]. Cette forme est caractérisée par l'association aux lésions primitives d'inoculation de nodules dermo-hypodermiques secondaires mesurant entre 0,5 et 1 cm de diamètre, disposés linéairement.

Le traitement de la leishmaniose cutanée (LC) consiste en l'administration d'antimoniote de méglumine (Glucantime®). Ce traitement est prescrit par voie intramusculaire, intraveineuse ou sous-cutanée. La posologie est de 20 mg/kg par jour de dérivé pentavalent d'antimoine pendant 4 semaines.

1.3-2 La gale :

La gale représente 2,10% de l'ensemble des dermatoses infectieuses, et 0,62% de tous les diagnostics élaborés, alors que dans l'étude égyptienne de EL-Hamd et al. elle représentait

3,5% de l'ensemble des diagnostics [9].

La gale humaine est une des maladies contagieuses les plus répandues dans le monde (300 millions de cas/an). Cette dermatose prurigineuse ubiquitaire due à un acarien, *Sarcoptes scabiei* variété *hominis* touche des individus des deux sexes, de tous les âges, de tous les milieux et sur tous les continents. Il s'agit de la première cause favorisant la survenue d'impétigo en zone tropicale. En France, la gale est un réel problème sanitaire. La dissémination du parasite est favorisée par la vie en collectivité et le non-respect des règles d'hygiène. Le facteur de risque de transmission est la cohabitation d'un grand nombre de personnes dans un espace restreint. De ce fait, de nombreuses épidémies ont été rapportées en établissements de santé et d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Différentes formes cliniques peuvent être identifiées : la gale du nourrisson, la gale des adultes et des grands enfants, la gale hyperkératosique des personnes âgées ou profuse de l'individu immunodéprimé [29].

La gale classique chez l'adulte est de diagnostic clinique et épidémiologique. Ces symptômes apparaissent entre une et trois semaines après la contamination. La manifestation principale est le prurit, qui peut être collectif ou familial, jouant un rôle essentiel dans le diagnostic. Intense la nuit, il perturbe le sommeil. Il est résistant, instable et, initialement, fréquemment localisé dans les espaces interdigitaux des palmes, puis se propage rapidement à d'autres plis cutanés. Il se présente également dans les plis des coudes, les aisselles, les aréoles mammaires, le nombril, les plis abdominaux, inguinaux et fessiers, ainsi que dans la face interne des poignets. Au niveau des cuisses, au niveau du fourreau de la verge, un chancre se manifeste sous la forme d'un nodule de 5 à 10 mm de diamètre, rouge brun cuivré et infiltré. Les symptômes pathognomoniques incluent un sillon scabieux, une lésion sinieuse, filiforme et légèrement surélevée, se terminant par une vésicule perlée [29].

La gale norvégienne, quant à elle, affecte principalement les immunodéprimés, notamment les personnes âgées. Cette forme se caractérise par une faible sensation de prurit, ce

qui peut la rendre longtemps méconnue. Les parasites et les lésions se multiplient rapidement, entraînant une hyperkératose cutanée caractérisée par des formations érythrodermiques squamo-croûteuses d'allure farineuse. Bien que les lésions prédominent aux endroits habituels de la gale commune, elles peuvent s'étendre à toute la surface cutanée, y compris le visage, le cuir chevelu, le dos, la paume des mains et la plante des pieds. Cette forme, très contagieuse, est responsable d'épidémies dans les établissements de gériatrie et les services d'hospitalisation de long séjour. Cependant, le diagnostic peut être retardé car le prurit est souvent initialement attribué à des causes liées au vieillissement [29].

Le traitement de la gale commune peut impliquer l'utilisation d'un traitement oral ou topique. Le traitement topique consiste en l'application d'un produit antiscabieux tel que les pyréthrinoïdes de synthèse ou le benzoate de benzyle. Quant au traitement oral, il repose sur l'administration d'ivermectine, en une prise unique le matin, à la dose de 200 µg/kg.

1.4 Les mycoses profondes :

Dans le contexte des dermatoses fongiques, la chromomycose représente exclusivement un seul cas dans notre étude, occupant ainsi la plus faible prévalence parmi les dermatoses infectieuses en milieu hospitalier, avec seulement 1,1 %, et 0,31 % de l'ensemble des diagnostics. Cette prévalence est comparable à celle rapportée dans l'étude de Mponda et al. menée en Tanzanie pour cette mycose profonde tropicale, qui était de 0,7 % [10].

2. Les tumeurs cutanées :

Dans notre étude, les tumeurs malignes occupaient la deuxième position avec une prévalence de 22,53%. Nos résultats concordent avec ceux de l'étude menée par Mehra et al en Inde, où les néoplasies cutanées représentaient également le deuxième motif le plus fréquent en consultation, avec 27,3%. En revanche, dans une étude réalisée au CHU de Oujda, la pathologie tumorale cutanée était en première position, avec une prévalence de 30,8%, dominée principalement par les tumeurs épithéliales en milieu hospitalier [4,30] (Tableau 41).

Tableau XLI : Comparaison des dermatoses tumorales chez les sujets âgés dans différentes études :

Auteur et lieu de l'étude	Nature de l'étude	Durée de l'étude	Pourcentage
Notre étude	Rétrospective	2014-2023	22,60%
Fofana et al. (Mali) [5]	Rétrospective	2010-2014	5,27%
Mehra et al. (Inde) [30]	Prospective	2017-2018	27,30%
Ouadi et al. (Oujda Maroc) [4]	Rétrospective	2014-2022	30,80%

2.1 Les lymphomes :

Les lymphomes cutanés sont les tumeurs cutanées les plus fréquentes dans notre étude, représentant 25,9% de l'ensemble des tumeurs cutanées et 5,86% de tous les diagnostics. Cette prévalence est partagée avec le carcinome spinocellulaire. Dans l'étude de Ouadi et al. menée à Oujda, ils représentaient 2,2% des cas.

2.1-1 Les Lymphomes cutanés primitifs :

Les lymphomes cutanés primitifs correspondent à des lymphomes T ou B localisés au niveau de la peau sans atteinte extra-cutanée évidente au moment du diagnostic. Ils représentent le deuxième site de lymphomes extra-ganglionnaires, après les lymphomes digestifs. Ces entités sont très hétérogènes en termes de caractéristiques cliniques, morphologiques, moléculaires, évolutives, thérapeutiques et pronostiques [31]. La classification WHO/EORTC (World Health Organization/European Organization for Research and Treatment of Cancer) et la classification de l'OMS sont les premières classifications largement acceptées pour les lymphomes, incluant le spectre complet des lymphomes cutanés primitifs.

Les lymphomes cutanés primitifs sont rares avant l'âge de 20 ans et leur incidence augmente avec l'âge pour atteindre son maximum entre 80 et 85 ans, l'âge moyen au diagnostic est de 55-60 ans [32]. De plus, une prédominance masculine avec un sexe ratio de 1,89 a été rapportée par une étude aux États-Unis sur les lymphomes cutanés T [33].

Parmi l'ensemble des lymphomes cutanés primitifs, le lymphome T chez le sujet âgé était majoritaire dans notre étude, avec une prévalence de 73%, le lymphome B occupait 21%, le sexe ratio H/F est de 1,72, marquant une prédominance masculine, nos chiffres atteignent les fourchettes épidémiologiques des lymphomes cutanés primitifs dans la littérature.

2.1-2 La classification des lymphomes cutanés primitif T :

✓ Le mycosis fongoïde (MF) :

Le mycosis fongoïde est le type le plus fréquent , représentant 60 % des lymphomes cutanés T et près de 50 % de tous les lymphomes cutanés primitifs [31].

Dans notre série, le mycosis fongoïde est également le type le plus fréquent, représentant 71% des lymphomes cutanés T primitifs, ce qui concorde avec les données de la littérature.

Le mycosis fongoïde dans sa forme classique indolente se manifeste généralement par des nodules, des tumeurs, ou sous forme d'un état érythrodermique.

Pour les stades initiaux, les traitements locaux tels que la photothérapie aux ultraviolets (PUVA) et les dermocorticoïdes sont souvent privilégiés en raison de leur efficacité et de leur profil de sécurité favorable. À mesure que la maladie progresse, des thérapies systémiques peuvent être introduites pour gérer les symptômes plus sévères. Il est essentiel de surveiller attentivement les effets secondaires potentiels et d'ajuster le traitement en conséquence pour optimiser les résultats et la qualité de vie du sujet âgé.

✓ Le syndrome de Sézary :

Le syndrome de Sézary est une variante leucémique agressive rare des lymphomes cutanés T souvent regroupée avec le MF à un stade avancé, ce qui rend l'étude de son épidémiologie difficile. Il représente 2,5 % de tous les lymphomes cutanés T et affecte principalement les adultes, habituellement après 60 ans, avec une prédominance masculine [33,34].

Le syndrome de Sézary est caractérisé par la triade : érythrodermie souvent sèche, prurit intense présent pendant des mois à des années avant le diagnostic, et des adénopathies

avec la présence de 5 % ou plus de cellules de Sézary dans le sang [35,36].

Le traitement du syndrome de Sézary est complexe et nécessite une approche personnalisée. Les options de première intention incluent la photophérèse extracorporelle, l'interféron- α , le bexarotène et le méthotrexate à faible dose. Ces traitements peuvent être combinés pour améliorer l'efficacité. En cas de prurit, des émoullients et des dermocorticoïdes peuvent être prescrits. Pour les cas plus avancés, des traitements de deuxième intention comme la monochimiothérapie, la chimiothérapie combinée ou l'immunothérapie ciblée sont envisagés. Le pronostic du syndrome de Sézary rejoint celui du MF dans la littérature. Un âge avancé peut prédire un mauvais pronostic [37].

2.1-3 Le lymphome cutané B diffus à grandes cellules de type membre inférieur :

Ce lymphome survient chez des sujets âgés avec une prédominance féminine. La forme clinique la plus fréquente est celle qui touche les membres inférieurs, d'où la terminologie élargie de lymphomes de type membre inférieur, retenue dans la classification WHO-EORTC [31]. Cliniquement, il est caractérisé typiquement par des tumeurs érythémato-violacées parfois ulcérées à croissance rapide siégeant au niveau d'une ou deux jambes. Approximativement, 10 à 15% des patients développent des lésions siégeant dans d'autres sites que les membres inférieurs [38].

Le lymphome cutané diffus à grandes cellules, de type membre inférieur est un lymphome agressif affectant les personnes âgées et sa prise en charge est donc difficile. Actuellement, le traitement de première intention est le rituximab et une chimiothérapie combinée, le plus souvent des schémas thérapeutiques de type cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine et prednisone (CHOP) si l'état général du patient le permet. Le pronostic peut être encore amélioré en utilisant le rituximab en polychimiothérapie adapté à l'âge [39]. Le pronostic est défavorable avec un taux de survie à 5 ans de 50 %. De multiples lésions cutanées sont associées à un pronostic plus défavorable [40].

2.2 Les tumeurs épithéliales :

Trente-et-une tumeurs épithéliales ont été diagnostiquées, ce qui correspondait à 42 % des tumeurs dans notre étude. Le carcinome spinocellulaire était le plus fréquent, représentant 61,29 % de ces tumeurs et 5,86 % de l'ensemble des diagnostics, contre 3,95 % dans l'étude de Fofana et al. au Mali et 7,9 % dans l'étude de Ouadi et al. à Oujda [4,5].

2.2-1 Le carcinome épidermoïde cutané :

L'incidence du carcinome spinocellulaire (CSC) ou carcinome épidermoïde a connu une augmentation au fil des dernières décennies, étant étroitement liée à l'âge. [41]. Les facteurs de risque comprennent : l'exposition aux rayons UV (en particulier l'exposition chronique cumulative au soleil), l'immunosuppression chronique, l'âge, le sexe masculin, le type de peau claire (phototype I et II), les antécédents de cancer cutané ou de lésions précancéreuses, le tabagisme, les processus inflammatoires chroniques (par exemple, le lichen scléreux), les plaies chroniques et les cicatrices de brûlures[42-44].

La présentation clinique du CSC consiste généralement en une tumeur indurée avec une surface kératinisée ou croûteuse. L'ulcération est fréquente, en particulier dans les tumeurs plus volumineuses et/ou moins différenciées. Le CSC croît plus rapidement et plus agressivement que le carcinome basocellulaire. De plus, le CSC a un potentiel métastatique, principalement dans les ganglions lymphatiques régionaux (\pm 85 %), bien que des métastases à distance soient possibles.

Le diagnostic définitif du CSC est posé par un examen histopathologique après biopsie ou exérèse, qui inclut l'examen des variables pronostiques susmentionnées. Il est primordial de rechercher les métastases et de procéder à une palpation des ganglions lymphatiques, souvent suivie d'un examen échographique et d'une aspiration échoguidée en cas de détection de ganglions lymphatiques suspects dans les lésions présentant un risque élevé [43,44].

Dans la plupart des cas, le CSC est traité par excision chirurgicale, qui permet un contrôle histopathologique des marges d'excision. D'autres options thérapeutiques pouvant être

utilisées dans certains cas sont la radiothérapie et la cryochirurgie[43,44].

2.2-2 Le carcinome basocellulaire cutané :

Le carcinome basocellulaire (CBC) représente 22,5 % des tumeurs épithéliales et 2,16% de l'ensemble des diagnostics dans notre étude, comparé à 9,3 % dans l'étude de Ouadi et al. à Oujda et 1 % dans l'étude de El-Hamd et al. en Égypte [4,9].

Le CBC est une tumeur à croissance lente avec un potentiel malin relativement faible, les métastases étant très rares. Le CBC se divise en quatre sous-types histopathologiques : nodulaire, superficiel, infiltrant et micronodulaire. La plupart des CBC, en particulier les CBC nodulaires, se situent dans la région de la tête et du cou. Cependant, la proportion de CBC superficiels situés sur le tronc a augmenté au cours des dernières décennies [45].

Les options de traitement du CBC comprennent l'exérèse chirurgicale, la radiothérapie et les thérapies destructrices locales telles que la cryothérapie et la thérapie au laser. En outre, le CBC peut être traité localement par thérapie photodynamique. Dans les cas de CBC localement avancés ou métastatiques, qui ne peuvent pas être traités par les méthodes précédemment mentionnées, un traitement systémique avec vismodegib ou sonidegib peut être envisagé [46].

2.2-3 Les autres tumeurs épithéliales :

Le reste des tumeurs épithéliales dans notre étude comprend les tumeurs annexielles, qui représentent 12,9 %, ainsi qu'un cas de carcinome mammaire de type basaloïde, qui représente 3,22 % de l'ensemble des tumeurs.

2.3 Les mélanomes :

Le mélanome dans notre étude représente 19 % de l'ensemble des tumeurs et 4,32 % de l'ensemble des diagnostics. En comparaison, dans l'étude de Mponda et al. en Tanzanie, le mélanome occupait 7,1 %, tandis que dans celle de Ouadi et al. à Oujda, sa prévalence était de 3,1 %, ce qui est légèrement comparable à notre prévalence [4,10].

Plusieurs études avaient montré que l'augmentation des taux d'incidence du mélanome est plus prononcée chez les personnes âgées [47]. Le facteur de risque exogène le plus important de mélanome est l'exposition aux rayons UV, en particulier les coups de soleil pendant l'enfance [48].

Quatre sous-types sont utilisés pour classer le mélanome : le mélanome à extension superficielle, le mélanome nodulaire, le mélanome à lentigo malin et le mélanome lentigineux acral [48]. Chez les personnes âgées, la proportion de mélanomes à extension superficielle diminue et la proportion des autres formes semble augmenter. Les mélanomes cutanés chez les personnes âgées sont le plus souvent localisés dans la région de la tête et du cou [49]. Au Maroc la localisation plantaire est la plus fréquente .

Le mélanome peut potentiellement métastaser et être mortel. Le mélanome représente 90 % de tous les décès dus au cancer de la peau et les taux de mortalité liés au mélanome sont plus élevés chez les personnes âgées que chez les populations plus jeunes, en particulier chez les hommes [47].

Le traitement consiste en une exérèse carcinologique. La radiothérapie peut être envisagée en cas de mélanome cutané inopérable. En cas de mélanome métastatique, la radiothérapie et/ou une immunothérapie sont généralement recommandées [48,50].

2.4 La maladie de Kaposi:

Dans notre étude, la maladie de Kaposi représente 8,2 % de la pathologie tumorale et 1,85 % de l'ensemble des diagnostics chez le sujet âgé. En comparaison, dans l'étude de Ouadi et al. à Oujda, la maladie de Kaposi avait une prévalence de 6,3 %, ce qui est relativement proche de notre prévalence. Dans l'étude de Fofana et al. au Mali, elle représentait 1,32 % de l'ensemble des diagnostics, une proportion légèrement inférieure à la nôtre. En revanche, dans l'étude de Bilgili et al. en Turquie, elle constituait 10,8 % de l'ensemble des tumeurs, une prévalence comparable mais légèrement plus élevée [4,5,12].

La maladie de Kaposi, également appelée sarcome de Kaposi méditerranéen, est une

affection proliférative multifocale touchant la peau et les organes internes. Elle implique diverses cellules mésenchymateuses et est induite par le virus de l'herpès humain de type 8 (HHV-8). La forme classique de cette maladie survient principalement chez les personnes âgées de plus de 50 ans, avec une prédominance masculine [51,52].

Cette affection évolue lentement et est généralement limitée à la peau des membres inférieurs, bien qu'elle puisse progresser vers une atteinte cutanée étendue et multiviscérale. Les manifestations cutanées se présentent sous forme de papulo-nodules développés sur une peau saine ou sur des macules érythémato-angiomateuses. Nettement délimitées, ces lésions varient en taille de quelques millimètres à 1 ou 2 centimètres, formant des tumeurs volumineuses, végétantes et adhérentes au plan profond. Des plaques et des macules érythémato-angiomateuses de couleur rouge vif à rouge violacé peuvent également être observées [51,52].

Le choix thérapeutique varie selon le stade de la maladie. Les options de traitement comprennent l'exérèse chirurgicale, la cryothérapie, la radiothérapie et la chimiothérapie intralésionnelle par Bléomycine. Ces différentes modalités permettent une prise en charge adaptée à chaque patient [51,52].

2.5 Les métastases cutanées :

Dans notre série, les métastases cutanées représentent 1,4 % de l'ensemble de la pathologie tumorale et 0,31 % de l'ensemble des diagnostics. Comparativement, dans l'étude de Ouadi et al. à Oujda, les métastases cutanées étaient retrouvées dans 0,4 % des diagnostics. Quant à l'étude de Mseddi et al. en Tunisie, effectuée en milieu de consultation, les métastases cutanées constituaient 0,2 % de l'ensemble des motifs de consultation [4,53].

Les métastases cutanées représentent environ 2 % des tumeurs malignes de la peau. Elles sont rares dans le cadre des cancers profonds, mais peuvent parfois révéler un cancer sous-jacent. Cependant, elles apparaissent généralement au cours de l'évolution de la maladie, indiquant un stade avancé. Ces affections sont plus fréquentes chez l'adulte et le sujet

âgé et touchent les deux sexes de manière égale. La majorité des métastases cutanées surviennent dans les cinq ans suivant la découverte de la tumeur primaire [54].

Sur le plan clinique, les métastases cutanées présentent une grande diversité, rendant le diagnostic difficile. En raison de ce polymorphisme, seul un examen histologique peut confirmer leur nature. La forme la plus courante de métastase cutanée est la lésion nodulaire, qui se manifeste par un ou plusieurs nodules sous-cutanés, indolores, fermes ou durs, recouverts d'une peau normale [54].

2.6 Le myélome multiple :

Le myélome est un cancer rare, ne représentant que 1 % de toutes les tumeurs malignes. Son incidence annuelle est d'environ 5 pour 100 000. L'incidence augmente progressivement avec l'âge, environ 90 % des cas étant observés chez des patients de plus de 50 ans, avec un âge médian au moment du diagnostic de 70 ans. Les manifestations cliniques courantes du myélome multiple sont résumées par l'acronyme « CRAB », pour hypercalcémie, insuffisance rénale, anémie et lésions osseuses. L'atteinte extra-médullaire est estimée à 4%, dont l'atteinte cutanée est de moins de 1% [55].

Les infiltrats plasmatiques dans la peau se présentent généralement sous la forme de taches, de nodules ou de papules rouge-violet, susceptibles de s'ulcérer, ou sous forme de plaques lisses [56].

2.7 La leucémie lymphoïde chronique :

La leucémie lymphoïde chronique (LLC) est l'hémopathie maligne la plus courante dans les pays occidentaux, affectant principalement les personnes âgées. Elle se caractérise par une prolifération monoclonale maligne de lymphocytes B matures, accompagnée d'une infiltration médullaire, ganglionnaire et splénique [57]. Cependant, l'infiltration cutanée de la LLC à lymphocytes B est rare et bien moins fréquente que celle des leucémies ou lymphomes à cellules T. L'atteinte cutanée se présente généralement sous la forme de papules solitaires groupées ou généralisées, de plaques, de nodules ou de grosses tumeurs. Des manifestations cliniques moins courantes incluent l'érythrodermie, la paronychie chronique, les plaques palmaires et

les lésions sous-unguéales [58].

3. Les dermatoses bulleuses auto-immunes :

Les maladies bulleuses auto-immunes (MBAI) représentent un groupe hétérogène de maladies auto-immunes ciblant différentes protéines épidermiques ou sous-épidermiques de la peau et/ou des muqueuses. Chez les sujets âgés elles varient en prévalence selon les régions. Notre étude révèle une prévalence de 13,89%, comparable à celle du Mali (13,16 % selon Fofana et al.), mais plus élevée que celle de l'Inde (3,20 % selon Mehra et al.). L'étude d'Ouadi et al. à Oujda montre une prévalence légèrement plus élevée de 14,50% [4,5,30] (Tableau XLII).

Tableau XLII : Comparaison des dermatoses bulleuses auto-immunes chez les sujets âgés dans différentes études :

Auteur et lieu de l'étude	Nature de l'étude	Durée de l'étude	Pourcentage
Notre étude	Rétrospective	2014-2023	13,89%
Fofana et al. (Mali) [5]	Rétrospective	2010-2014	13,16%
Mehra et al. (Inde) [30]	Prospective	2017-2018	3,20%
Ouadi et al. (Oujda) [4]	Rétrospective	2014-2022	14,50%

3.1 La pemphigoïde bulleuse :

Parmi les dermatoses bulleuses auto-immunes (MBAI), la pemphigoïde bulleuse est prédominante dans notre étude, représentant 8,02% de l'ensemble des diagnostics.

Cette tendance est corroborée par les données de différentes régions, comme le cas du Mali et celui de Oujda au Maroc, qui ont également rapporté des prévalences significatives de pemphigoïde bulleuse. En revanche, l'étude menée en Egypte par EL-Hamd et al. montre une prévalence nettement plus faible (Tableau XLIII).

Tableau XLIII : Comparaison de la pemphigoïde bulleuse chez les sujets âgés dans différentes études :

Auteur et lieu de l'étude	Nature de l'étude	Durée de l'étude	Pourcentage
Notre étude	Rétrospective	2014-2023	8,02%
Fofana et al. (Mali) [5]	Rétrospective	2010-2014	10,53%
EL-Hamd et al. (Egypte) [9]	Prospective	2018-2019	1,70%
Ouadi et al. (Oujda) [4]	Rétrospective	2014-2022	10,10%

La pemphigoïde bulleuse (PB) est une dermatose bulleuse auto-immune sous épidermique, la plus fréquente des dermatoses bulleuses auto-immunes acquises [59]. Elle affecte principalement le sujet âgé de 60 ans et plus sans prédilection du sexe. Sa fréquence est estimée entre 4,47 à 13,4 nouveaux cas par million chaque année [60,61], son incidence en hausse en raison du vieillissement de la population et de l'association avec plusieurs comorbidités.

Cette maladie se caractérise par des éruptions bulleuses sur une peau saine ou urticaire. Les bulles ainsi formées sont tendues sur une base érythémateuse ou non érythémateuse. Dans un tiers des cas, les bulles sont de localisation muqueuse. Le signe de Nikolsky est négatif à l'examen clinique.

La confirmation du diagnostic passe via l'histologie, les méthodes d'immunofluorescence et la microscopie électronique, et la biologie moléculaire. Dans notre contexte, le diagnostic repose sur la clinique, l'histologie et les données de l'immunologie [62].

- **La clinique :**

La présentation classique de la PB est attribuée à sa forme du sujet âgé, caractérisée par la présence de prurit, de bulles tendues sur une peau saine ou sur un fond érythémateux, localisées sur le tronc et les extrémités. Elle touche principalement les sillons axillaires, ingui-

naux et les parties internes des cuisses. L'atteinte des muqueuses est présente dans 10% à 30% des cas. Il est important de noter que devant tout prurit chez le sujet âgé, il faut garder à l'esprit la possibilité de pemphigoïde bulleuse et envisager la réalisation d'une biopsie cutanée avec immunofluorescence directe pour confirmer le diagnostic.

- **Les facteurs de risques et comorbidités associées :**

- **Les maladies neurologiques :**

Plusieurs études ont mis en évidence une association de la PB avec des maladies neurologiques et psychiatriques. Entre 22 % et 46 % des patients atteints de la PB présenteraient au moins une pathologie neurologique associée, notamment des démences, la maladie de Parkinson et des accidents vasculaires cérébraux [63].

- **Psoriasis et photothérapie :**

Dans la plupart des cas rapportés, le psoriasis a précédé l'apparition de la PB d'environ 20 ans. De plus, la photothérapie utilisée dans le traitement du psoriasis peut favoriser la propagation des épitopes et la production d'auto-anticorps en exposant les antigènes de la BP, ainsi que les réponses lymphocytaires T-helper et T-suppresseur induites par les rayons ultraviolets [64-66].

- **La BP causée par les médicaments :**

Il est possible que la BP soit également causée par des médicaments. Généralement, le pronostic est bon avec une réponse favorable après l'arrêt de la supposée médication [67]. Les molécules incriminées comprennent les antipsychotiques, les hypoglycémifiants comme les inhibiteurs de la dipeptidyl peptidase-IV (DPP4) ou les gliptines, les diurétiques, et les inhibiteurs anti-PD-1/PD-L1 utilisés en chimiothérapie [68-71].

- **Le Traitement :**

La prise en charge initiale diagnostique et thérapeutique des formes étendues de la maladie nécessite généralement une hospitalisation, qui se poursuit jusqu'au contrôle clinique de l'éruption bulleuse avec cicatrisation de la majorité des érosions post-bulleuses. L'objectif du traitement de la PB est d'empêcher le développement de nouvelles lésions, de favoriser la

cicatrisation cutanée et d'améliorer le prurit. Étant donné que la PB affecte principalement les personnes âgées, le choix du traitement doit être adapté aux comorbidités du patient et à sa capacité à prendre soin de lui-même afin d'éviter les complications potentielles et de réduire la morbidité et la mortalité. L'utilisation de corticoïdes topiques semble être l'option la moins risquée en termes d'effets indésirables, par rapport à la corticothérapie systémique et aux immunosuppresseurs, qui peuvent être potentiellement graves chez les sujets âgés. Cependant, les choix thérapeutiques dépendent de la sévérité de la PB, qu'elle soit sous forme multi-bulleuse avec un nombre égal ou dépassant dix bulles par jour, ou sous une forme moins sévère avec un nombre strictement inférieur à dix bulles par jour, ainsi que de la gravité des lésions et des contre-indications de chaque classe thérapeutique.

Le traitement comporte deux phases, une phase d'attaque visant le contrôle de la PB et une phase d'entretien pour maintenir la rémission et prévenir les rechutes.

La corticothérapie locale très forte de classe 4 est le traitement de référence quelle que soit l'étendue de la PB. De nombreuses études ont souligné un bon contrôle de la maladie suite à l'usage du propionate de clobétasol à une dose de 40 g/jour, ainsi qu'une nette diminution du taux de mortalité et du taux d'effets secondaires graves par rapport à la corticothérapie orale [72,73].

Dans la corticothérapie générale, la prednisone est la plus souvent utilisée en traitement d'attaque. Les doses varient entre 0,5 mg et 1 mg/kg/jour en fonction de l'étendue et de la sévérité de la PB, et le contrôle est généralement obtenu rapidement [73].

Les immunosuppresseurs sont aussi utilisés dans le traitement de la pemphigoïde bulleuse, principalement dans les formes cortico-résistantes de la maladie. Le méthotrexate est réservé à ces formes résistantes, et des études ont montré son efficacité à faible dose, généralement inférieure à 15 mg par semaine, en traitement d'attaque [74].

D'autres traitements rapportés dans la littérature avec une efficacité variable comprennent la dapsons, l'azathioprine et les cyclines.

3.2 Le pemphigus :

Le pemphigus dans notre étude arrive en 2ème position après la pemphigoïde bulleuse parmi les DBAI.

Les prévalences du pemphigus chez les sujets âgés varient selon les études et les régions. Notre étude montre un taux de 5,24%, ce qui est supérieur aux résultats de Fofana et al. au Mali (2,63 %) et de Souissi et al. en Tunisie (2 %). L'étude d'Ouadi et al. à Oujda, rapporte un taux légèrement inférieur de 4,40 % [4,5,75] (Tableau XLIV).

Tableau XLIV : Comparaison du pemphigus chez les sujets âgés dans différentes études :

Auteur et lieu de l'étude	Type de l'étude	Durée de l'étude	Pourcentage
Notre étude	Rétrospective	2014–2023	5,24%
Fofana et al. (Mali) [5]	Rétrospective	2010–2014	2,63%
Souissi et al. (Tunisie) [75]	Prospective	1999–2000	2%
Ouadi et al. (Oujda Maroc) [4]	Rétrospective	2014–2022	4,40%

Le pemphigus est une maladie bulleuse auto-immune intraépidermique caractérisée par des auto-anticorps généralement dirigés contre la desmogléine 1 dans le pemphigus superficiel, et les desmogléines 1 et 3 dans le pemphigus vulgaire. Les desmogléines sont des protéines transmembranaires constitutives des desmosomes, qui sont les complexes majeurs d'adhésion interkératinocytaire.

Au Maroc, une étude récente a rapporté que l'incidence brute annuelle moyenne de 0,32 cas pour 100 000 habitants a doublé, atteignant 0,72 en 2020 [76]. Dans le monde, l'incidence du pemphigus varie de 0,5 à 34 cas/million d'habitants/an.

Le pemphigus peut survenir à tout âge, mais il touche surtout les sujets entre 45 et 65 ans, une étude en Koweït a révélé un âge moyen de 72,4 ans [77]. Les données de la littérature s'accordent avec nos résultats objectivant une nette prédominance féminine du pemphigus avec des ratios allant de 1,1 à 1,7 selon les études [78–80]. Le taux de mortalité du pemphigus est très variable, allant de 5 % jusqu'à 25 %.

- **Le diagnostic positif :**

Différents types de pemphigus ont été décrits en fonction des caractéristiques cliniques, histologiques et moléculaires des antigènes ciblés par les auto anticorps circulants.

- Le pemphigus profond : La lésion élémentaire se présente sous forme de bulles flasques, d'érosions ou, plus rarement, de pustules, survenant sur une peau initialement saine. Le signe de Nikolsky est positif à l'examen dermatologique. Les lésions ne cicatrisent pas, s'étendent progressivement en se recouvrant de croûtes et sont douloureuses. On distingue le pemphigus vulgaire et le pemphigus végétant. Dans notre étude, le pemphigus profond représente 29,4% de l'ensemble des formes colligées chez le sujet âgé, dont 17,6% sont de type vulgaire et 11,8% de type végétant.
- Le pemphigus superficiel : Le pemphigus superficiel représente environ 20 % des cas de pemphigus. L'atteinte est exclusivement cutanée. La lésion élémentaire se présente sous forme de bulles ou de vésicules fragiles, rarement observées à l'examen, suivies d'un érythème et de lésions érosives et croûteuses. Les zones séborrhéiques sont les sites prédictifs de l'atteinte, notamment l'extrémité céphalique, la région thoracique antérieure et les épaules. On distingue le pemphigus foliacé et le pemphigus séborrhéique [81]. Dans notre étude, le pemphigus superficiel représente 64,7% de l'ensemble des formes colligées chez le sujet âgé, dont 52,9% sont de type séborrhéique et 11,8% de type foliacé.
- Le pemphigus paranéoplasique : Le pemphigus paranéoplasique est une forme rare mais souvent grave, représentant 3 à 5 % de tous les cas de pemphigus. Il touche principalement les sujets âgés de 45 à 70 ans, sans prédominance de sexe. Un polymorphisme lésionnel a été décrit, incluant des lésions similaires au pemphigus vulgaire, des pustules, des lésions de pemphigoïde bulleuse, des éruptions d'érythème polymorphe, et des lésions lichénoïdes. L'association avec des néoplasies lymphoprolifératives est retrouvée dans 70 % à 80 % des cas. Des associations avec des tumeurs solides, des thymomes, et la maladie de Castleman ont également été décrites [82-84]. Dans notre étude une seule pa-

tiente était hospitalisée pour prise en charge du pemphigus paranéoplasique associée à un adénocarcinome mammaire ce qui représente 5,9% de l'ensemble des formes de pemphigus dans notre série.

- Les formes non classiques : ces formes de pemphigus sont décrites en littérature. Le pemphigus herpétiforme se manifeste par des lésions en grappes ressemblant à l'herpès, avec des démangeaisons intenses et des plaques érosives. Le pemphigus à IgA, une forme rare, se caractérise par des auto-anticorps de type IgA et des lésions cutanées souvent pustuleuses. Le pemphigus médicamenteux est induit par certains médicaments comme les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, les pénicillines et les anti-inflammatoires non stéroïdiens. Dans notre étude, nous n'avons objectivé aucun cas de formes non classiques de pemphigus.
- **Le diagnostic paraclinique :**

Le diagnostic du pemphigus repose sur trois éléments : les données cliniques, les résultats histologiques et les tests immunologiques.

La biopsie cutanée pratiquée sur une bulle récente et idéalement intacte permet d'observer l'acantholyse, une caractéristique histologique du pemphigus. La présence d'une bulle intra-épidermique au niveau suprabasal indique un pemphigus vulgaire, tandis que sa présence en couche cornée est en faveur d'un pemphigus superficiel.

L'immunofluorescence directe en peau péri-lésionnelle révèle souvent des dépôts intercellulaires d'IgG et/ou de C3 sur toute la hauteur de l'épiderme, et elle est positive dans environ 85% des cas de pemphigus. L'immunofluorescence indirecte (IFI) présente une sensibilité élevée, allant de 86% à 100%, et est recommandée pour le diagnostic du pemphigus paranéoplasique en raison de sa rapidité, ainsi que pour le suivi de la maladie. En plus de l'IFI, d'autres techniques immunologiques telles que l'immunoblot et l'ELISA peuvent également être utilisées [85-87].

- **Le traitement :**

Le traitement du pemphigus dépend de la sévérité du pemphigus, évaluée par le score PDAI (Pemphigus Disease Area Index), et repose généralement sur l'utilisation de corticostéroïdes et d'immunosuppresseurs pour contrôler l'inflammation et réduire les symptômes. Actuellement, en cas d'atteinte sévère, le rituximab, un anti-CD20, est recommandé en première intention avec la prednisone. À défaut, l'azathioprine ou le mycophénolate mofétil peuvent être prescrits en association avec les corticostéroïdes.

4. Les toxidermies :

Dans notre étude, les toxidermies occupent la 4^{ème} position avec une prévalence de 10,19 %. Notre prévalence est comparable à celle observée dans l'étude menée par Fofana et al. au Mali, où la prévalence des toxidermies chez les sujets âgés hospitalisés est de 10,53%. En revanche, l'étude de Nadia et al. en Indonésie rapporte une prévalence beaucoup plus faible de 2,20 %. Dans l'étude d'Ouadi et al. à Oujda, les toxidermies représentent 5,80 % de l'ensemble des atteintes [4,5,8] (Tableau XLV).

Tableau XLV : Comparaison des toxidermies chez les sujets âgés dans différentes études :

Auteur et lieu de l'étude	Type de l'étude	Durée de l'étude	Pourcentage
Notre étude	Rétrospective	2014-2023	10,19%
Fofana et al. (Mali) [5]	Rétrospective	2010-2014	10,53%
Nadia et al. (Indonésie) [8]	Rétrospective	2017-2019	2,20%
Ouadi et al. (Oujda Maroc) [4]	Rétrospective	2014-2022	5,80%

La présentation clinique des toxidermies médicamenteuses ne diffère pas beaucoup de celle observée chez les jeunes. Cependant, avant d'établir l'imputabilité des médicaments, il est impératif de tenir compte des modifications pharmacocinétiques chez les sujets âgés. Les défaillances hépatiques et l'insuffisance rénale étant fréquentes chez cette tranche d'âge, un éventuel allongement de la demi-vie d'élimination doit être considéré.

L'enquête médicamenteuse s'avère plus délicate chez les sujets âgés en raison de la polymédication et de l'automédication qu'il faut bien rechercher à l'interrogatoire, ainsi que des

possibles troubles cognitifs sous-jacents. Les toxidermies semblent plus fréquentes chez les sujets polymédicamentés. De toute évidence, plus un patient utilise de médicaments, plus le risque d'effets secondaires est important.

La plupart des études démontrent que les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes (65 % à 70 % contre 30 % à 35 %), ce qui est également le cas dans notre étude. Peu de données et d'études sont disponibles en matière de prise en charge des toxidermies sévères chez les sujets âgés. En raison des comorbidités associées, leur pronostic est moins bon que chez les sujets jeunes.

4.1 Le syndrome de DRESS (drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms):

Le syndrome de DRESS est la toxidermie sévère la plus fréquente. Les médicaments les plus souvent incriminés sont l'allopurinol et les antiépileptiques. La mortalité du DRESS est évaluée entre 10 % et 20 %. Le score diagnostique de référence est le RegiSCAR, bien qu'il soit rétrospectif. Shiohara et Mizokawa ont élaboré un score de sévérité et d'aide à la décision thérapeutique tenant compte de l'âge du patient, ce qui suggère que le syndrome de DRESS survenant chez les sujets âgés est plus sévère et de moins bon pronostic [88-90]. Dans notre étude le syndrome de DRESS est la toxidermie la plus fréquente représentant 51,51% de l'ensemble des toxidermies.

Les manifestations cutanées du DRESS se présentent sous forme d'un exanthème maculo-papuleux morbilliforme, parfois accompagné d'une érythrodermie. On observe souvent un œdème facial, avec une prédominance péri-orbitaire. Des cocardes atypiques, quelques vésiculo-bulles tendues, du purpura et des pustules peuvent également être présents. L'atteinte muqueuse est rare, unipolaire et discrète [91-93].

Les manifestations viscérales et hématologiques du DRESS comprennent souvent une fièvre élevée et une altération de l'état général. Des adénopathies diffuses d'un à deux centimètres de diamètre peuvent également être observées. Les atteintes viscérales, notamment l'hépatosplénomégalie, la cytolyse hépatique et la pneumopathie interstitielle, peuvent parfois être graves.

4.2 Les nécrolyses épidermiques toxiques (syndrome de Stevens-Johnson et syndrome de Lyell) :

Ce sont des toxidermies rares mais très graves et plus sévères chez les sujets âgés. Le taux de mortalité globale est de 23% à six semaines et de 34% à un an. L'âge (≥ 40 ans) est un élément du score pronostic SCORTEN, un âge plus élevé suggère donc plus de gravité. Le taux de mortalité semble être plus élevé à trois mois d'évolution, et est lié particulièrement à la présence de comorbidités sévères et à un âge plus élevé, par rapport à un taux de mortalité dans les premières semaines d'évolution lié plutôt à la sévérité de la nécrolyse épidermique. La prise en charge symptomatique chez les sujets âgés est la même que chez les sujets jeunes et ne diffère pas en matière de consensus [94,95]. Dans notre étude, ces toxidermies représentent 18,18% de l'ensemble des toxidermies, dont le syndrome de Stevens-Johnson 15,15%, et le syndrome de Lyell 3,03%.

La surface d'épiderme nécrosé est inférieure à 10% dans le syndrome de Stevens-Johnson et supérieure à 30% dans le syndrome de Lyell, qu'il s'agisse d'une surface décollée ou décollable, un décollement cutané situé entre 10% et 30% définit le syndrome de chevauchement. Les signes cliniques initiaux comprennent une fièvre, des brûlures oculaires, une pharyngite et un érythème, apparaissant de 7 à 21 jours après l'exposition au médicament incriminé. Dans la phase d'état, on observe l'érosion des muqueuses, l'apparition de bulles cutanées, la présence du signe de Nikolsky, qui marque le décollement cutané. Sur le plan paraclinique, une leucopénie, une anémie et des troubles hydroélectrolytiques peuvent être observés, avec une gravité potentiellement accrue chez les sujets âgés. Les atteintes viscérales peuvent affecter plusieurs systèmes : une détresse respiratoire due à un encombrement bronchique dans 27% des cas, une insuffisance rénale fonctionnelle (39%), des symptômes d'abdomen aigu et une hépatite grave dans 10% des cas.

4.3 La pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG):

C'est une toxidermie paroxystique sévère, à distinguer d'autres réactions cutanées graves telles que les nécrolyses épidermiques toxiques et le syndrome de DRESS, se caractérise par un début souvent brutal et une évolution rapide. Cette réaction peut survenir dans un délai court après la prise médicamenteuse, généralement quelques heures à 48 heures après, bien que ce délai puisse varier. Cliniquement, elle se manifeste par un érythème rouge vif, parfois scarlatiniforme et œdémateux, principalement au niveau du tronc et des membres, avec une prédilection pour les plis axillaires et inguinaux. L'hyperthermie et la leucocytose à polynucléaires neutrophiles sont des associations typiques. Dans les jours suivants, voire même en quelques heures, les lésions peuvent être recouvertes de pustules stériles non folliculaires, conduisant à un décollement superficiel traduit par un signe de Nikolsky positif. Bien que peu fréquente, une atteinte muqueuse peut survenir, affectant la muqueuse buccale et génitale. Les lésions viscérales sévères, bien que rares, peuvent inclure une cytolyse hépatique et des adénopathies périphériques. Il convient de considérer une septicémie à départ cutané ou une insuffisance rénale due à la déshydratation liée à l'altération de la barrière cutanée, en particulier chez les sujets âgés. Cependant, le pronostic vital est généralement favorable, car les lésions cutanées régressent à l'arrêt du médicament causal et les lésions viscérales sont réversibles. Toutefois, chez les patients âgés ou en mauvaise condition générale, une fièvre élevée ou une infection cutanée peuvent parfois entraîner des situations critiques. Dans ces cas, la mortalité peut atteindre environ 1% [96-100].

4.4 L'exanthème maculopapuleux :

L'exanthème maculopapuleux représente la forme la plus fréquente des hypersensibilités retardées chez les sujets âgés, totalisant 65% des toxidermies observées dans cette population. Bien que souvent non sévère, il nécessite toujours une recherche de signes de gravité éventuels indiquant une toxidermie grave débutante. Ces signes de gravité comprennent cliniquement une fièvre égale ou supérieure à 39°C, une sensation de malaise général, des adénopathies, des nausées, des vomissements, des arthralgies, des myalgies, une érythrodermie,

une infiltration cutanée, des douleurs cutanées, un décollement cutané (avec signe de Nikolsky positif), une atteinte muqueuse. Sur le plan biologique, les critères de gravité incluent une hyperéosinophilie supérieure à 1500/mm³, une lymphocytose, une neutropénie, une cytolyse hépatique biologique équivalant à trois fois la normale, et une créatininémie dépassant 1,5 fois la valeur de base. Il est important de considérer ces critères en relation avec l'état général du patient. En moyenne, l'éruption survient environ 8 jours après l'introduction du médicament [101,102].

4.5 L'érythème pigmenté fixe :

L'érythème pigmenté fixe est caractéristique d'une toxidermie d'origine exclusivement médicamenteuse. Il apparaît rapidement, dans les heures qui suivent la prise du médicament incriminé. Les lésions se présentent sous forme de plaques érythémateuses arrondies, généralement au nombre de moins de dix et douloureuses, mesurant quelques centimètres de diamètre. Elles sont localisées de manière symétrique sur le tronc et les membres. Une atteinte muqueuse, notamment buccale et ano-génitale, est fréquente. Bien que rare, une éruption bulleuse peut survenir, simulant un tableau de syndrome de Lyell. Toutefois, en l'absence de lésions en pseudo-cocarde, ce diagnostic est exclu. L'évolution est généralement favorable en quelques jours, avec une régression des lésions laissant des taches pigmentaires résiduelles.

4.6 L'urticaire médicamenteuse :

L'urticaire médicamenteuse se manifeste généralement quelques minutes à deux heures après la prise du traitement incriminé. Les papules sont mobiles, fugaces et s'effacent rapidement. En cas de risque d'anaphylaxie, le médicament responsable est définitivement contre-indiqué. Il existe également une forme retardée d'urticaire, survenant généralement au septième jour, caractérisée par des papules persistantes accompagnées d'arthralgies, évoquant une maladie sérique. L'âge et les comorbidités cardiovasculaires semblent augmenter le risque d'asphyxie et de détresse respiratoire, notamment en raison de l'effet de certaines

classes thérapeutiques telles que les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et les bêtabloqueurs. La transition vers l'œdème de Quincke aggrave la gravité du tableau. Les décès dus à l'anaphylaxie sont en constante augmentation avec l'âge et sont souvent associés à des troubles cardiovasculaires. Les réactions urticariennes subaiguës et chroniques peuvent être traitées par des antihistaminiques. Il est recommandé aux personnes âgées d'utiliser des antihistaminiques de nouvelle génération non sédatifs pour éviter les effets secondaires cognitifs [103].

5. Les maladies de systèmes :

Dans notre étude, les maladies de systèmes représentaient 8,95% de l'ensemble des motifs hospitaliers, cette prévalence ne concorde pas avec l'étude du Mali où elles occupent 1,32% [5].

Une différence notable entre les services de médecine interne et de dermatologie chez les personnes âgées réside dans la répartition des maladies systémiques. Dans le service de dermatologie, la dermatomyosite prédomine à 27,59 %, suivie par le lupus à 20,69 %, tandis que dans le service de médecine interne, le lupus est nettement plus fréquent à 30 %, suivi par le Gougerot à 26,7 % (Tableau XLVI).

Tableau XLVI : Comparaison de la prévalence des maladies systémiques entre les services de dermatologie et de médecine interne chez les sujets âgés au CHU Mohammed VI :

Service	Durée	Dermatomyosite	Lupus	Sarcoïdose	Gougerot	Sclérodermie
Dermatologie	10ans	27,59%	20,69%	10,34%	17,24%	17,24%
Médecine interne	10ans	0%	30%	0%	26,7%	1,7%

5.1 La dermatomyosite :

La dermatomyosite représente dans notre étude 2,46% de l'ensemble des diagnostics, une prévalence très comparable à celle de l'étude de Oujda où elle représente 1,7% [4].

La dermatomyosite (DM) est une myopathie inflammatoire idiopathique caractérisée

par des signes cliniques tels qu'une faiblesse musculaire proximale progressive et symétrique dans les quatre membres, en plus de la présence de modifications cutanées typiques, telles qu'une éruption cutanée héliotrope et des papules de Gottron. Elle est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes avec un sexe ratio de 2:1 [104].

La dermatomyosite peut survenir à tout âge, avec une distribution bimodale : elle touche le plus souvent l'adulte entre 40 et 60 ans, ainsi que les enfants. Chez les sujets âgés, la DM est le plus souvent associée à une pathologie néoplasique. Le diagnostic de la DM repose sur les critères diagnostiques de Bohan et Peter ,ces critères sont les suivants [105] (Tableau XLVII) :

Tableau XLVII : Critères diagnostiques de Bohan et Peter de la dermatomyosite :

Description :
Érythème périorbitaire péri unguéal et en face d'extension des articulations
Faiblesse musculaire symétrique des muscles de ceintures
Élévation des enzymes musculaires
Triade électromyographique caractéristique : des potentiels d'unités motrices courts et polysphasiques, fibrillation et décharges répétées à haute fréquence
Histologie musculaire : atteinte micro-angiopathique aboutissant à une atrophie musculaire secondaire

En cas d'atteintes cutanées accompagnées de 3 critères, le diagnostic de la dermatomyosite (DM) est certain. Si les atteintes cutanées sont associées à 2 critères, le diagnostic est probable. Avec 1 critère supplémentaire aux atteintes cutanées, le diagnostic est possible.

- L'atteinte cutanée :

On distingue les lésions cutanées spécifiques, caractérisées histologiquement par des modifications de la jonction dermo-épidermique, et les lésions non spécifiques, vasculaires ou non :

- Érythème héliotrope du visage : C'est un érythème symétrique, rose lilacé, parfois légèrement squameux. Il touche le front, les tempes, les oreilles, les joues et le nez, tout

en épargnant les sillons nasogéniens et le pourtour des lèvres. Légèrement prurigeux, il peut s'accompagner de sensations de picotements ou de brûlures.

- Érythème des paupières en lunette : Pathognomonique et caractéristique de la maladie, il est souvent associé à un œdème avec de fines télangiectasies, donnant un aspect en pseudo-vespertilio.
- Œdème : Accompagnant ou précédant l'érythème, il est généralement modéré, limité aux placards érythémateux, et disparaît rapidement après l'instauration du traitement. Cet œdème, qui ne prend pas le godet, est ferme et peut être le signe cutané prédominant chez les patients de phototype foncé.
- Signe de Gottron : Il se caractérise par des macules érythémateuses, plus ou moins squameuses, situées en bandes le long des gaines des tendons extenseurs, surtout sur les faces dorsales et latérales des articulations métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes. Cette atteinte peut aussi être retrouvée sur les faces d'extension.
- Papules de Gottron : Papules violines, infiltrées, symétriques et légèrement squameuses, situées sur les faces d'extension des articulations métacarpo-phalangiennes et/ou interphalangiennes, ce qui distingue la DM du lupus. Elles peuvent évoluer en macules atrophiques avec un centre blanc porcelaine traversé de fines télangiectasies.
- Signe du châte : Extension de l'érythème à la partie haute des épaules et à la racine des membres supérieurs.
- Érythème flagellé : Aspect en bandes linéaires sur la racine des membres et le tronc, rare mais caractéristique de la dermatomyosite, indiquant son activité.
- Poïkilodermie : Présence d'un érythème avec télangiectasies, atrophie et troubles pigmentaires (hyper- ou hypopigmentation). Localisée préférentiellement sur la partie haute du tronc, le haut du dos et les fesses, elle est généralement asymétrique et se manifeste à un stade avancé de la maladie.
- Photosensibilité : Signe primordial dans la majorité des connectivites, particulièrement dans la DM.

- La dermatomyosite présente des signes vasculaires tels que le phénomène de Raynaud, le purpura et le livedo.
- Les signes généraux tels que la fièvre, l'amaigrissement, l'asthénie et l'altération de l'état général doivent faire suspecter une dermatomyosite paranéoplasique.
- **La particularité de la DM chez le sujet âgé :**

Une étude a suggéré que les caractéristiques cliniques de la dermatomyosite (DM) chez les personnes âgées sont similaires à celles des patients plus jeunes [106] . Cependant, il y a une tendance à une fréquence plus élevée de tumeurs malignes dans la population âgée : 24% chez les sujets âgés contre 9,5 % chez les plus jeunes. Dans cette même étude, l'adénocarcinome rectal représentait 50 % des cancers observés [106]. Dans la littérature, les sites de néoplasie habituellement retrouvés dans la DM sont les suivants : pulmonaire, ovarien, nasopharyngé, pancréatique, gastrique, colorectal, utérin, sein, thyroïdien, et hématologiques, y compris les lymphomes. Dans notre étude, une association avec une tumeur ovarienne et pulmonaire a été observée chez deux patients [107].

Le traitement de la dermatomyosite varie selon les manifestations cliniques. En cas d'atteinte cutanée isolée, la photoprotection, les dermocorticoïdes, et les antipaludéens de synthèse (hydroxychloroquine 200 à 400 mg/j) sont recommandés. En cas d'atteinte musculaire associée, la prednisone à 0.5 à 1 mg/kg/j peut être augmentée jusqu'à 1.5 mg/kg/j en cas d'échec, avec association au méthotrexate pour potentialiser l'efficacité du traitement. L'azathioprine et le cyclophosphamide sont également utilisés. Les bolus mensuels d'immunoglobulines intraveineuses à haute dose permettent une épargne cortisonique.

5.2 Le lupus :

Dans notre étude, six patients ont été hospitalisés pour lupus érythémateux disséminé, ce qui représente 1,85% de l'ensemble des diagnostics. L'étude de Simin et al. sur les dermatoses gériatriques en consultation en Inde a rapporté le lupus comme une comorbidité

associée, mais non comme motif de consultation, dans 0,5% des cas [7].

- **Le lupus érythémateux systémique chez le sujet âgé :**

Peu d'études ont spécifiquement étudié le lupus chez les personnes âgées de plus de 65 ans, la plupart se concentrant sur cette maladie après l'âge de 50 ans. Une étude unique a défini un sous-groupe de 21 sujets âgés de plus de 65 ans. Cette étude a révélé une légère prédominance du sexe féminin avec un ratio de 1.1:1 et une moyenne d'âge de 71 ans. Ce qui rejoignait les données de notre étude, où le sexe ratio était de 1:1, avec une moyenne d'âge de 72 ans, présentant des similitudes légères avec cette étude. Les résultats de cette étude ont montré que l'érythème en vespertilio et le lupus discoïde étaient présents chez 19% des patients, tandis que la photosensibilité était observée chez 14%, les érosions buccales chez 28.6%, les manifestations neuropsychiatriques chez 66.7%, et un taux de mortalité de 33.3%. Cependant, cette étude n'a pas permis de définir un profil spécifique du lupus chez les personnes âgées [108].

Le début d'un lupus après 65 ans est une éventualité rare, décrite dans seulement 5% des cas selon les séries d'études. Compte tenu du risque accru de polymédication, il faut envisager une origine iatrogène possible.

La prise en charge chez le sujet âgé ne diffère pas de celle de l'adulte, mais le risque accru d'iatrogénie constitue un défi pour le praticien. La corticothérapie reste le traitement de première intention, cependant, elle est associée à un taux élevé de complications graves, telles que le diabète, les infections, les complications ostéoarticulaires, les décompensations psychiatriques et une prise de poids importante. Les antipaludéens de synthèse sont également utilisés, mais sous surveillance ophtalmologique. Globalement, le pronostic semble plus avantageux que pour la forme traditionnelle de lupus.

5.3 Le syndrome de Gougerot-Sjögren :

Le syndrome de Gougerot-Sjögren (SGS) est une maladie de système qui se caractérise par une autodestruction progressive des glandes exocrines, notamment les glandes salivaires et lacrymales. Cela entraîne des symptômes tels que la sécheresse oculaire et buccale. Le SGS

peut être primaire, d'origine inconnue, ou secondaire à d'autres maladies du système comme la polyarthrite rhumatoïde ou le lupus, la sclérodermie, et les connectivites.

Chez les personnes âgées, le SGS peut se présenter de manière atypique, rendant difficile la distinction entre le SGS primitif et celui associé au lupus érythémateux systémique. Les profils des auto-anticorps des deux maladies sont similaires. Le diagnostic et le traitement du SGS chez les patients âgés présentent plusieurs défis en raison des manifestations cliniques atypiques, de variations de pronostic et de traitement selon l'âge.

Diverses affections, telles que la déshydratation, la polypharmacie, la chimiothérapie et la radiothérapie, peuvent entraîner des symptômes de sécheresse. Ces conditions peuvent entraîner une morbidité importante, limitant les activités quotidiennes des patients et affectant leur qualité de vie.

La prévalence du SGS primitif est estimée entre 0,5 et 1%, certaines études rapportant des taux de prévalence allant jusqu'à 5 %, affectant principalement les femmes. Il n'existe pas de données exactes sur la prévalence du SGS chez les personnes âgées.

Une étude a révélé une prévalence du SGS primitif de 1,4 % chez les adultes âgés de 71 à 74 ans, en se basant sur les critères de classification européens révisés de 1996 [109]. Une autre étude, basée sur les critères de la Communauté européenne de 1993, a estimé la prévalence du SGS primitif chez les personnes âgées à 3-4 % [110]. Le diagnostic repose sur les critères de classification alternatifs proposés par l'American College of Rheumatology (ACR) pour le SGS.

Les manifestations cutanées sont multiples et comprennent la xérose, la chéilite angulaire, la dermatite des paupières, le prurit, le phénomène de Raynaud, la vascularite cutanée et l'érythème annulaire. La prévalence des atteintes cutanées peut atteindre 50%. La xérose et la chéilite angulaire sont les plus fréquentes dans le SGS [111].

L'étiologie de la xérose chez les patients atteints du SGS n'est pas entièrement élucidée, mais semble être similaire à celle de la forme courante de la xérose du sujet âgé. Les patients atteints de SGS ne présentent probablement pas d'atrophie inflammatoire des glandes

sudoripares de la peau, mais il existe des altérations structurales de l'épiderme, plus importantes sur les surfaces dorsales et latérales des extrémités [112,113].

Le phénomène de Raynaud est une manifestation courante du SGS, avec une prévalence d'environ 30 %. Ce phénomène peut se manifester plusieurs années avant le diagnostic [114-116].

La vascularite cutanée est retrouvée chez environ 10 % des patients, se manifestant par un purpura, des lésions urticariennes, des macules, des papules et de petits ulcères. L'érythème annulaire, qui semble similaire au lupus érythémateux cutané subaigu, partage des mécanismes physiopathologiques communs, principalement la présence d'anticorps SSA ou SSB [117].

Le traitement du SGS est principalement symptomatique. Les options thérapeutiques systémiques suivent les mêmes indications que chez les patients plus jeunes et ne sont prescrites qu'en cas de manifestations systémiques. L'hydroxychloroquine s'est avérée efficace contre les polyarthralgies, les myalgies et l'asthénie. Les corticostéroïdes et les immunosuppresseurs ne sont recommandés que pour les cas de lésions viscérales sévères.

5.4 La sclérodemie:

Dans notre étude, cinq patients ont été hospitalisés pour prise en charge d'une sclérodemie, ce qui représente 1,85% de l'ensemble des diagnostics. Dans une étude sur les dermatoses gériatriques en consultation en Tunisie, réalisée par Mseddi et al., la sclérodemie représentait 0,3% des cas [53].

L'âge moyen au moment du diagnostic de sclérodemie systémique est généralement d'environ 50 ans[118]. Les femmes sont nettement plus touchées que les hommes, avec un ratio de 1 pour 4. Cependant, dans notre étude, nous avons observé une prédominance masculine. La survenue de la maladie est rare aux extrêmes de l'âge, et il existe peu de données décrivant ses caractéristiques chez les personnes âgées. Le diagnostic se base sur les critères établis par l'ACR/EULAR.

Les organes qui peuvent être ciblés par l'atteinte sont :la peau, le tractus digestif, le

système vasculaire, les systèmes cardiopulmonaire et musculo-squelettique.

L'atteinte cutanée dans ces formes à révélations tardives peut être légère et limitée. Cependant la gravité et la mortalité dépendent des atteintes organiques, et viscérales associées, notamment les atteintes pulmonaires. Le degré d'atteinte cutanée ne permet pas donc de prédire la gravité de la maladie, une forme cutanée diffuse sans atteinte viscérale associée peut être moins grave, qu'une forme avec atteinte cutanée localisée associée à et des atteintes viscérales plus importantes [119].

On distingue deux sous-types de sclérodermie : la sclérodermie cutanée diffuse et la sclérodermie cutanée limitée [119].

- **La sclérodermie cutanée diffuse :**

Les patients avec atteinte cutanée diffuse peuvent présenter des degrés variables de sclérose cutanée, mais présentent universellement la sclérodactylie et un épaissement cutané à proximité des coudes ou des genoux, du tronc et/ou de la face. Ces patients présentent classiquement un développement presque simultané du phénomène de Raynaud et un œdème et/ou une douleur des extrémités. L'apparition récente de la forme cutanée diffuse chez le sujet âgé a été décrite chez des patients de plus de 70 ans présentant une atteinte multiviscérale et une évolution fatale. La proportion d'une révélation dite tardive de ce sous-type diffus est de 17,8 % après l'âge de 75 ans selon une étude [119,120].

- **La sclérodermie cutanée limitée :**

L'épaississement de la peau se limite au visage, aux extrémités et aux avant-bras. Les patients atteints de cette forme ont moins d'atteinte cutanée que ceux présentant la forme diffuse. Sa présentation typique est l'accumulation progressive des caractéristiques cardinales de la maladie sur plusieurs années. Le phénomène de Raynaud est souvent le premier symptôme chez les patients atteints de sclérodermie cutanée limitée. Par la suite, ils développent d'autres caractéristiques telles que le reflux gastro-œsophagien (RGO) et la dysphagie, souvent accompagnés de légers changements cutanés ou d'œdèmes digitaux. Parfois, les signes cutanés sont assez légers et peuvent passer inaperçus ou être attribués à l'arthrite. Ce sous-

type comprend les atteintes présentes dans le syndrome de CREST (calcinose, phénomène de Raynaud, hypomotilité œsophagienne, sclérodactylie et tégangiectasies) [119].

Le traitement de la sclérodermie chez le sujet âgé ne diffère pas de celui de l'adulte jeune et est généralement symptomatique. Les inhibiteurs calciques sont utilisés pour contrôler le phénomène de Raynaud. En cas de phénomène de Raynaud sévère, d'autres alternatives sont proposées telles que l'iloprost, le bosentan, le sildénafil et le tadalafil. Les corticoïdes par voie générale sont prescrits pendant des durées courtes, et le méthotrexate, l'azathioprine, le mycophénolate mofétil et le cyclophosphamide ont prouvé leur efficacité dans le traitement des atteintes pulmonaires, cardiaques et cutanées [121].

5.5 La sarcoïdose :

La sarcoïdose dans notre étude représente une prévalence de 0,92% de l'ensemble des diagnostics, cette prévalence est comparable à l'étude menée en Tanzanie chez le sujet âgé en milieu de consultation [10].

La sarcoïdose est une granulomatose rare et multisystémique d'étiologie inconnue. Dans la plupart des cas, elle touche des personnes âgées de 25 à 40 ans, bien qu'un second pic de la maladie ait été noté dans la tranche d'âge de 45 à 65 ans [122]. L'atteinte en fonction du sexe varie selon les séries. Certaines n'observent aucune prédominance féminine ou masculine, tandis que d'autres notent régulièrement une prédominance féminine [123].

Les manifestations cutanées se divisent en atteintes cutanées non spécifiques représentées essentiellement par l'érythème noueux et en atteintes cutanées spécifiques ou sarcoïdes, comportant à l'histologie des granulomes tuberculoïdes non caséux.

Les manifestations cutanées non spécifiques de la sarcoïdose incluent principalement l'érythème noueux, souvent associé aux formes aiguës de la maladie. D'autres lésions cutanées non spécifiques telles que l'hippocratisme digital et les signes d'hypercalcémie ont également été rapportées.

Les manifestations cutanées spécifiques de la sarcoïdose comprennent les lésions papuleuses ou sarcoïdes à petits nodules, les lésions nodulaires ou sarcoïdes à gros nodules, les

sarcoïdes en plaques, le lupus pernio, et les sarcoïdes sur cicatrice.

Les manifestations systémiques de la sarcoïdose regroupent des signes non spécifiques observés chez un tiers des patients à type de fièvre, asthénie, malaise, amaigrissement et des atteintes spécifiques d'organe notamment pulmonaires, et oculaires par uvéïtes.

- **La sarcoïdose chez le sujet âgé :**

Les études sur la sarcoïdose chez les personnes âgées sont insuffisantes pour décrire ses particularités dans cette tranche d'âge. L'âge moyen au moment du diagnostic variait entre 70.6 et 74 ans, tandis que chez nos patients diagnostiqués d'une sarcoïdose, l'âge moyen était de 73.7 ans [124].

Le mode d'apparition de la sarcoïdose chez les personnes âgées après 65 ans, selon certaines études, diffère clairement de celui des patients plus jeunes. Chez les jeunes, la présentation initiale de la sarcoïdose est souvent dominée par le syndrome de Löfgren, tandis que chez les personnes âgées, les symptômes respiratoires sont souvent prédominants, révélant la maladie, par opposition aux symptômes cutanés spécifiques [125].

En effet, en présence d'une adénopathie hilare asymptomatique et isolée, la sarcoïdose ne devrait jamais être envisagée en premier lieu. Le diagnostic de sarcoïdose doit être réévalué en cas de manifestations atypiques ou de persistance ou d'évolution de la maladie malgré un traitement approprié. Ces manifestations atypiques incluent l'hémoptysie, les multiples adénopathies médiastinales et les anomalies respiratoires cliniques et radiologiques. Par conséquent, la preuve histologique de granulomes non caséux à la biopsie doit être considérée comme la norme pour confirmer le diagnostic [124].

Un taux élevé d'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA) est souvent un indicateur utile pour le diagnostic de la sarcoïdose. Cependant, chez les personnes âgées, des comorbidités telles que l'insuffisance rénale et le diabète peuvent également entraîner une augmentation du taux d'ECA. Cette augmentation peut notamment survenir chez les patients atteints de rétinopathie diabétique, rendant ainsi ce marqueur moins spécifique et moins utile chez les personnes âgées [124].

- **Le traitement :**

Pour les formes cutanées spécifiques légères, les dermocorticoïdes peuvent être utiles. En revanche, en cas d'atteinte cutanée importante et étendue, un traitement systémique est nécessaire dès le début pour prévenir une évolution cicatricielle locale. Les antipaludéens de synthèse sont souvent prescrits en première intention. En cas d'atteinte cutanée résistante ou d'atteintes viscérales associées, une corticothérapie générale peut être envisagée. Le méthotrexate et la thalidomide sont également considérés comme des options thérapeutiques alternatives.

6. Les dermatoses inflammatoires :

Cette classe représentait 4,94% dans notre étude, principalement composée du psoriasis, soit 4,32%. Cette prévalence est en accord avec une étude menée en Tunisie, où 4,5% des patients âgés étaient suivis en consultation pour psoriasis. Le reste des dermatoses classées dans ce groupe comprenait soit le parapsoriasis, soit le lichen plan, chacun représentant 0,31%. Ce taux est non significatif par rapport à l'étude de Simin et al. en Inde, qui a montré que 4% des patients consultaient pour le lichen plan, et à celle de Aksoy et al. en Turquie, qui a objectivé une prévalence de 1,4% pour le parapsoriasis [53,7,15].

- **Le psoriasis :**

La psoriasis est une affection inflammatoire chronique qui affecte principalement la peau et les articulations, et qui est fortement liée à la génétique [126]. Chez les patients atteints de psoriasis, le syndrome métabolique et les maladies cardiovasculaires sont plus fréquents et leur morbidité et leur mortalité sont supérieures à celles de la population normale. Peu d'études sont disponibles sur le psoriasis chez le sujet âgé et ses approches thérapeutiques qui d'ailleurs posent des problématiques en matière de prise en charge relèvent principalement des associations polyopathologiques mais surtout de risque accru d'interactions médicamenteuses [127].

- **Le psoriasis érythrodermique :**

Cette forme a été définie comme une dermatose érythémateuse inflammatoire généra-

lisée touchant au moins 90 % de la surface corporelle, avec ou sans desquamation associée, et présentant les caractéristiques cliniques et/ou histologiques du psoriasis, à l'exclusion des autres diagnostics différentiels principaux de l'érythrodermie [128,129]. C'est une forme rare et grave de psoriasis, qui survient généralement en même temps qu'une maladie cardiovasculaire ou un syndrome métabolique, et qui est associée à un risque accru de mortalité par événements cardiovasculaires [130,131].

- **Le psoriasis pustuleux :**

Le psoriasis pustuleux représente entre 3 et 29 % des cas de psoriasis sévère. Bien qu'il puisse se manifester à tout âge, il touche principalement les hommes adultes. L'âge moyen dans les différentes séries publiées varie de 40 à 50 ans, avec un rapport hommes-femmes de 1,2.

Le psoriasis pustuleux acral, également connu sous le nom d'acrodermatite de Hallopeau, est une forme chronique du psoriasis qui a un impact significatif sur la fonctionnalité, l'état professionnelle et la vie sociale. Cette affection se caractérise par des lésions pustuleuses au niveau des extrémités des doigts et/ou des orteils, pouvant entraîner une destruction complète des ongles. Bien que rare, une atteinte osseuse des phalanges est possible, bien que non systématique.

- **Le psoriasis arthropathique :**

C'est une forme d'arthrite inflammatoire qui peut être associée au psoriasis cutané, pouvant affecter à la fois les articulations périphériques et axiales.

- **Le psoriasis vulgaire généralisé :**

Cette forme se caractérise par des lésions érythématosquameuses, qui peuvent être punctiformes, en gouttes, nummulaires et en plaques de taille variable. Contrairement à d'autres formes de psoriasis, le prurit est souvent absent et l'état général du patient est généralement préservé. Cette forme de psoriasis peut également affecter les plis cutanés, produisant un aspect d'intertrigo chronique, et tous les plis peuvent être atteints.

- **Traitement du psoriasis :**

Le traitement du psoriasis repose sur plusieurs approches complémentaires adaptées à la sévérité de la maladie. Les options locales incluent les dermocorticoïdes et les dérivés de la vitamine D, comme le calcipotriol, qui régulent la prolifération des cellules cutanées. Souvent, une combinaison de dermocorticoïdes et de calcipotriol est utilisée pour maximiser l'efficacité. De plus, les émoullients et les kératolytiques, tels que les préparations à base d'acide salicylique et d'urée, aident à hydrater la peau et à éliminer les squames.

La photothérapie, incluant la PUVA thérapie (psoralène et UVA) et la photothérapie UVB à spectre étroit, représente une option efficace pour les cas modérés à sévères, offrant une réduction significative des plaques psoriasiques. Ces traitements sont sélectionnés en fonction de la réponse individuelle du patient et de la tolérance aux différentes interventions.

Les premières données disponibles en France sur l'utilisation des biothérapies chez les sujets âgés montrent que le psoriasis en plaques est le phénotype prédominant, tandis que l'atteinte palmo-plantaire et des plis est rare, contrairement à d'autres études. Les comorbidités les plus fréquentes sont les facteurs de risque cardiovasculaire, surtout chez les hommes [132].

Dans les cas de psoriasis sévère ou d'atteinte articulaire associée, le méthotrexate est souvent indiqué. Quant à l'acitrétine, elle est utilisée en cas de forme pustuleuse. Bien que l'infliximab soit fréquemment employé en première ligne en raison de la nécessité d'une surveillance rapprochée et d'une efficacité rapide, environ 20% des patients ont rapporté des effets indésirables. Malgré cela, le traitement par biothérapie est souvent maintenu sur le long terme, avec une durée moyenne de plus de 4 ans. Les données de tolérance nécessitent encore des précisions, notamment en ce qui concerne la sévérité et la causalité des effets indésirables [132].

7. L'ulcère chronique de la jambe :

L'ulcère chronique de la jambe représente 4,32% de l'ensemble des diagnostics dans notre série, dont l'ulcère veineux représente 3,7%. Ce taux est légèrement comparable à celui

observé dans une étude menée au Mali, qui était de 5,26%. En revanche, dans le cadre de la pathologie gériatrique en consultation, il occupe 1,6% selon une étude menée en Tunisie [5,75].

Un ulcère veineux de jambe est défini comme une perte de tissu cutané située sous le genou, sur la jambe ou le pied, en présence d'une maladie veineuse. Bien que différentes périodes soient utilisées pour définir un ulcère comme « chronique », il est généralement admis que les ulcères qui ne guérissent pas après quatre semaines sont considérés comme chroniques. L'ulcération est causée par une hypertension veineuse soutenue résultant d'une insuffisance veineuse chronique et/ou d'une altération de la pompe musculaire du mollet. Les ulcères veineux sont courants, avec une prévalence estimée entre 0,1 et 0,3 %, représentant 60 à 85 % de tous les ulcères de jambe. De plus, de nombreux patients âgés présentent des comorbidités qui aggravent le problème [133].

8. Le prurit :

Dans notre étude, le prurit était une manifestation fréquente, observée chez 40% des patients. En comparaison, une étude menée au Togo a révélé que le prurit était un motif de consultation dans 13,1% des cas parmi l'ensemble des affections chez les personnes âgées. [134].

Le prurit peut survenir dans le cadre de dermatoses, mais aussi sans lésions cutanées associées ni lésions primaires. Il peut alors être attribuable à certains problèmes systémiques importants : troubles neurologiques, insuffisance rénale chronique, cholestase hépatique, infections généralisées, cancers, troubles endocriniens, ou faire suite à une exposition médicamenteuse. Chez la personne âgée, certaines causes sont plus fréquentes que d'autres : médicaments, pemphigoïde bulleuse, prurit sénile, gale et cancers sous-jacents. Il constitue le symptôme dermatologique le plus courant chez cette population. Le prurit peut être localisé ou généralisé. Certains auteurs utilisent ce terme pour parler d'un prurit sans lésions cutanées visibles. Les expressions suivantes sont également utilisées pour décrire ce phénomène : prurit essentiel, pruritus sine materia ou prurit généralisé.

Devant une personne âgée qui souffre d'un prurit sans lésions ou avec des lésions eczéma-teuses, papuleuses ou urticariennes persistantes depuis plusieurs semaines ou plusieurs mois, il faut penser à un prodrome de pemphigoïde bulleuse.

Le prurit chez les personnes âgées peut être traité en identifiant et en corrigeant la xé-rose cutanée existante ou en traitant toute cause sous-jacente systémique. Les options de traitement comprennent l'utilisation de stéroïdes topiques, d'antihistaminiques, d'agents apai-sants et de crèmes émoullientes.

Dans notre série, le prurit était d'origine interne chez quatre patients, le prurigo consti-tuait une étiologie chez deux patients, et un prurit sénile était retenu chez quatre patients.

5. Les dermatoses neutrophiliques :

Ces dermatoses occupaient 2,16 % de l'ensemble des cas dans notre étude, représentées par le pyoderma gangrenosum (1,54 %) et le syndrome de Sweet (0,6 %). Dans une étude me-née en Inde par Simin et al., chacun de ces deux entités représentait 0,5 % de l'ensemble de la pathologie gériatrique en consultation [7].

5.1 Le pyoderma gangrenosum :

Le pyoderma gangrenosum (PG) est une dermatose neutrophilique inflammatoire rare avec une prévalence estimée de 3 à 10 cas par millions d'habitants par an, atteints principa-lement les adultes jeunes et d'âge moyen, avec une légère prédominance féminine. Occasion-nellement, des cas ont été rapportés chez des personnes âgées. Le PG se manifeste par la présence d'ulcérations chroniques avec des bords violacés surélevés [135,136].

Plusieurs formes cliniques d'évolution et de caractéristiques anatomopathologiques diffé-rentes sont décrites : la forme ulcérée, la plus fréquente, ainsi que les formes pustuleuses, bulleuses, et superficielles. Elles sont souvent associées à une affection systémique particu-lière. Les lésions peuvent être sans aucun trouble sous-jacent apparent (pyoderma gangreno-sum idiopathique) ou en association avec une maladie systémique (pyoderma gangrenosum associé). Entre 50 % et 70 % des cas sont associés à des maladies systémiques, notamment les

maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), l'arthrite et les hémopathies. Des cas de pyoderma gangrenosum d'origine médicamenteuse ont été signalés pour divers médicaments, notamment les agents immunomodulateurs. Outre la morbidité accrue due aux plaies douloureuses causées par le pyoderma gangrenosum, une étude basée sur la population au Royaume-Uni a démontré que la mortalité était plus élevée [137].

L'évaluation initiale proposée pour le pyoderma gangrenosum (PG) est axée sur l'âge. Pour les patients âgés de 65 ans et plus, il est recommandé d'approfondir l'anamnèse et l'examen physique afin d'évaluer la présence de tumeurs malignes et de troubles hématologiques. Cela inclut la réalisation d'un frottis sanguin et l'évaluation de la gammopathie monoclonale par électrophorèse et immuno-électrophorèse des protéines sériques.

Des critères diagnostiques ont été proposés pour faciliter le diagnostic, le consensus de DELPHI a récemment validé les critères diagnostics de Maveraki et al, ce qui semble être un outil efficace pour comprendre le diagnostic de PG et qui ne fait plus du PG ulcéreux un diagnostic d'exclusion (Tableau XLVIII).

Tableau XLVIII: Critères diagnostic de Maveraki et al [138] :

Critère majeur	Biopsie du bord de l'ulcère montrant une infiltration dermique riche en neutrophiles avec signes de vascularite
Critères mineurs	Exclusion d'une infection
	Phénomène de pathergie
	Antécédent de MICI ou d'arthrite inflammatoire
	Antécédent de papule, pustule, vésicule ulcérée dans les 4j suivant son apparition
	Ulcération avec érythème périphérique avec des bords sous-minés
	Multiplés ulcérations avec au moins une au niveau de la face antérieure de la jambe
	Cicatrice cribiforme ou wrinkled paper
Diminution de la taille de l'ulcère dans le mois suivant le début du ou des médicaments immunosuppresseurs	

En cas d'association d'un critère majeur et d'au moins quatre critères mineurs, le diagnostic de pyoderma gangrenosum (PG) peut être admis, avec une sensibilité et une spécificité respectives de 86 % et 90 %, ce qui est considéré comme un diagnostic positif [139].

Le traitement du pyoderma gangrenosum (PG) doit d'abord se concentrer sur la suppression de l'inflammation neutrophile, puis sur la cicatrisation de la plaie. L'action thérapeutique sur l'inflammation neutrophile peut être médiée par une combinaison de dermocorticoïdes ou de corticothérapie systémique à une dose de 0,5 mg à 2 mg/kg/jour, en parallèle avec le traitement de la pathologie sous-jacente.

5.2 Le syndrome de Sweet :

Le syndrome de Sweet est une dermatose neutrophilique aigue fébrile est une dermatose caractérisée par la présence de papules et de plaques érythémateuses douloureuses, prédominantes sur les membres et le tronc, de fièvre et d'infiltrat diffus de neutrophiles dans le derme superficiel [140].

Son incidence exacte n'est pas connue. Quelques études épidémiologiques indiquent sa fréquence. De prédominance féminine dans les grandes séries où l'on dénombre 2,3 à 2,8 cas féminins pour un cas masculin. L'âge moyen de survenue est de 30 à 60 ans, mais le syndrome de Sweet peut aussi se voir chez des patients plus âgés et chez les enfants [141]. Le syndrome de Sweet est fréquemment associé à un pyoderma gangrenosum. Il peut également être lié à des conditions telles que la recto-colite hémorragique, l'arthrite rhumatoïde, des hémopathies, ou une leucémie [142-145].

Selon les données de la littérature, l'approche thérapeutique dépend de l'extension et la profondeur des lésions, de l'état général du patient et des maladies associées. L'évolution spontanée peut être favorable en quelques semaines à quelques mois notamment dans les formes idiopathiques. Le traitement de la maladie associée, quand elle est curable, peut influencer favorablement le pronostic. La corticothérapie systémique avec décroissance lente et progressive en quelques semaines est le traitement de choix. La corticothérapie intra-lésionnelle et les dermocorticoïdes sont efficaces dans les formes localisées. D'autres alternatives thérapeutiques peuvent être proposées en première intention telles que la colchicine ou l'indométacine.

6. Les dermatoses allergiques :

Elles occupaient le dernier rang parmi les différentes étiologies avec 0,6%, constituées exclusivement de l'eczéma. Dans l'étude du Mali l'eczéma érythrodermique occupait (2,63%) en milieu hospitalier. Alors qu'en consultation sa prévalence est plus élevée de 12.1% en Égypte [5,9].

L'eczéma est l'un des motifs de consultation les plus fréquents chez les personnes âgées. De nombreux diagnostics différentiels doivent être éliminés, notamment la gale, la pemphigoïde bulleuse et le mycosis fongoïde. Une dermatite de contact peut également être envisagée et les produits chimiques en question peuvent varier en fonction des comorbidités. Des éruptions eczémateuses d'origine médicamenteuse peuvent survenir chez les personnes âgées, principalement avec des médicaments antihypertenseurs (inhibiteurs de calcium, diurétiques). Récemment, une dermatite atopique de novo a été décrite chez des sujets âgés, et le rôle de la pollution a été évoqué pour ces eczémas. La prise en charge de l'eczéma chez les personnes âgées est difficile. Les émoullients et les dermocorticostéroïdes sont utiles. Cependant, les corticostéroïdes locaux peuvent avoir des effets indésirables dans cette population vulnérable, tels que l'atrophie cutanée, le diabète et l'hypertension. La photothérapie, lorsque cela est possible, et le méthotrexate à faible dose, en particulier peuvent être des options de traitement intéressantes chez les personnes âgées [146].

IV. Limites et recommandations :

1. Les limites de l'étude :

- Le caractère rétrospectif de l'étude
- Limitation dans l'exploration des marqueurs de fragilité
- Difficulté à établir des relations de cause à effet
- Risque de biais de sélection dû à l'exclusion de certains types de patients
- Non-extrapolabilité des résultats dû à la taille limitée de la population de l'étude

2. Les recommandations

- Mise en place d'un service de gériatrie spécialisé pour une prise en charge globale des patients âgés, prenant en compte non seulement leurs dermatoses, mais aussi leurs comorbidités et leur fragilité.
- Développement de protocoles de soins spécifiques adaptés aux besoins des patients gériatriques, intégrant des évaluations multidisciplinaires pour une approche holistique de leur santé.
- Formation et sensibilisation du personnel médical et paramédical aux spécificités de la prise en charge des patients gériatriques, notamment en matière de dermatologie et de gestion des comorbidités.
- Promotion de la recherche clinique dans le domaine de la dermatologie gériatrique, afin de mieux comprendre les mécanismes de la maladie et d'améliorer les stratégies thérapeutiques. Sensibilisation des patients âgés à l'importance d'une hygiène de vie adaptée et d'une surveillance régulière de leur état cutané, en collaboration avec les professionnels de santé et les aidants.
- Intégration de mesures préventives dans les programmes de santé publique visant à réduire le risque de dermatoses chez les personnes âgées, notamment en matière d'exposition solaire, d'hydratation de la peau et de nutrition.



CONCLUSION



La pathologie dermatologique chez les personnes âgées est de plus en plus préoccupante, mettant en évidence le besoin urgent d'une prise en charge adéquate en milieu hospitalier. Notre étude révèle que les dermatoses infectieuses et tumorales sont les principales raisons d'hospitalisation chez les personnes âgées dans notre établissement.

Bien que l'épidémiologie des dermatoses chez les personnes âgées soit encore peu explorée, nos résultats mettent en évidence la diversité des affections rencontrées. De plus, nous constatons que différents facteurs associés aux dermatoses, notamment les comorbidités, ont un impact significatif sur la durée de l'hospitalisation. Il est important de noter que même si le taux de mortalité est faible, le prolongement de la durée d'hospitalisation peut accroître le risque de complications.

Pour améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de dermatoses, des mesures coordonnées au niveau du système de santé sont nécessaires. Des programmes de formation et de sensibilisation spécifiques pour les médecins généralistes et les gériatres sont indispensables pour renforcer les compétences dans ce domaine.

Enfin, des recherches futures, plus approfondies et sur une plus grande échelle, seront cruciales pour fournir davantage de données et éclairer les décisions politiques et sanitaires. L'objectif est d'améliorer la qualité des soins dermatologiques pour la population vieillissante, répondant ainsi aux besoins croissants de cette population.



RÉSUMÉ



Résumé :

La pathologie dermatologique est fréquente chez la population gériatrique. Le but de cette étude est de déterminer le profil épidémiologique des dermatoses gériatriques en milieu hospitalier, ainsi que leurs aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs. Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les dossiers des patients hospitalisés, recueillis au service de dermatologie vénérologie du CHU Mohamed VI sur une période de 10 ans, allant de janvier 2014 à décembre 2023. Ont été inclus dans cette étude tous les patients hospitalisés dont l'âge est supérieur ou égal à 65 ans, tandis que les patients en consultation et en hospitalisation de jour ont été exclus. Pendant cette période de 10 ans, 320 sujets âgés ont été inclus et hospitalisés 408 fois parmi 2430 hospitalisations, ce qui représente une fréquence de 16,79%, sans prédominance du sexe. La tranche d'âge 65-74 ans était la plus représentée avec 176 patients (55%). La moyenne d'âge est de $74,30 \pm 6,97$ ans. Les patients ayant au moins une comorbidité représentaient 75%. Au total, 324 diagnostics ont été posés. L'analyse des différents diagnostics dans notre série a montré la prédominance des dermatoses infectieuses (29,32%), suivies des tumeurs cutanées avec 22,53%. Les dermatoses bulleuses auto-immunes représentaient 13,89 % des cas, suivies des toxidermies médicamenteuses avec 10,19% des cas. Les maladies de système représentaient 8,95 % des cas. Les dermatoses inflammatoires étaient présentes dans 4,94% des cas et les dermatoses neutrophiliques dans 2,16% des cas, tandis que les dermatoses allergiques venaient en dernier lieu avec 0,62%. Le prurit est le signe fonctionnel le plus rapporté (40%). La durée moyenne d'hospitalisation était de 16,5 jours. Cette durée était très influencée par les comorbidités chez le sujet âgé, surtout le diabète, et la nature de la dermatose sous-jacente, notamment les maladies bulleuses auto-immunes.

Mots-clés : Dermatose -Sujet âgé -Comorbidité.

Abstract

Dermatosis is common in the geriatric population. The aim of this study is to determine the epidemiological profile of geriatric dermatoses in the hospital setting, as well as their clinical, therapeutic and evolutionary aspects. This is a retrospective study of inpatient records collected at the dermatology and venereology department of CHU Mohamed VI over a 10-year period, from January 2014 to December 2023. All hospitalized patients aged 65 or over were included in this study, while patients undergoing consultation and day hospitalization were excluded. During this 10-year period, 320 elderly persons were included and hospitalized 408 times among 2430 hospitalizations, representing a frequency of 16.79%, with no gender predominance. The 65–74 age group was the most represented, with 176 patients (55%). The mean age was 74.30 ± 6.97 years. Patients with at least one comorbidity accounted for 75%. A total of 324 diagnoses were made. Analysis of the various diagnoses in our series showed the predominance of infectious dermatoses (29.32%), followed by skin tumors with 22.53%. Autoimmune bullous dermatoses accounted for 13.89% of cases, followed by drug-induced toxidermia with 10.19%. Systemic diseases accounted for 8.95% of cases. Inflammatory dermatoses were present in 4.94% of cases and neutrophilic dermatoses in 2.16%, while allergic dermatoses came last with 0.62%. Pruritus was the most frequently reported functional sign (40%). The average hospital stay was 16.5 days. This was strongly influenced by comorbidities in the elderly, especially diabetes, and the nature of the underlying dermatoses, notably autoimmune bullous diseases.

Key words: Elderly–Skin Disease–Comorbidity

ملخص

الأمراض الجلدية شائعة بين كبار السن. تهدف هذه الدراسة إلى تحديد الملامح الوبائية للأمراض الجلدية لدى المسنين في المستشفيات، بالإضافة إلى جوانبها السريرية والعلاجية والتطورية. هذه دراسة بأثر رجعي لسجلات المرضى النزلاء التي تم جمعها في قسم الأمراض الجلدية والتناسلية في مستشفى محمد السادس الجامعي على مدى 10 سنوات، من يناير 2014 إلى ديسمبر 2023. شملت الدراسة جميع المرضى النزلاء الذين تبلغ أعمارهم 65 عامًا أو أكثر، بينما تم استبعاد المرضى الذين يخضعون للاستشارة والاستشفاء النهاري. خلال فترة العشر سنوات هذه، تم تشخيص ما مجموعه 324 تشخيصًا. أظهر تحليل التشخيصات المختلفة في سلسلتنا أن الأمراض الجلدية المعدية كانت الغالبة (29.32%)، تليها الأورام الجلدية (22.53%). وشكلت الأمراض الجلدية الفقاعية المناعية الذاتية 13.89% من الحالات، تليها الأمراض السميّة الجلدية الناجمة عن الأدوية بنسبة 10.19%. شكلت الأمراض الجهازية 8.95% من الحالات. كانت الأمراض الجلدية الالتهابية موجودة في 4.94% من الحالات، والأمراض الجلدية العدلية في 2.16%. بينما جاءت الأمراض الجلدية التحسسية في المرتبة الأخيرة بنسبة 0.62%. كانت الحكة أكثر العلامات الوظيفية التي تم الإبلاغ عنها (40%). بلغ متوسط مدة الإقامة في المستشفى 16.5 يومًا. وقد تأثرت مدة الإقامة هذه بشدة بالأمراض المصاحبة لدى المرضى المسنين، وخاصة مرض السكري، وطبيعة الأمراض الجلدية الأساسية، وخاصة الأمراض الجلدية الفقاعية المناعية الذاتية.

الكلمات الأساسية : الأمراض الجلدية-مسن- الاعتلال المصاحب



ANNEXES



Les dermatoses du sujet âgé en milieu hospitalier

Service de dermatologie vénérologie

CHU Med VI

Fiche d'exploitation

- Fiche numéro :
- Numéro de dossier :
- Hospitalisé du au

➤ **Identité :**

– Age :

– Sexe : Masculin Féminin

– Origine : Rurale Urbaine

– Milieu de résidence : foyer familiale maison de retraite pénitentiaire

Autre : à préciser

– Niveau socio-économique : Bas Moyen Elevé

– Statut matrimonial : marié(e) veuf/veuve divorcé(e) célibataire

– Profession : retraité(e) femme au foyer autre : à préciser

➤ **Antécédents :**

– Personnels :

Diabète : non oui (à préciser) :

HTA : non oui (à préciser) :

Asthme/Atopie personnelle : non oui (à préciser) :

Prise médicamenteuse : non oui (à préciser) :

Allergie médicamenteuse : non oui (à préciser) :

Tabagisme : non oui (à préciser) :

Alcoolisme : non oui (à préciser) :

Autres habitudes toxique : non oui (à préciser) :

Pathologie tumorale : non oui (à préciser) :

Tuberculose : non oui (à préciser) :

HIV : non oui (à préciser) :

Arthrite rhumatoïde : non oui (à préciser) :

Maladies endocriniennes : non oui (à préciser) :

Maladies auto-immunes : non oui (à préciser) :

Autres dermatoses : non oui (à préciser) :

Autres : ...

– Familiaux :

Atopie familiale : non oui (à préciser) :

Cas similaires : non oui

Pathologie génétique : non oui

Autres :

➤ **Début des symptômes** :

➤ **Signes fonctionnels** :

➤ **Examen physique** :

– Général :

Etat général :

FC :

FR :

Poids

Température :

– Dermatologique :

Lésions élémentaires :

Siège : visage

Tronc

Dos

Membres inférieurs :

Membres supérieurs :

Cuir chevelu

Périnée

Muqueuses :....

Autres :

– Examen des autres appareils :

Cardiovasculaire :

Pleuropulmonaire :

➤ **Examens para cliniques :**

– Biologie :

NFS/plaquettes :

VS :

Urée :

Créatinine :

Glycémie :

Profil lipidique :

Bilan hépatique :

Sérologies virales : HIV

Syphilis

Autres :

– Microbiologie :

– Histologie :

– Autres :

➤ **Diagnostic clinico-para clinique** :.....

➤ **Traitement** :

– Abstention

– Traitement médical

Molécule :

Voie d'administration :

dose :

durée :

– Traitement chirurgical :

➤ **Evolution** :

– Immédiate :

– Suivi post-hospitalisation :



BIBLIOGRAPHIE



1. **Papalia D E, Bève A, Scavone G, Laquerre N, Jacques J, Martorell G.**
Psychologie du développement humain. Montréal : Chenelière, 2018.
2. **Wallach D.**
Dermatologie pour les gériatres. NPG Neurol. – Psychiatr. – Gériatrie 2013; 13:303-15.
3. **Frenske N A, Lober C W.**
Skin changes of aging: pathological implications. Geriatrics. 1990;45:27–35.
4. **Ouadi I, Daflaoui H, Zizi N, Dikhaye S.**
Dermatogeriatrics: an overlooked and underrated population. Revue SMD Maroc. 2022; 772.
5. **Fofana Y, Traore B, Faye O, Dicko A, Berthe S, Tall K, et al.**
Dermatoses gériatriques en hospitalisation dermatologique à Bamako (Mali). Pan Afr Med J. 2016;25:4–11.
6. **Yalçın B, Tamer E, Toy GG, Öztaş P, Hayran M, Allı N.**
The prevalence of skin diseases in the elderly: analysis of 4099 geriatric patients. Int J Dermatol. 2006;45:672–6.
7. **Simin M K, Sasidharanpillai S, Rajan U, Riyaz N.**
Dermatoses among patients aged 60 years and above attending a tertiary referral center: A cross-sectional study from North Kerala. J Skin Sex Transm Dis. 2021;3:166–72.
8. **Nadia S, Andria A, Wulan R.**
Skin Disease Profile in Geriatric Inpatients at a Tertiary Referral Hospital. Malays J Med Sci. 2023;30(6):54–60.
9. **El-Hamd M, Abd-Elmaged W, Mohammed N.**
Skin disorders among elderly patients: clinicodemographic characteristics of 808 Egyptian patients. Egypt J Dermatol Venerol. 2020;40:38.
10. **Mponda K, Masenga J.**
Skin diseases among elderly patients attending skin clinic at the Regional Dermatology Training Centre, Northern Tanzania: a cross-sectional study. BMC Res Notes. 2016;9:119.
11. **Letonturier D, Bergua G, Boissel J P, Grall J C, Pinson D, Vallée J P.**
Est-il possible de prévoir la durée d'hospitalisation probable d'un patient âgé? Vol 3, Issue 7, Septembre 2007.

12. Bilgili S G, Karadag A S, Ozkol H U, Calka O, Akdeniz N.

The prevalence of skin diseases among the geriatric patients in Eastern Turkey. *J Pak Med Assoc*. 2012;62:1063–7.

13. Delarosa O, Pawelec G, Peralbo E, et al.

Immunological biomarkers of ageing in man: changes in both innate and adaptive immunity are associated with health and longevity. *Biogerontology*. 2006;7:471–81.

14. Moulias R, Raynaud–Simon A, Moulias S, Meaume S.

Immunité, auto-immunité et vieillissement : des interactions complexes. *Ann Med Intern*. 2002;153:441–5.

15. Aksoy Sarac G, Emeksiz M A C, Acar O, Nazlıcan E, Tanacan E, Nayir T.

Retrospective analysis of dermatological diseases in geriatric patients during dermatology outpatient department visits. *Dermatol Pract Concept*. 2022;12.

16. Laube S, Farrell A M.

Bacterial skin infections in the elderly: diagnosis and treatment. *Drugs Aging*. 2002;19:331–42.

17. Sahjpaul R L, Lee D H.

Infratentorial subdural empyema, pituitary abscess, and septic cavernous sinus thrombophlebitis secondary to paranasal sinusitis: case report. *Neurosurgery*. 1999;44:864–8.

18. Kumar S, Gupta R K, Kathuriya M, Dev R, Hussain M, Gujral R B.

MR demonstration of a giant cavernous carotid aneurysm with occlusion of the contralateral intracranial carotid artery: an unusual complication of cavernous sinus thrombosis. *Neuroradiology*. 1998;40:587–9.

19. Landart C, Trost O, Moizan H.

Actinomyose atypique révélée par des lésions cutanées à distance : à propos d'un cas et revue de la littérature. *Rev. Med Interne* 2021;42:210-3.

20. Rimland D Moanna A.

Increasing incidence of herpes zoster among veterans. *Clin Infect Dis* 2010; 50: 1000–1005.

21. Whitley RJ Weiss H Gnann JW Jr et al.

Acyclovir with and without prednisone for the treatment of herpes zoster. A randomized placebo-controlled trial. The National Institute of Allergy and Infectious Diseases Collaborative Antiviral Study Group. *Ann Intern Med* 1996; 125: 376–383.

22. Kost RG Sraus SE.

Postherpetic neuralgia: pathogenesis treatment and prevention. *N Engl J Med* 1996; 335: 32-42.

23. Guessous-Idrissi N, Chiheb S, Hamdani A et al.

Cutaneous leishmaniasis: an emerging focus of *Leishmania tropica* in north Morocco. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1997; 91:660-3.

24. Jirmanus L, Glesby M J, Guimarães L H, Lago E, Rosa M E, Machado P R, Carvalho E M.

Epidemiological and clinical changes in American tegumentary leishmaniasis in an area of *Leishmania (Viannia) braziliensis* transmission over a 20-year period. *Am J Trop Med Hyg.* 2012;86:426-433.

25. Hajji R, Amal S.

Etude épidémiologique de la leishmaniose cutanée dans la province de Ouarzazate entre 2002 et 2009. Thèse de doctorat en médecine, 30-10.FMPM ,2010.

26. Mtioui A, Chkairi O.

La leishmaniose cutanée dans la région de Séfrou. [Thèse de doctorat en médecine]. M3262007. Rabat:FMPR;2007.

27. Pérez A T, Khaldi B M, Riera M, Mozo-León D, Ribas A, Hide M, et al.

First report of natural infection in hedgehogs with *Leishmania major*, a possible reservoir of zoonotic cutaneous leishmaniasis in Algeria. *Acta Trop.* 2014;40:3-18.

28. Aubry P, Gaüzère P A.

Leishmanioses Actualités 2018. Centre René Labusquière, Institut de Médecine Tropicale. 2014;13:35-45.

29. Guiguen C, Chabasse D.

Parasitoses et mycoses courantes observées chez les personnes âgées en France métropolitaine. *Rev. Francoph. Lab.* 2016;2016:73-84.

30. Mehra M, Mishra N, Gahalaut P, Rastogi M, Agarwal N.

Spectrum of skin diseases in the elderly age group: A hospital-based study. *J. Indian Acad. Geriatr.* 2021;17:51.

31. Willemze R, Jaffe E S, Burg G, Cerroni L, Berti E, Swerdlow S H, et al.

WHO-EORTC classification for cutaneous lymphomas. *Blood.* 15 mai 2005;105(10):3768-85.

32. Bagot M, Grange F.

Lymphomes cutanés : apport de la classification Organisation mondiale de la santé (OMS)–European Organization for research and Treatment of Cancer (EORTC). EMC – Dermatol. 2006;1:1-9.

33. Criscione V D, Weinstock M A.

Incidence of cutaneous T-cell lymphoma in the United States, 1973–2002. Arch Dermatol. 2007 Jul;143(7):854–9.

34. Bradford P T, Devesa S S, Anderson W F, Toro J R.

Cutaneous lymphoma incidence patterns in the United States: a population–based study of 3884 cases. Blood. 2009 May 21;113(21):5064–73.

35. Wieselthier J S, Koh H K.

Sézary syndrome: diagnosis, prognosis, and critical review of treatment options. J Am Acad Dermatol. mars 1990;22(3):381-401.

36. Kubica A W, Davis M D P, Weaver A L, Killian J M, Pittelkow M R.

Sézary syndrome: a study of 176 patients at Mayo Clinic. J Am Acad Dermatol. déc 2012;67(6):1189-99.

37. Vidulich K A, Talpur R, Bassett R L, Duvic M.

Overall survival in erythrodermic cutaneous T-cell lymphoma: an analysis of prognostic factors in a cohort of patients with erythrodermic cutaneous T-cell lymphoma. Int J Dermatol. mars 2009;48(3):243-52.

38. Dumont M, Battistella M, Ram-Wolff C, Bagot M, de Masson A.

Diagnosis and treatment of primary cutaneous b-cell lymphomas: state of the art and perspectives. Cancers. 8 juin 2020;12(6):1497.

39. Grange F, Maubec E, Bagot M, Beylot-Barry M, Joly P, Dalle S, et al.

Treatment of cutaneous B-cell lymphoma, leg type, with age-adapted combinations of chemotherapies and rituximab. Arch Dermatol. mars 2009;145(3):329-30.

40. Miyagaki T.

Diagnosis and prognostic stratification of cutaneous lymphoma. J Dermatol. 2022 Feb;49(2):210–22.

- 41. Demers A A, Nugent Z, Mihalciou C, Wiseman M C, Kliever E V.**
Trends of nonmelanoma skin cancer from 1960 through 2000 in a Canadian population. *J Am Acad Dermatol.* 2005; 53(2): 320–8.
- 42. Belbasis L, Stefanaki I, Stratigos A J, Evangelou E.**
Non-genetic risk factors for cutaneous melanoma and keratinocyte skin cancers: an umbrella review of meta-analyses. *J Dermatol Sci.* 2016. pii: S0923- 1811(16)30739-3.
- 43. Stratigos A, Garbe C, Lebbe C, et al.**
Diagnosis and treatment of invasive squamous cell carcinoma of the skin: European consensus-based interdisciplinary guideline. *Eur J Cancer.* 2015; 51(14): 1989–2007.
- 44. Krekels G A, van Berlo C L, van Beurden M, et al.**
Richtlijn Plaveiselcelcarcinoom van de huid. Utrecht, Netherlands: Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV), 2010.
- 45. Kelleners-Smeets NW, de Haas ER, Beljaards RC, et al.**
Evidence-based richtlijn basaalcelcarcinoom (modulaire update 2014). Utrecht, Netherlands: Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV), 2014.
- 46. Sekulic A, Von Hoff D.**
Hedgehog pathway inhibition. *Cell.* 2016; 164(5): 831.
- 47. Lasithiotakis K G, Petrakis I E, Garbe C.**
Cutaneous melanoma in the elderly: epidemiology, prognosis and treatment. *Melanoma Res.* 2010; 20(3): 163–70.
- 48. Garbe C, Peris K, Hauschild A, et al.**
Diagnosis and treatment of melanoma. European consensus-based interdisciplinary guideline – Update 2016. *Eur J Cancer.* 2016; 63: 201–17.
- 49. Testori A, Soteldo J, Sances D, et al.**
Cutaneous melanoma in the elderly. *Melanoma Res.* 2009; 19(3): 125–34.
- 50. Bergman W, Blokk W A M, van Doorne-Nagtegaal H J, et al.**
Melanoom, Landelijke richtlijn, Versie: 2.0. Utrecht, Netherlands: Nederlandse Melanoom Werkgroep (NMW), Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL), 2012.

51. Di Lorenzo G.

Update on classic Kaposi sarcoma therapy: new look at an old disease. *Crit Rev Oncol Hematol* 2008; 68:242.

52. Morand J J, Lightburn E, Simon F, Patte J H.

Update on Kaposi's sarcoma [in French]. *Med Trop (Mars)* 2007;67:123-30.

53. Mseddi M, Borgi N, Sellami L, Meziou T J, Turki H, Zahaf A.

Pathologie cutanée du sujet âgé en dermatologie. *Ann. Dermatol. Vénérologie* 2006;133:272-4.

54. Akallal N, Berramdane H, Benseddik I, Senouci K, Hassam B.

Métastases cutanées des cancers profonds. *Maroc Médical*. 2005;27(4).

55. Malysz J, Talamo G, Zhu J, Clarke L E, Bayerl M G, Ali L, et al.

Cutaneous involvement in multiple myeloma (MM): A case series with clinicopathologic correlation. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2016;74:878-84.

56. Jurczynszyn A, Olszewska-Szopa M, Hungria V, Crusoe E, Pika T, Delforge M, et al.

Cutaneous involvement in multiple myeloma: a multi-institutional retrospective study of 53 patients. *Leuk. Lymphoma* 2016;57:2071-6.

57. Pamoukdjian F, Lévy V, Al-Nalwakil C, Cymbalista F, Sebbane G.

La leucémie lymphoïde chronique du sujet âgé. 2015;17.

58. Robak E, Robak T.

Skin lesions in chronic lymphocytic leukemia. *Leuk. Lymphoma* 2007;48:855-65.

59. Saurat J-H, Lachapelle J-M, Lipsker D, Thomas L.

Chapitre 6.4 - Maladies bulleuses sous-épidermiques acquises auto-immunes. Dans *Dermatologie et infections sexuellement transmissibles* (6e édition). Elsevier Masson. 2017.

60. Yancey KB.

The pathophysiology of autoimmune blistering disorders. *J Clin Invest* 2005; 115: 825-828.

61. Ujiie H, Nishie W, Shimizu H.

Pathogenesis of bullous pemphigoid. *Dermatol Clin.* 2011;29:439-46.

- 62. Amber K T, Lamberts A, Solimani F, Agnoletti A F, Didona D, Euverman I, et al.**
Determining the Incidence of Pneumocystis Pneumonia in Patients With Autoimmune Blistering Diseases Not Receiving Routine Prophylaxis. *JAMA Dermatol.* 2017;153:1137–1141.
- 63. Bernard P, Antonicelli F .**
Bullous Pemphigoid: A Review of its Diagnosis, Associations and Treatment. *American Journal of Clinical Dermatology* 2017;18:513_28.
- 64. Wilczek A, Sticherling M.**
Concomitant psoriasis and bullous pemphigoid: coincidence or pathogenic relationship? *Int J Dermatol.* 2006;45:1353–7.
- 65. Muramatsu T, Yamashina Y, Shirai T, Ohnishi T.**
UVB irradiation reduces the expression of pemphigoid antigens in organ-cultured normal human skin. *Arch Dermatol Res.* 1994;286:142–4.
- 66. Vanderlugt C J, Miller S D.**
Epitope spreading. *Curr Opin Immunol.* 1996;8:831–6.
- 67. Stavropoulos P G, Soura E, Antoniou C.**
Drug-induced pemphigoid: a review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014 Sep;28:1133–40.
- 68. Kridin K, Cohen AD.**
Dipeptidyl-peptidase IV inhibitor-associated bullous pemphigoid: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol.* 2018 Oct 5. pii: S0190-9622(18)32660-4.
- 69. Lloyd-Lavery A, Chi CC, Wojnarowska F, Taghipour K.**
The associations between bullous pemphigoid and drug use: a UK case-control study. *JAMA Dermatol.* 2013;149:58–6.
- 70. Bastuji-Garin S, Joly P, Lemordant P, Sparsa A, Bedane C, Delaporte E, et al.**
Risk factors for bullous pemphigoid in the elderly: a prospective case-control study. *J Invest Dermatol.* 2011;131:637–43.
- 71. Lopez AT, Khanna T, Antonov N, Audrey-Bayan C, Geskin L.**
A review of bullous pemphigoid as-associated with PD-1 and PD-L1 inhibitors. *Int J Dermatol.* 2018;57:664–9.

- 72. Sobocinski V, Duvert–Lehembre S, Bubenheim M, Lesage C, Bernard P, Bénichou J, et al.**
Assessment of adherence to topical corticosteroids in patients with bullous pemphigoid. *Br J Dermatol* 2016;174:919–21.
- 73. Joly P, Roujeau J C, Benichou J, Picard C, Dreno B, Delaporte E, et al.**
A comparison of oral and topical corticosteroids in patients with bullous pemphigoid. *N Engl J Med* 2002;346:321–7.
- 74. Fisch A, Morin L, Talme T, Gallais Sérézal I.**
Pemphigoïde bulleuse traitée par méthotrexate : profil de tolérance en fonction de la fonction rénale au diagnostic. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. Volume 145, Issue 12, Supplement, December 2018, Page S48.
- 75. Souissi A, Zeglaoui F, Fekih N E, Fazaa B, Zouari B, Kamoun M R.**
Pathologie cutanée chez le sujet âgé. *Ann Dermatol Venereol*. 2006;133(3):231–4.
- 76. Hadadi F E, Mezni L, Meziane M, Ismaili N, Benzekri L, Senouci K.**
Epidemiology of Pemphigus: A Single Center Overview in Morocco. *International Journal of Dermatology and Venereology*. 2021.
- 77. Kridin K, Schmidt E.**
Epidemiology of Pemphigus. *JID Innov*. 2021 Mar;1(1):100004. Published 2021 Feb 20.
- 78. Jelti L, Cordel N, Gillibert A, Lacour J P, Uthurriague C, Doutre M S, et al.**
Incidence and Mortality of Pemphigus in France. *J Invest Dermatol*. 2019 Feb;139(2):469–473.
- 79. Kridin K.**
Pemphigus group: overview, epidemiology, mortality, and comorbidities. *Immunol Res*. 2018 Apr;66(2):255–270.
- 80. Hübner F, König I R, Holtsche M M, Zillikens D, Linder R, Schmidt E.**
Prevalence and age distribution of pemphigus and pemphigoid diseases among paediatric patients in Germany. *JEADV*. 2020;34(4):e161–e163.
- 81. Joly P, Litrowski N.**
Pemphigus group (*vulgaris*, *vegetans*, *foliaceus*, *herpetiformis*, *brasiliensis*). *Clin Dermatol*. 2011 Aug;29(4):432–436.

- 82. Joly P, Richard C, Gilbert D, Courville P, Chosidow O, Roujeau J C, et al.**
Sensitivity and specificity of clinical, histologic, and immunologic features in the diagnosis of paraneoplastic pemphigus. *J Am Acad Dermatol.* 2000 Oct;43(4):619–26.
- 83. Ohzono A, Sogame R, Li X, Teye K, Tsuchisaka A, Numata S, et al.**
Clinical and immunological findings in 104 cases of paraneoplastic pemphigus. *Br J Dermatol.* 2015 Dec;173(6):1447–1452.
- 84. Bereshchenko O, Bruscoli S, Riccardi C.**
Glucocorticoids, sex hormones, and immunity. *Front Immunol.* 2018 Jun;43. doi: 10.3389/fimmu.2018.00437.
- 85. Rao R, Dasari K, Shenoi S, Balachandran C.**
Demonstration of pemphigus-specific immunofluorescence pattern by direct immunofluorescence of plucked hair. *Int J Dermatol.* Nov 2009;48(11):1261–1263.
- 86. Schmidt E, Goebeler M, Hertl M, Sárdy M, Sitaru C, Eming R, et al.**
S2k guideline for the diagnosis of pemphigus vulgaris/foliaceus and bullous pemphigoid. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2015 Jul;13(7):713–27.
- 87. Sabolinski M L, Beutner EH, Krasny S, Kumar V, et al.**
Substrate specificity of anti-epithelial antibodies of pemphigus vulgaris and pemphigus foliaceus sera in immunofluorescence tests on monkey and guinea pig esophagus sections. *J Invest Dermatol.* 1987 May;88(5):586–9.
- 88. Grando L R, Schmitt T A B, Bakos R M.**
Severe cutaneous reactions to drugs in the setting of a general hospital. *An Bras Dermatol* 2014.89:758–62.
- 89. Kardaun SH, Sidoroff A, Valeyrie-Allanore L, et al.**
Variability in the clinical pattern of cutaneous side-effects of drugs with systemic symptoms does a DRESS really exist? *Br J Dermatol* 2007;156: 609–11.
- 90. Shiohara T, Mizukawa Y.**
Drug-induced hypersensitivity syndrome (DiHS)/ drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS): an update in 2019. *Allergol Int* 2019; 68:301–8.
- 91. Peyrière H, Dereure O, Breton H, Demoly P, Cociglio M, Blayac J P, et al.**
Variability in the clinical pattern of cutaneous side-effects of drugs with systemic symptoms: does a DRESS syndrome really exist? *Br J Dermatol.* 2006;155:422–428.

- 92. Autret-Leca E, Norbert K, Bensouda-Grimaldi L, Jonville-Béra A P, Saliba E, Bentata J, Barthez-Carpentier M A.**
Le DRESS syndrome, une réaction d'hypersensibilité aux médicaments, qui reste mal connue des pédiatres. *Arch Pediatr*. 2007;14:1439-1441.
- 93. Begon E, Roujeau J C.**
Syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse ou DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms). *Ann Dermatol Venereol*. 2004;131:293-297.
- 94. Sekula P, Dunant A, Mockenhaupt M, et al.**
comprehensive survival analysis of a cohort of patients with Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis. *J Invest Dermatol* 2013; 133:1197-1204.
- 95. Ingen-Housz-Oro S, Duong TA, Bensaid B, et al.**
Epidermal necrolysis French national diagnosis and care protocol (PNDS; protocole national de diagnostic et de soins). *Orphanet J Rare Dis*. 2018;13:56.
- 96. Paquet P, Flagothier C, Piérard-Franchimont C, et al.**
Les toxidermies paroxystiques graves. *Rev Med Liège*, 2004, 59, 286-292.
- 97. Machet L, Martin L, Vaillant L.**
Pustulose exanthématique aiguë généralisée. *Ann Dermatol Venereol*, 2001, 128, 73-79.
- 98. Sidoroff A, Halevy S, Bouwes JN, et al**
Acute generalized exanthematous pustulosis (AGEP). A clinical reaction pattern. *J Cutan Pathol*, 2001, 28, 113-119.
- 99. Cohen A, Cagnano E, Halevy S.**
Acute generalized xanthematous pustulosis mimicking toxic epidermal necrolysis. *Int J Dermatol*, 2001, 40, 458-461.
- 100. Brandenburg V, Kurts C, Eitner F, et al.**
Acute reversible renal failure in acute generalized exanthematous pustulosis. *Nephrol Dial Transplant*, 2002, 17, 1857-1858.
- 101. Tuchinda P, Chularojanamontri L, Sukakul T, et al.**
Cutaneous Adverse Drug Reactions in the elderly: a retrospective analysis in Thailand. *Drugs Aging* 2014: 815-24.

- 102. Ingen–Housz–Oro S, Tétart F, Milpied B.**
Prise en charge d'un exanthème maculo papuleux. *Ann Dermatol Venereol–FMC* 2021; 1:114–7.
- 103. Young J W S, Shear N H.**
Cutaneous Drug Reactions in the Elderly. *Drugs Aging* 2017;34:655-72.
- 104. Cheeti A, Brent L H, Panginikkod S.**
Autoimmune Myopathies. In: *Stat Pearls*. Treasure Island (FL): 2024 Jan 25. PMID: 30422455. Bookshelf ID: NBK532860.
- 105. Bohan A, Peter J B.**
Polymyositis and dermatomyositis (first of two parts). *N Engl J Med*. 1975;292(7):344–347.
- 106. Pautas E, Chérin P, Piette J C, Pelletier S, Wechsler B, Cabane J, Herson S.**
Features of polymyositis and dermatomyositis in the elderly: A case–control study. *Clinical and Experimental Rheumatology*. 2000;18(2):241–244.
- 107. de Souza FH, Shinjo SK.**
Newly diagnosed dermatomyositis in the elderly as predictor of malignancy. *Rev Bras Reumatol*. 2012 Oct;52(5):713–21. English, Portuguese. PMID: 23090371.
- 108. Pu SJ, Luo SF, Wu YJ, Cheng HS, Ho HH.**
The clinical features and prognosis of lupus with disease onset at age 65 and older. *Lupus*. 2000;9(2):96.
- 109. Garcia–Carrasco M, Cervera R, Rosas J et al.**
Syndrome de Gougerot–Sjögren primaire chez le sujet âgé : caractéristiques cliniques et immunologiques. *Lupus* 1999;8(1):20–23.
- 110. Vitali C, Bombardieri S, Moutsopoulos HM, et al.**
Preliminary criteria for the classification of Sjogren's syndrome. Results of a prospective concerted action supported by the European Community. *Arthritis Rheum* 1993 Mar;36(3):340–347.
- 111. Bernacchi E, Amato L, Parodi A, et al.**
Sjogren's syndrome: a retrospective review of the cutaneous features of 93 patients by the Italian Group of Immunodermatology. *Clin Exp Rheumatol* 2004 Jan Feb;22(1):55–62.

112. **Bernacchi E, Bianchi B, Amato L, et al.**
Xerosis in primary Sjogren syndrome: immunohistochemical and functional investigations. *J Dermatol Sci* 2005 Jul;39(1):53–55.
113. **Engelke M, Jensen JM, Ekanayake–Mudiyanselage S, et al.**
Effects of xerosis and ageing on epidermal proliferation and differentiation. *Br J Dermatol* 1997 Aug;137(2):219–225.
114. **Ramos–Casals M, Anaya JM, Garcia–Carrasco M, et al.**
Cutaneous vasculitis in primary Sjogren syndrome: classification and clinical significance of 52 patients. *Medicine (Baltimore)* 2004 Mar;83(2):96–106.
115. **Pirildar T, Tikiz C, Ozkaya S, et al.**
Endothelial dysfunction in patients with primary Sjogren’s syndrome. *Rheumatol Int* 2005 Sep;25(7):536–539.
116. **Tektonidou M, Kaskani E, Skopouli FN, et al.**
Microvascular abnormalities in Sjogren’s syndrome: nailfold capillaroscopy. *Rheumatology (Oxford)* 1999 Sep;38(9):826–830.
117. **Kuhn A, Richter–Hintz D, Schuppe HC, et al.**
Annular erythema in Sjogren syndrome. A variant of cutaneous lupus erythematosus? *Hautarzt* 2000 Apr;51(4):270–275.
118. **HACHULLA E, AGARD C, ALLANORE Y , AVOUAC J, BADER–MEUNIER B, BELOTA ,et al.**
Protocole National de Diagnostic et de Soins sur la Sclérodémie Systémique,2017.
119. **Manno RL, Hummers LK.**
Aging and scleroderma. *Adv Health Econ Health Serv Res.* 2011;11:221–7.
120. **Hugle T, Schuetz P, Daikeler T et al.:**
Late-onset systemic sclerosis – a systematic survey of the EULAR scleroderma trials and research group database. *Rheumatology (Oxford)* 50(1), 161–165 (2011).
121. **Zachariae H, Halkier–Sorensen L, Bjerring P, Heickendorff L.**
Treatment of ischaemic ulcers and prevention of gangrene with intravenous iloprost in systemic sclerosis. *ActaDermVenereol (Stockh)* 1996 ; 76:236–238.

122. **Inaoka et al.**
Host-microbe interactions in the pathogenesis and clinical course of sarcoidosis. *Journal of Biomedical Science* 2019 26-45.
123. **Avrom Caplan, et al.**
Cutaneous Sarcoidosis. *Semin Respir Crit Care Med* 2020 Oct; 41 (5):689-699.
124. **Jamilloux Y, Bonnefoy M, Valeyre D, Varron L, Broussolle C, Sève P.**
Elderly-Onset Sarcoidosis: Prevalence, Clinical Course, and Treatment. *Drugs Aging* 2013;30:969-78.
125. **Rubio-Rivas M, Corbella X, Mañá J.**
Elderly sarcoidosis: A comparative study from a 42-year single-center experience. *Respir. Med.* 2019;152:1-6.
126. **Stuart P, Malick F, Nair RP.**
Analysis of phenotypic variation in psoriasis as a function of age at onset and family history. *Arch Dermatol Res.* 2002;294:207-213.
127. **Balato N, Patruno C, Napolitano M et al.**
Managing moderate-to-severe psoriasis in the elderly. *Drugs Aging* 2014; 31: 233-238.
128. **Griffiths C E, Christophers E, Barker J N, Chalmers R J, Chimenti S, Krueger G G, et al.**
A Classification of Psoriasis Vulgaris According to Phenotype. *Br J Dermatol.* 2007;156(2):258-62.
129. **Viguier M, Pagès C, Aubin F, Delaporte E, Descamps V, Lok C, et al.**
Efficacy and Safety of Biologics in Erythrodermic Psoriasis: A Multicentre, Retrospective Study. *Br J Dermatol.* 2012;167(2):417-23.
130. **Kokpol C, Aekplakorn W, Rajatanavin N.**
Prevalence and Characteristics of Metabolic Syndrome in South-East Asian Psoriatic Patients: A Case-Control Study. *J Dermatol.* 2014;41(10):898-902.
131. **Fernández-Armenteros JM, Gómez-Arbonés X, Buti-Soler M, Betriu-Bars A, Sanmartín-Novell V, Ortega-Bravo M, et al.**
Psoriasis, Metabolic Syndrome and Cardiovascular Risk Factors. A Population-Based Study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019;33(1):128-35.

- 132. Bénéton N, Mahé E, Bauchet A, Perrussel M, Chaby G, Quiles N, et al.**
Résultats préliminaires d'une étude rétrospective multicentrique sur l'utilisation des biothérapies chez le sujet âgé au cours du psoriasis. *Ann. Dermatol. Vénérologie* 2015;142:S568-9.
- 133. Todd M.**
Assessment and management of older people with venous leg ulcers. *Nurs. Older People* 2018;30:39-48.
- 134. Kombat K K.**
Skin pathology in the elderly in dermatology in Lome, Togo: study of 325 cases. *Pan African Medical Journal* 2014;18:151.
- 135. Ana Gameiro, Neide Pereira, José Carlos Cardoso, Margarida Gonçalves**
Pyoderma gangrenosum: challenges and solutions *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology* 2015;8 285-293.
- 136. Brunsting A L, Goekerman W H, O'Leary PA.**
Pyoderma gangrenosum: clinical and experimental observation in five cases occurring in adults. *Arch Dermatol Syphilol*, 1930; 22: 655-680.
- 137. Sinéad M. Langan, Richard W. Groves, Tim R. Card, Martin C.**
Gulliford Journal of Investigative Dermatology (2012), Volume 132 ; 2166-2170.
- 138. Maverakis, Emanuel et al.**
"Pyoderma gangrenosum." *Nature reviews. Disease primers* 2020.vol. 2020;6(1):81.
- 139. Weiss E H, Ko C J, Leung T H, Micheletti R G, Mostaghimi A, Ramachandran S M, Rosenbach M, Nelson C A.**
Neutrophilic Dermatoses: a Clinical Update. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019;33(1):128-35.
- 140. Cohen P, Kurzrock R.**
Sweet's syndrome: A neutrophilic dermatosis classically associated with acute onset and fever. *Clin Dermatol* 2000;18:265- 282.
- 141. Hommel L, Harms M, Saurat J H.**
The incidence of Sweet's syndrome in Geneva. A retrospective study of 29 cases. *Dermatology (Basel).* 1993;187:303-305.

- 142. Ajili F, Souissi A, Bougrine F, et al.**
Coexistence of pyoderma gangrenosum and Sweet's syndrome in a patient with ulcerative colitis. *Pan African Medical Journal*. 2015;21:151.
- 143. Castro-Fernández M, Sánchez-Muñoz D, Ruíz-Granados E, et al.**
Coexistence of pyoderma gangrenosum and Sweet's syndrome in a patient with ulcerative colitis. *The American Journal of Gastroenterology*. 2007;102(12):2865-2866.
- 144. Caughman W, Stern R, Haynes H.**
Neutrophilic dermatosis of myeloproliferative disorders. Atypical forms of pyoderma gangrenosum and Sweet's syndrome associated with myeloproliferative disorders. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 1983;9(5):751-758.
- 145. Lear JT, Byrne J P.**
Bullous pyoderma gangrenosum, Sweet's syndrome and malignancy. *The British Journal of Dermatology*. 1997;136(2):296-297.
- 146. Tétart F, Joly P.**
Eczéma chez les personnes âgées. *Eur J Dermatol*. 2020;30:663-667.



قسم الطبيب :

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض

و الألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، و أكتم

سِرَّهُم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد، للصالح

والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أختا لكل زميل في المهنة الطبية متعاونين

على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي، نقيّة مما يشينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد



سنة 2024

أطروحة رقم 197

الأمراض الجلدية لدى المرضى المسنين في الوسط الاستشفائي:
تجربة قسم الأمراض الجلدية في مستشفى محمد السادس
الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2024/06/21
من طرف:

الآنسة مريم وداع

المزودة في 16 أكتوبر 1996 بخريبة
لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

مرض جلدي- مسن- اعتلال مصاحب

اللجنة:

الرئيس

ل. السعدوني

السيدة

أستاذة في الطب الباطني

س. أمال

السيد

المشرف

أستاذ في أمراض الجلد

م. زياني

السيد

أستاذ في الطب الباطني

و. حكار

السيدة

الحكام

أستاذة في أمراض الجلد

م. زحلان

السيدة

أستاذة في طب الجهاز الهضمي

