



**16^e Journée
Scientifique conjointe
du Groupe de Recherche
sur le PSORIASIS
et du Groupe HS France**

Vendredi 7 octobre 2022

Espace du Centenaire
Maison de la RATP – Paris

HUMIRACLE

Carla Fassanaro

Dr Marion Stefanski

Service de Dermatologie-CHU de Lille

Patient de 36 ans

Antécédents :

- Insuffisance rénale chronique sur glomérulonéphrite extra capillaire avec dépôt d'IgG linéaire sans anticorps anti MBG
- Transplanté rénal en 2006 (Dysfonction terminale du greffon en 2011),
- 2^e transplantation en 2012 (depuis 2020 dysfonction chronique du greffon)
- HTA

Traitements :

- TACROLIMUS 6mg/j
- MYCOPHENOLATE MOFETIL 500mg matin et soir
- PREDNISONNE 10mg/j



Histoire de la maladie

Avulsion de tous les ongles des 2 mains par un chirurgien orthopédique devant un tableau d'onychomycose sévère et résistante aux traitements locaux par vernis.



JUIN
2021



Histoire de la maladie

Avulsion de tous les ongles des 2 mains par un chirurgien orthopédique devant un tableau d'onychomycose sévère et résistante aux traitements locaux par vernis.

Avis dermatologique devant l'absence d'amélioration.





Hypothèses diagnostiques

- Onychomycose sévère et évoluée sur le terrain immunodéprimé ?
- Psoriasis unguéal ?

⇒ Prélèvement mycologique et histopathologique de la tablette

⇒ Mise en place CICLOPIROXOLAMINE crème sous occlusion



Histoire de la maladie

Avulsion de tous les ongles des 2 mains par un chirurgien orthopédique devant un tableau d'onychomycose sévère et résistante aux traitements locaux par vernis.

Avis dermatologique devant l'absence d'amélioration.

Hospitalisation en rhumatologie pour lombalgies dans un contexte de SIB. Bilan étiologique négatif. Evolution favorable des douleurs.



JUIN
2021

JUILLET
2021

AOUT
2021



Histoire de la maladie

Avulsion de tous les ongles des 2 mains par un chirurgien orthopédique devant un tableau d'onychomycose sévère et résistante aux traitements locaux par vernis.

Avis dermatologique devant l'absence d'amélioration.

Hospitalisation en rhumatologie pour lombalgies dans un contexte de SIB. Bilan étiologique négatif. Evolution favorable des douleurs.

Prélèvement local : ***Trichophyton rubrum* et *Candida albicans***.
Biopsie unguéale : **hyperkératose parakératosique en faveur d'une onychomycose**

JUIN
2021

JUILLET
2021

AOUT
2021

SEPTEMBRE
2021



Histoire de la maladie

Avulsion de tous les ongles des 2 mains par un chirurgien orthopédique devant un tableau d'onychomycose sévère et résistante aux traitements locaux par vernis.

Avis dermatologique devant l'absence d'amélioration.

Hospitalisation en rhumatologie pour lombalgies dans un contexte de SIB. Bilan étiologique négatif. Evolution favorable des douleurs.

Prélèvement local : ***Trichophyton rubrum* et *Candida albicans***. Biopsie unguéale : **hyperkératose parakératosique en faveur d'une onychomycose**

Polyarthralgies, dactylite du 3^{ème} rayon gauche, synovite de l'IPP du 4^{ème} rayon de la main gauche. Plaque de psoriasis sur la main gauche. Bilan radiologique en faveur d'un rhumatisme psoriasique.

JUIN
2021

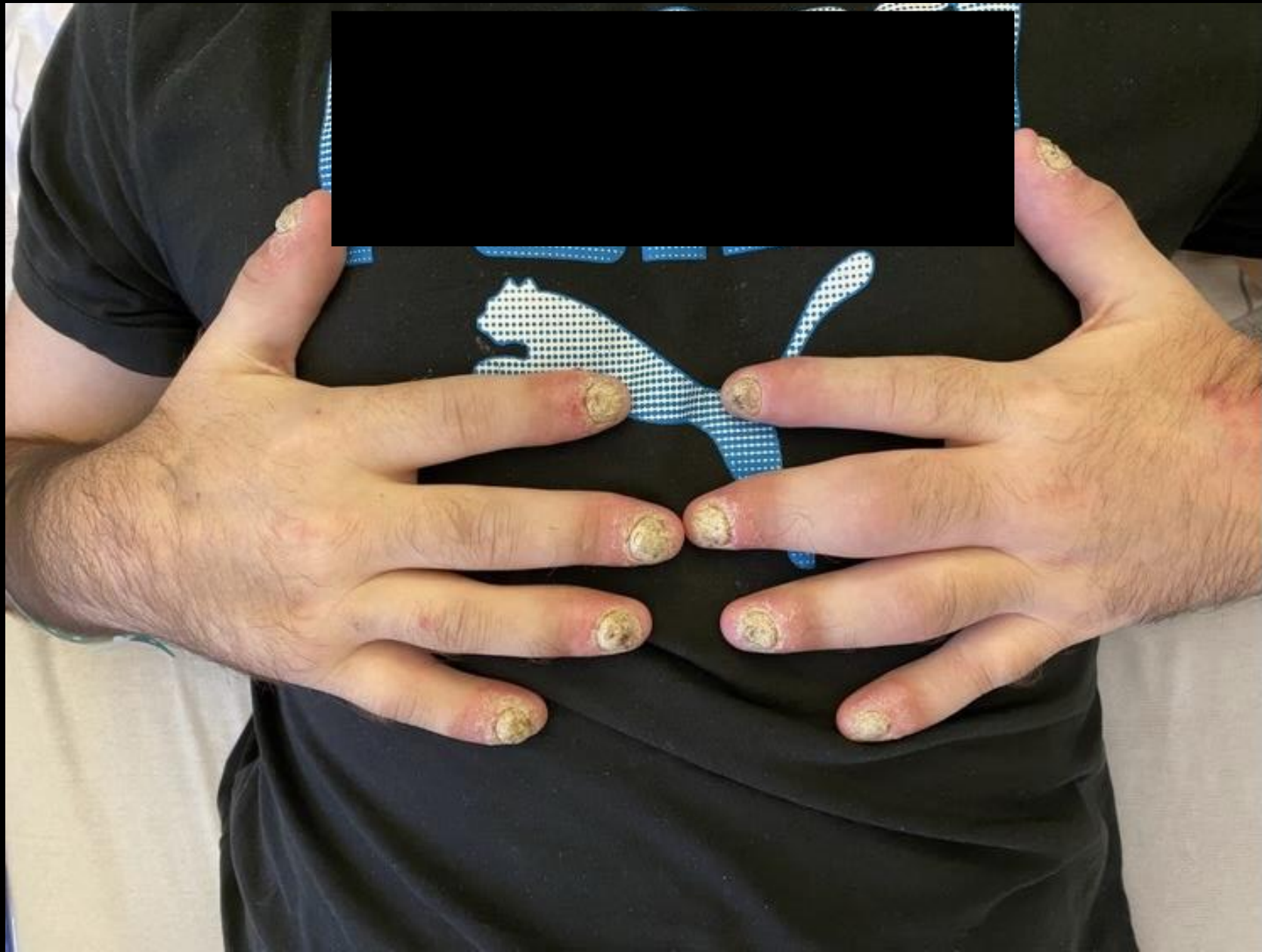
JUILLET
2021

AOUT
2021

SEPTEMBRE
2021

NOVEMBRE
2021







- Diagnostic retenu : **psoriasis unguéal sévère sur rhumatisme psoriasique (atteinte axiale et périphérique) et onychomycose des ongles des mains et des pieds.**
- Introduction d'HUMIRA 40mg tous les 15 jours après discussion avec rhumatologue, néphrologue et dermatologue.
- Introduction de TERBINAFINE 125mg/j pendant 6 mois.



Evolution à 3 mois



Evolution à 3 mois



Evolution à 6 mois



Evolution à 9 mois



Evolution à 9 mois



Discussion

- Le traitement de l'onychopathie psoriasique est difficile avec une efficacité souvent incomplète.
- Il n'existe pas de traitement univoque ou de recommandations précises dans cette indication.
- Le traitement varie selon la topographie et la sévérité de l'atteinte lésionnelle. En cas d'atteinte cutanée ou articulaire sévère ce n'est pas l'atteinte unguéale qui prédomine dans la décision.
- Dans notre cas, malgré le terrain du patient (greffé/immunodéprimé), la décision de débiter une biothérapie s'est basée sur la sévérité de l'atteinte articulaire.



Ce qu'il faut retenir..

Devant ces formes complexes chez l'immunodéprimé:

- Discuter du dossier de façon **pluridisciplinaire**,
- Ne pas avoir peur d'instaurer une biothérapie **malgré une infection unguéale** sous jacente.
- Bonne évolution d'un psoriasis unguéal et rhumatismal sévère dès **3 mois** de biothérapie par anti TNF alpha chez un patient immunodéprimé.



Merci pour votre attention

