

La sympathectomie thoracique est efficace mais expose aux hyperhidroses compensatrices dans plus de 70 % des cas [10].

Bibliographie

1. WOLOSKEK N, KRUTMAN M, TEIVELIS MP *et al.* Quality of life before hyperhidrosis treatment as a predictive factor for oxybutynin treatment outcomes. *Ann Vasc Surg*, 2013;28:970-976.
2. MIRICK DK, DAVIS S, THOMAS DB. Antiperspirant use and the risk of breast cancer. *J Natl Cancer Inst*, 2002;94:1578-1580.
3. DOLIANITIS C, SCARFF CE, KELLY J *et al.* Iontophoresis with glycopyrrolate for the treatment of palmo-plantar hyperhidrosis. *Australas J Dermatol*, 2004;45:208-212.
4. DAVARIAN S, KALANTARI KK, REZASOLTANI A *et al.* Effect and persistency of botulinum toxin iontophoresis in the treatment of palmar hyperhidrosis. *Australas J Dermatol*, 2008;49:75-79.
5. MAILLARD H, FENOT M, BARA C *et al.* [Therapeutic value of moderate-dose oxybutynin in extensive hyperhidrosis]. *Ann Dermatol Venereol*, 2011;138:652-656.
6. NAUMANN MK, HAMM H, LOWE NJ. Botox Hyperhidrosis Clinical Study Group. Effect of botulinum toxin type A on quality of life measures in patients with excessive axillary sweating: a randomized controlled trial. *Br J Dermatol*, 2002;14:1218-1226.
7. LECOUFFLET M, LEUX C, FENOT M *et al.* Duration of efficacy increases with the repetition of botulinum toxin A injections in primary axillary hyperhidrosis: a study in 83 patients. *J Am Acad Dermatol*, 2013;69:960-964.
8. LECOUFFLET M, LEUX C, FENOT M *et al.* Duration of efficacy increases with the repetition of botulinum toxin A injections in primary palmar hyperhidrosis: A study of 28 patients. *J Am Acad Dermatol*, 2014;70:1083-1087.
9. GLASER DA, COLEMAN WP, FAN LK *et al.* A randomized, blinded clinical evaluation of a novel microwave device for treating axillary hyperhidrosis: the dermatologic reduction in underarm perspiration study. *Dermatol Surg*, 2012;38:185-191.
10. DUMONT P. Side effects and complications of surgery for hyperhidrosis. *Thorac Surg Clin*, 2008;18:193-207.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Le Parkinson, une maladie à expression dermatologique

Ph. HUMBERT

Service de Dermatologie,
BESANÇON.

Cas clinique n° 1

Lorsqu'à 83 ans vos journées sont marquées par des désagréments intenable au niveau du visage, par des sensations de cuisson, de picotements, décrites par les médecins comme dysesthésiques et que vous cherchez la solution, vous n'allez pas regarder que les pommettes ! Et iriez-vous jusqu'à parler de peau sensible ?

En effet, sur le plan épidémiologique, observe-t-on des peaux sensibles à 83 ans ? Et puis, la peau sensible, n'est-ce pas cette intolérance aux cosmétiques que cette malade n'a pas ? La réponse négative à ces deux questions vous fait écarter cette hypothèse. Pourquoi les choses seraient-elles toujours simples (un symptôme – une maladie cutanée) ?

Or, à maintes reprises, cette malade, qui a consulté plusieurs fois, est repartie avec une prescription de crème pour peau sensible ! Elle se souvient très bien combien cela lui a coûté, elle qui a une retraite de 400 € par mois. S'entendre recommander d'acheter pour plus de 50 € de produits cosmétiques !

L'un des médecins consultés s'est attaché à retenir la rougeur et a posé le diagnostic d'érythrose. N'est-il pourtant pas aisé de voir qu'il n'y a pas de lien entre la rougeur et la perception dysesthésique ? En s'attardant sur cette érythrose du visage, il aura conclu à une rosacée de stade 1. Or, cette malade n'a pas de *flushes* et, à aucun moment, elle n'a eu de papules ou de pustules. Et puisqu'une cure de

cycline et de métronidazole topique a été inefficace, pourquoi la lui prescrire à nouveau ?

Le troisième dermatologue est un "instrumental". Non pas un sentimental, mais un instrumental : il aime le laser et lorsqu'il voit rouge, il brûle. Il doit détruire la rougeur. Cette rougeur est-elle responsable des symptômes ? Trois séances ont amélioré la rougeur mais pas les symptômes.

On comprend le désarroi de cette malade, qui ressent subjectivement des symptômes terriblement neurologiques et qui voit les échecs successifs des différents médecins consultés. Alors, elle se met à croire qu'elle a un cancer, car dans l'esprit des malades, le cancer, c'est ça. C'est quelque chose que l'on n'arrive pas à identifier, quelque chose d'étendu, qui brûle, qui fait mal et qui est sournois. Et puis, pour que l'histoire se tienne, elle a vu un quatrième dermatologue. Ce que celui-ci lui a fait, l'histoire ne le raconte pas. Nous ne le saurons pas, mais ce que nous pouvons constater, c'est que sa prise en charge n'a pas été adéquate.

Ainsi, lorsqu'elle consulte pour la cinquième fois, elle est désespérée. Elle n'accepte toujours pas la facture de 210 € envoyée par l'hôpital pour le traitement laser qu'elle n'avait nullement demandé. Elle-même avait remarqué que sa coupe-rose n'avait rien à voir avec ses symptômes, mais puisque le docteur le disait, puisque le docteur l'imposait, elle n'a pas eu le choix.

Quelle devait être la démarche vis-à-vis d'une telle patiente ? Non pas considérer le territoire de peau impliqué, mais considérer la personne comme une malade ayant, entre autres, des brûlures, des picotements sous la peau au niveau du visage. Alors, il fallait l'observer, lui poser maintes questions, sans *a priori*, interroger les différents signes fonctionnels des neuropathies sensitives cutanées, comme : "Avez-vous l'impression

QUESTIONS FLASH

Cas clinique 1



Visage avec dysesthésie.



"Docteur, mon visage me brûle!"



Signe du poignet de Froment avec hypertonie parkinsonienne.



Un mois après le traitement : noter l'expression du visage.

de petites bêtes qui vous mordillent, ressentez-vous comme de l'eau qui coule sous la peau, avez-vous des fourmillements lorsque vous baissez la tête?" Ce signe de Lhermitte n'est pas si rare que cela et conduit toujours au diagnostic de carence en vitamine B12. Et puis, si sa symptomatologie neurologique relevait d'un syndrome carenciel, il était important d'interroger le tube digestif : *"Avez-vous mal au ventre, avez-vous des diarrhées?"*. La phase de l'interrogatoire devait aussi se poursuivre par l'inspection. Regarder tout simplement cette patiente et s'apercevoir que, depuis 10 minutes, elle n'avait pas cligné des yeux. Son visage était figé, comme pris dans du béton. Peu d'expressions de joie ou de déception. Et puis, la canitie. Oh ! Cela est fréquent, banal, une canitie à 80 ans ! Mais la canitie a de la valeur chez une dame de 80 ans qui, de surcroît, a des sensations douloureuses et parésiques de la peau.

Qui a dit que l'examen dermatologique devait seulement examiner la partie du tégument qui semble pathologique ? Personne ! À quel élève plombier feriez-vous croire que le seul examen qu'il doive faire lorsqu'il est appelé pour une fuite d'eau est de regarder la flaque et seulement elle ?

Le dermatologue est le spécialiste de la peau, certes, mais de cette peau qui s'infiltré en cas de leucémie ou de lymphome, de cette peau avec des marbrures dans le cas des syndromes des antiphospholipides, de cette peau qui démange en cas de cholestase. Eh bien, oui, le dermatologue est bien le spécialiste du lymphome ou de la leucémie à expression cutanée, des maladies auto-immunes à expression cutanée et des affections hépatiques à expression cutanée.

On sait depuis longtemps que, derrière le diagnostic positif dermatologique, il y a le diagnostic étiologique. Qui se contenterait de poser un diagnostic d'érythème nouveau sans aller jusqu'à rechercher la

sarcoïdose qui en est à l'origine ? Qui se satisferait du diagnostic de *Pyoderma gangrenosum* sans trouver la maladie de Crohn qui lui est associée ? Qui se satisferait du diagnostic de prurit *sine materia* alors que le malade est porteur d'une toxocarose ? Ainsi, le dermatologue ne peut se contenter du diagnostic de dysesthésies cutanées, ce que l'on appelle aujourd'hui les *"cutaneous sensory disorders"*.

Ce qui fait la force du dermatologue, ce n'est pas de regarder la peau, mais bien d'aller rechercher le signe du poignet de Froment en faisant serrer la manche du marteau à réflexes, ou un stylo, dans la paume de la main controlatérale pour mobiliser en flexion-extension le poignet ou l'avant-bras du côté controlatéral et observer ainsi une hypertonie qui se relâche de façon continue, dite *"en tuyau de plomb"* ou comme une roue dentée.

Car le diagnostic était celui d'une maladie de Parkinson chez une femme aux cheveux blancs – la canitie étant plus fréquemment observée au cours de la maladie de Parkinson dans cette tranche de la population – ayant des dysesthésies cutanées et présentant la quasi-totalité des signes de cette maladie passée inaperçue parce qu'elle n'avait pas de tremblements et que, malheureusement, dans l'esprit des médecins la maladie de Parkinson reste une maladie s'exprimant par des tremblements.

La maladie de Parkinson n'est pas une maladie appartenant aux neurologues, elle appartient à tous ceux qui seront capables d'en poser le diagnostic, car tant de malades souffrent d'un retard à la reconnaissance de l'origine des troubles qui sont les leurs. Or, c'est une maladie qui dispose d'un traitement efficace et, sous traitement par L-dopa, la malade a vu disparaître en moins d'un mois la totalité de ses symptômes cutanés. De surcroît, elle a amélioré sa marche et son visage est devenu de plus en plus expressif.

N'était-ce pas là la plus belle des satisfactions que de poser le diagnostic d'une maladie neurologique centrale sans être neurologue, mais parce que le dermatologue ne doit rien exclure et être l'homme de la situation dès lors que la peau s'exprime ?

Cas clinique n° 2

Les marbrures des membres inférieurs de cet homme sont tellement visibles qu'on se demande pourquoi elles n'ont pas attiré l'attention de l'interne qui s'occupe de lui. Ce malade a une pemphigoïde bulleuse, c'est-à-dire une maladie auto-immune qui, dans ce cas, n'a pas été induite par un médicament. Et il a également une maladie de Parkinson. Ce diagnostic doit être envisagé chez toute personne âgée, notamment en cas de démence, car elle représente une forme curable d'involution cognitive.

Le regard tragique, les traits figés, la canitie, voici chez lui les premiers éléments du syndrome de Parkinson confirmé par la marche à petits pas, par l'akinésie, par ce petit tremblement fin, tellement discret qu'il est passé inaperçu. Or, en médecine, rien n'est jamais terminé. Ce malade a une pemphigoïde, une maladie de Parkinson et, aujourd'hui, la littérature tend en effet à montrer que cette association est privilégiée sans pour autant en expliquer les mécanismes.

Mais ce patient qu'on voit déshabillé chaque jour sous son pyjama d'hôpital a ces plaques violacées sur le corps, sur les membres inférieurs. C'est un livedo. Alors, que doit-on évoquer en cas de livedo survenant au cours d'une maladie auto-immune ? Bien évidemment, le syndrome des anticorps antiphospholipides. En effet, ce malade avec pemphigoïde et syndrome de Parkinson a des anticorps anti-prothrombinase positifs. Eh bien, ces anticorps sont probablement un des mécanismes du Parkinson par des micro-thombi des noyaux gris

QUESTIONS FLASH

Cas clinique 2



Livedo.



Hypertonie parkinsonienne.



Le signe du poignet de Froment.

centraux. Alors, considérons, en effet, le livedo comme pouvant être associé à une maladie de Parkinson ou représentant un signe clinique de la maladie de Parkinson d'origine auto-immune.

Qu'en est-il des autres symptômes dermatologiques de la maladie de Parkinson ? La dermatite séborrhéique fait toujours partie de la description classique de la maladie de Parkinson. Il y a, dans

cette maladie neurologique, une hyper-séborrhée et ce peut être une des rares situations où la dermatite séborrhéique est associée à une hyperséborrhée. Mais ce sont surtout ces signes neurologiques sensitifs – sensations d'électricité, d'eau coulant sous la peau, de petits animaux grouillant sous la peau – et si les malades s'expriment ainsi, il ne faut pas tomber dans le piège diagnostique de parasitophobie ou de syndrome

d'Ekböm, mais bien rechercher une anomalie neurologique centrale. Tout ce qui chatouille la peau ne rentre pas dans le cadre du prurit, mais concerne aussi un certain nombre de dysesthésies d'ordre neurologique.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.