

OBSERVATIONS CLINIQUES ET MORPHOPATHOLOGIQUES  
CONCERNANT L'EFFICACITE DU TRAITEMENT KOZAK  
CHEZ LES MALADES SOUFFRANT D'ICHTYOSE

**OBSERVATIONS CLINIQUES ET  
MORPHOPATHOLOGIQUES CONCERNANT  
L'EFFICACITE DU TRAITEMENT KOZAK  
CHEZ LES MALADES  
SOUFFRANT D'ICHTYOSE**

P.Kozak, Dr. Anca Rotaru, Biolog G.Ionescu, Biolog C.Rarinca,  
Biolog St. Hulea, Chimist I.Brad

OBSERVATIONS CLINIQUES ET MORPHOPATHOLOGIQUES  
CONCERNANT L'EFFICACITÉ DU TRAITEMENT KOZAK  
CHEZ LES MALADES SOUFFRANT D'ICHTYOSE

3 pag, 3 tab.

On a étudié 16 malades présentant diverses formes d'ichtyose. En analysant l'évolution clinique, on remarque après le traitement Kozak, la disparition des squames et des modifications tégumentaires. Un discret dessin leucomélanodermique persiste sur les jambes et sur les cuisses mais sur un tégument lisse, souple et velouté.

L'analyse des sections histologiques dans la microscopie optique indique une évolution parallèle à celle clinique dans le sens d'une diminution des modifications dermo-épidermiques.

L'analyse de certaines sections histologiques en IF par détection de la présence d'aspects de IF positive linéaire et/ou corpusculaire au niveau des structures dermo-épidermiques soulève la supposition de l'implication de certains mécanismes immuns dans la pathogénie de la maladie.

Le traitement Kozak s'avère efficient dans la résolution clinique des lésions d'ichtyose en intervenant dans des points du mécanisme pathogénique probable de la maladie.

OBSERVATIONS CLINIQUES ET MORPHOPATHOLOGIQUES  
CONCERNANT L'EFFICACITE DU TRAITEMENT KOZAC  
CHEZ LES MALADES SOUFFRANT D'ICHTYOSE

P. KOZAC, Dr. A. ROTARU, Biol. G. IONESCU, Biol. C. RARINCA,  
Biol. S. HULEA, Chim. L. BRAD

Nous avons étudié un lot de seize malades souffrant d'ichtyose dont sept avec l'ichtyose vulgaire (ADI), six avec l'ichtyose lamellaire et 3 avec hyperkératose épidermolitique hémoleucogramme, bétalipoprotéine), associée de 2 à 37 ans ; douze en étaient des hommes et quatre femmes. Les données synthétisées dans le tableau no. 1 indiquent dans les cas étudiés l'association de l'ichtyose avec le dimorphisme squelettique (craniotabès, asymétries, séquelles de rachitisme) chez cinq malades (31 %) ; avec des manifestations atopiques (eczéma, asthme bronchique) chez quatre malades (25 %), ectopie testiculaire chez deux malades (12 %). A la plupart des malades on a administré des traitements antérieurs avec des préparations de vitamine A.

L'état biologique des malades surveillé par VSH, hémoleucogramme, dénombrement des thrombocytes, tests de diprotéïnémie, transaminases, phosphatase alcaline sérique, tests fonctionnels rénaux, cholestérol et bétalipoprotéine. Les résultats de ces investigations antérieures et ultérieures au traitement seront analysées minutieusement par mes collègues.

Tout les patients ont été soumis au traitement Kozac. Dans le tableau no. 2 sont synthétisés les résultats obtenus. En l'analysant on observe qu'après le traitement les squames sont disparues complètement en ne restant qu'un discret dessin leucomélanodermique sur les jambes et les cuisses ; 37% des malades présentaient également une discrète desquamation furfuracée sur les membres et/ou sur le cou et sur le thorax supérieur qui pourrait être associée

à la médication locale administrée. Le tégument devient lisse, souple, élastique, velouté ; une discrète sensation d'aspérité s'est maintenue chez quatre malades lors de la palpation des jambes. Les modifications des annexes épidermiques sont beaucoup amendées en ne persistant qu'une discrète sécheresse des cheveux.

Un épaissement des téguments avec accentuation des interlignes persiste dans les cas d'hyperkératose palmoplantaire. L'hyperkératose folliculaire n'est pas influencée par le traitement. Le traitement a duré en moyenne 56 jours (16 - 90 jours), la durée étant évidemment plus longue chez les patients plus âgés.

Les résultats cliniques ont été comparables aux observations relatives à la dynamique d'avant et après traitement des modifications histologiques. Dans le tableau no. 3 sont synthétisées ces observations en microscopie optique. En analysant les coupes histologiques antérieures au traitement on observe, comme un cas particulier, chez un malade, la présence dans l'épaisseur de l'hyperkératose des îles de parakératose ayant la couche granulaire subjacente épaissie ; on y observe aussi la présence de vacuoles périnucléaires et de granules de kératohyalin. Chez un autre malade qui présente cliniquement une hyperkératose folliculaire accentuée on observe des modifications dégénératives des follicules à contenu lamellaire kératosique et des altérations de la gaine épithéliale externe ainsi que la présence dans deux cas d'un matériel basophile amorphe ou granulaire, situé entre les lamelles kératosiques profondes ou dans la couche granulaire.

L'analyse des coupes histologiques d'après traitement indique une réduction importante des lésions quantitatives de la couche cornée, l'hyperkératose persistant seulement dans neuf cas, dans un degré très réduit tandis que les bouchons kératosiques quoique persistant dans tous les cas sont beaucoup réduits comme dimensions. La couche granuleuse devient normalement structurée. Les altérations de la couche épineuse sont presque disparues dans les cas où elles avaient été présentes. De l'infiltrat dermique ne persiste que quelques éléments inflammatoires non-spécifiques.

Dans onze cas d'ichtyose on a effectué des études d'immunofluorescence directe à anticorps antigammaglobuline totale humaine marqués. Nos résultats

sont particulièrement intéressants et ouvrent des perspectives dans l'étude de l'immunologie des ichtyoses. Dans huit cas le sérum anti-immunoglobulinique met en évidence la couche épineuse. Dans cinq cas existent des dépôts linéaires d'immunoglobulines au niveau du derme superficiel; dans un cas les dépôts ont été très accentués, dans ce cas le sérum du patient accentue la fluorescence. Dans deux cas (tous les deux avec hyperkératose épidermolitique) on observe des dépôts globulaires d'immunoglobuline fluorescente au niveau de la membrane basale dans un cas et sous-épidermique en formant des agglomérations adhérent à la membrane basale dans l'autre cas. On a également effectué des études d'immunofluorescence chez la mère de trois enfants malades d'ichtiose qui ne présentait aucun signe clinique d'affection cutanée; on a observé des dépôts discrets d'immunoglobulines dans le derme superficiel et dans la couche épineuse. Le sérum de la patiente met aussi en évidence le muscle lisse du follicule pileux.

Les données que nous avons obtenues par les études d'immunofluorescence effectuées dans le laboratoire conduit par le docteur Lenkey montre l'existence de la possibilité d'avoir dans l'ichtyose, concomitamment aux altérations protéiques épidermiques structurelles, des altérations structurelles du collagène. Il est possible qu'il apparaisse, au cours de l'évolution de l'affection, un mécanisme pathogénique de type immun. La présence des modifications d'immunofluorescence cutanée chez la mère (saine du point de vue clinique) de trois enfants affectés, soulève la suspicion de la transmission héréditaire non seulement de l'anomalie génétique mais aussi du défaut immun, même quand la maladie n'est pas présente cliniquement.

Après traitement la fluorescence persiste très faiblement au niveau de la couche épineuse dans un seul cas; dans deux cas persistent des dépôts linéaires dans le derme superficiel. Les deux cas d'érythrodermie ichtyosiforme n'ont pas été étudiés après traitement.

Nos résultats montrent que le traitement Kozac a des effets cliniques favorables dans le processus de résolution des lésions. La méthodologie de la thérapeutique Kozac ouvre des perspectives nouvelles dans l'étude de la pathogénie de la maladie respective.

Tableau 1

No.	Inni- tiales	Age	Diagnostique	Maladies associées	Traitements antérieures	Traitement Kozak - jours -
1	I.T.	5	Ichtyoza vulgaire	Dismorfisme	-	16
2	I.V.	6	"	"	vit. A	16
3.	I.G.	2	"	Eczema aftopique	-	16
4.	B.R.	10	"	-	-	50
5.	P.M.	11	"	Bradipsychie	vit. A	65
6.	L.A.	27	"	Atopie	vit. A	90
7.	L.I.	37	"	Atopie	vit. A	80
8.	P.D.	8	Ichtyoza, lamellaire	-	vit. A	80
9.	I.G.	9	"	Ectopie testiculaire	-	60
10.	B.S.	8	"	"	vit. A	40
11.	S.B.	10	"	Astm bronchique	vit. A.	40
12.	V.G.	16	"	Dismorfisme	vit. A.	24
13.	C.G.	27	"	-	vit. A.	60
14.	P.M.	8	Erythrodermie ichtyosforme	-	vit. A.	90
15.	V.M.	16	"	Bradipsyshie	vit. A.	90
16.	S.D.	10	"	Palatoschysis coaxalgie	vit. A	90

Tableau 2

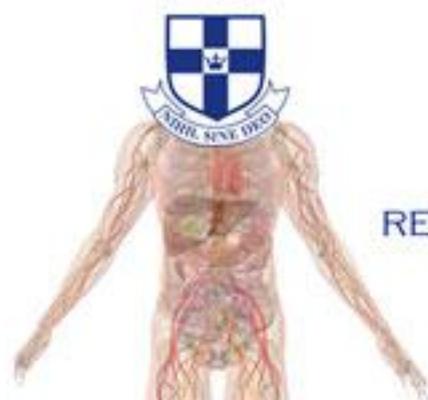
AVANT TRAITEMENT			APRES TRAITEMENT KOZAC		
LESION CLINIQUE	No.	%	LESION CLINIQUE	No.	%
Peau					
sèche	16	100	rugosité jambe	4	25
rugueuse	12	75			
parcheminé	4	25			
plissé	16	100	cou	3	18
Squame					
épaisse	16	100	dessin leucoméla-		
adhérente	16	100	nodermique réduit		
sèche	16	100	sur les membres	16	100
écailleuse	5	31			
nigricans	3	18	desquamation		
lamelleuse	7	43	furfuracée	6	37
Cheveux					
secs	11	62	secs	3	18
rarefiés	2	12			
Hypérkeratose palmoplantaire	9	56	épaississement	9	56
Hyperkératosis follicularis	4	25	réduite	4	25

Les aspects cliniques avant et après le traitement Kozac dans l'ichtyose.

Tableau 3

LES DETAILS HISTOLOGIQUES AVANT ET APRES LE TRAITEMENT KOZAK  
DANS L'ICHTYOSE

AVANT TRAITEMENT			APRES TRAITEMENT		
Lesions histologiques	No.	%	Lesions histologiques	No.	%
<b>Couche cornée</b>					
hyperkératose	16	100	très réduite	9	56
bouchons corrés	16	100	réduite	16	100
<b>Couche granuleuse</b>					
amincie	12	75			
inégale	4	33	inégale	6	47
<b>Couche épineuse</b>					
amincie	2	13			
spongieuse	4	33	-	-	-
acanthosique	4	33			
<b>Derme</b>					
infiltrat inflammatoire de type chronique	12	75	réduit	6	47



**CLINICA DR. KOZAK**  
RECONSTITUIM SANATATEA  
DIN INTERIORUL DVS..

## **CONTACT**

**Clinica Bucuresti**

**Str. Plantelor Nr.52A, Sector 2  
Bucuresti**

**Telefon (+4) 021 320 3002**

**Urgente (+4) 0740 093 333**

**Email: [contact@kozak-dermato.ro](mailto:contact@kozak-dermato.ro)**

**WEB: [www.kozak-dermato.ro](http://www.kozak-dermato.ro)**