

* médecin généraliste
5640 Mettet

Un nodule inflammatoire puis nécrotique

par le Dr Thierry Van der Schueren* et le Dr Guillaume Mathot**

Madame J. âgée de 40 ans, consulte pour une rougeur cutanée de la face latérale du cou. Cette rougeur se présente sous l'aspect d'un nodule douloureux et induré entouré d'un halo inflammatoire.

L'examen clinique ne révèle pas de foyer infectieux à proximité. L'aspect initial est pourtant bien celui d'une adénite. Une antibiothérapie empirique à base d'amoxicilline est prescrite en association avec de l'ibuprofène. Cinq jours plus

tard, la patiente se représente à la consultation car l'évolution est défavorable. La lésion prend un aspect nécrotique inquiétant.

*Quelle est votre hypothèse diagnostique ?
Quelle attitude adopter ?*



RÉPONSE

L'aspect et surtout l'évolution péjorative de cette lésion doit faire suspecter une **papulose lymphomatoïde**.

Cette affection dermatologique peut apparaître sous forme d'une papule ou d'un nodule rouge-brun, au niveau du tronc ou des membres et évolue toujours vers la nécrose puis la guérison. Le stade nécrotique revêt un aspect croûteux qui en guérissant laisse, à chaque fois, une cicatrice. La récurrence est systématique mais peut survenir parfois plusieurs mois après les épisodes précédents. Hommes et femmes peuvent être touchés à n'importe quel âge, avec toutefois un pic d'incidence à la quarantaine. Le diagnostic de certitude nécessite une biopsie cutanée. En effet, l'histologie de la papulose lymphomatoïde est caractéristique avec un infiltrat de grandes cellules atypiques d'aspect malin (lymphocytes T helper activé).

Cette affection, bien que bénigne, peut évoluer vers le mycosis fungoïde ou le lymphome Hodgkinien (min 20 % des cas). De ce fait, une surveillance à long terme des patients atteints est indispensable.

Malgré l'existence de plusieurs modalités thérapeutiques, la prise en charge de la papulose lymphomatoïde ne connaît pas de traitement spécifique. En effet, aucune médication n'octroie la possibilité d'une rémission totale de la maladie, ni même une protection contre les cicatrices résiduelles.

Le méthotrexate, première de ces modalités, sera généralement réservé aux affections accompagnées de manifestations extra-cutanées. Ses importants effets secondaires (pulmonaires et hépatiques notamment) ne justifient pas son utilisation dans le cadre de nodules cutanés bien localisés.

Il en va de même du recours à la radiothérapie dont les indications préférentielles concernent les atteintes cutanées peu nombreuses et sans rémission spontanée ou encore, les lymphomes cutanés primaires (Primary cutaneous CD30+ large T-cell lymphoma).

La puvathérapie, quant à elle, n'intéresse habituellement que les cas de lésions superficielles et multiples.

Finalement, l'application locale de corticoïdes puissants (voire per os en cas de non réponse) dès l'apparition des premiers symptômes demeure une solution acceptable pour une pathologie relativement rare dont le suivi attentif assurera le meilleur des pronostics.

BIBLIOGRAPHIE

1. Duvivier A. Atlas de dermatologie clinique. 2^e Ed De Boeck Université 1996; 10.15-10.16.
2. Bekkenk M, et al. Primary and secondary cutaneous CD30 (+) lymphoproliferative disorders: a report from the Dutch Cutaneous Lymphoma Group on the long-term follow-up data of 219 patients and guidelines for diagnosis and treatment. Blood. 2000; 95 (12): 3653-61.

ABSTRACT

Case report of a young woman presenting an inflammatory nodule evolving to necrosis. The skin biopsy will confirm the diagnosis of a lymphomatoid papulosis that can transform into lymphoma.

Keywords: nodule, lymphomatoid papulosis.

RÉSUMÉ

Résumé: histoire clinique d'une jeune femme présentant un nodule inflammatoire d'évolution nécrotique. La biopsie cutanée confirmera une papulose lymphomatoïde, pouvant évoluer vers le lymphome.

Mots clefs: nodule, papulose lymphomatoïde.