

Une éruption qui semble très confidentielle

par les D^{rs} Pierre FRANCES*, Quoc-Tuan NGUYEN**, Carla BERNAL**, André DE BRITTO XAVIER*** et Claire Aimée RINUY****



* Médecin généraliste
F - 66650 Banyuls-sur-Mer
frances.pierre66650@gmail.com

** Externes
F - 34000 Montpellier

*** Interne en médecine générale
F - 75000 Paris

**** Interne en médecine générale
F - 34000 Montpellier

Les auteurs déclarent ne pas présenter de liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique ou de dispositifs médicaux en ce qui concerne cet article.

Je fais la connaissance de Marguerite, 68 ans, qui consulte à la demande de son époux. Ce dernier a remarqué un mois auparavant des plaques circulaires très discrètement érythémateuses au niveau des 2 cuisses.

La patiente a d'abord pris un antihistaminique qui n'a pas permis de faire disparaître les lésions. En conséquence, le mari de Marguerite, très inquiet, nous l'a adressée car il pensait à une pathologie maligne cutanée.

En y regardant de plus près, nous remarquons des lésions arrondies maculeuses, lésions qui se révèlent tout à fait asymptomatiques.

Nous avons alors effectué une biopsie afin de déterminer le diagnostic de cette dermatose.

Quel est votre diagnostic ?

Quel traitement allez-vous administrer à cette patiente ?



ABSTRACT

History of a woman with an asymptomatic erythematous macular eruption of her two thighs.

Keywords: Jessner Kanof syndrom, lymphocytic infiltration of the skin, lupus erythematosus timidus.

RÉSUMÉ

Histoire d'une femme avec une éruption érythémateuse et maculeuse asymptomatique de ses deux cuisses.

Mots-clés: Syndrome de Jessner Kanof, infiltration lymphocytaire de la peau, Lupus érythémateux timidus.



Réponse

En reprenant l'observation, nous voyons que la patiente présente des lésions circonférentielles maculeuses au niveau des cuisses.

Ces formations peuvent faire penser à une réaction cutanée allergique. Cependant, le fait qu'elles persistent au-delà de quelques semaines et qu'elles ne soient pas prurigineuses, est un élément qui doit nous conduire à infirmer ce diagnostic.



On pourrait penser dans ce cas à une pathologie auto-immune de type lupus discoïde qui a une présentation assez superposable à notre situation clinique (photo).

En fait, compte tenu du caractère assez infiltrant des lésions observées, il est important d'effectuer une biopsie car on doit penser avant tout à un cas d'hématodermie (lésion cutanée secondaire à un envahissement de la peau par des cellules hématopoïétiques malignes).

Cet examen nous a permis de poser le diagnostic de **syndrome de Jessner et Kanof**. Cette pathologie est rarement décrite (son incidence n'est par ailleurs pas déterminée de manière précise) et est tout à fait bénigne. Elle a été décrite pour la première fois en 1953 par deux dermatologues (Jessner et Kanof) et est souvent assimilée à un pseudo-lymphome cutané. Cette dermatose est secondaire à une infiltration lymphocytaire (lymphocytes T). Le plus souvent, elle est observée chez les adultes jeunes (les enfants peuvent être atteints mais plus rarement). Les femmes sont concernées à égale proportion que les hommes.

L'origine de cette dermatose n'est pas clairement établie. Cependant, suivant les spécialistes, plusieurs étiologies peuvent être retenues :

- le rôle de certaines infections bactériennes (*Borrelia Burgdorferi* notamment) dans la genèse de cette dermatose ;
- la responsabilité de certaines thérapeutiques (cas du ramipril, de la duloxétine ou des biothérapies) inductrices de cette pathologie ;
- le lupus érythémateux tumidus.

Cliniquement, on met en évidence des macules érythémateuses (plus ou moins sombres), devenant progressivement maculo-papuleuses avec des bords bien limités. Ces formations multiples (on observe des lésions uniques que dans 25% des cas) ont des tailles qui varient entre 2 mm et 2 cm. Elles sont le plus souvent annulaires et leur centre est souvent indemne de toute modification du revêtement cutané (aspect arciforme). Le patient est le plus souvent asymptomatique. Cependant, dans certains cas, il peut se plaindre d'un prurit ou d'une sensation de brûlure cutanée, manifestations qui peuvent se péjorer lors d'une photoexposition. Les lésions sont le plus souvent observées au niveau du visage, du cou, du thorax, des mains et des bras et au niveau de la partie moyenne du dos. Elles évoluent par poussées et peuvent disparaître sans laisser de cicatrices.

Le diagnostic est établi suite à la réalisation de biopsies cutanées qui mettent en évidence un manchon lymphocytaire périvasculaire au niveau du derme, qu'il soit superficiel ou profond. Au niveau de l'épiderme, il est possible d'objectiver la présence d'une nécrose kératinocytaire basale.

En ce qui concerne la **prise en charge**, aucune thérapeutique ne permet une guérison de cette dermatose. Cependant, il est possible de réduire la taille des lésions cutanées en ayant recours aux antipaludéens de synthèse (ils ont la préférence des dermatologues européens), à la thalidomide, aux corticoïdes, au méthotrexate, aux tétracyclines, ou encore à la dapsone. Dans de nombreux cas, les patients ne sont pas traités du fait de l'innocuité de cette dermatose et des éventuels effets secondaires des traitements. Il est important de noter que certaines personnes souhaitent, à des fins esthétiques, recourir au laser, à la thérapie photodynamique ou à la cryothérapie. On recommandera finalement une protection solaire à titre préventif.

Bibliographie

1. Saurat JH, Lipsker D, Thomas L, Borradori L, Lachapelle JM. Dermatoses par infiltrats cellulaires lympho-mono-myélocyaires. Chapitre 11. Dans : Dermatologie et infections sexuellement transmissibles. Ed Elsevier-Masson 2017.
2. Pereira A, Ferrara G, Calamaro P, Cota C, et al. The Histopathological Spectrum of Pseudolymphomatous Infiltrates in Cutaneous Lupus Erythematosus. American Journal of Dermatopathology 2018; 40 (4): 247-253.
3. Rémy-Leroux V, Léonard F, Lambert D, et al. Comparison of histopathologic-clinical characteristics of Jessner's lymphocytic infiltration of the skin and lupus erythematosus tumidus: Multicenter study of 46 cases. Journal of the American Academy of Dermatology 2008, 58 (2): 217-223.