



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



CAS POUR DIAGNOSTIC

Éruption estivale récidivante

Recurrent summer rash

R. Tomb*, B. Soutou

Hôtel-Dieu de France, B.P. 16-6830 Achrafieh, Beyrouth, Liban

Reçu le 29 juin 2007 ; accepté le 13 mars 2008

Disponible sur Internet le 23 mai 2008

Une femme de 75 ans, d'origine méditerranéenne, consultait pour des lésions papuleuses non prurigineuses survenant depuis des années, par poussées, à chaque début d'été et disparaissant spontanément en début d'hiver.

On ne notait aucune prise médicamenteuse dans ses antécédents. À l'examen, les papules, de couleur violacée, étaient tantôt kératosiques, tantôt infiltrées et siégeaient sur le décolleté de la poitrine, les faces d'extension des avant-bras et des jambes et le dos des mains (Fig. 1 et 2).



Figure 1.



Figure 2.

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : rtomb@usj.edu.lb (R. Tomb).

Hypothèses du comité de rédaction :

- lichen actinique ;
- lucite polymorphe ;
- lupus.

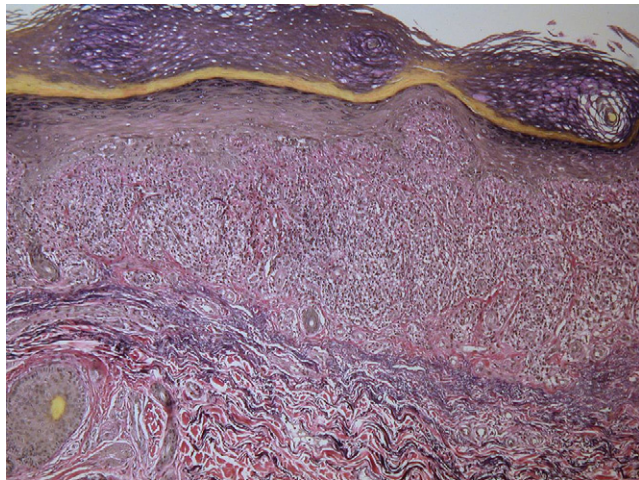


Figure 3. Vue d'ensemble d'une lésion papuleuse.

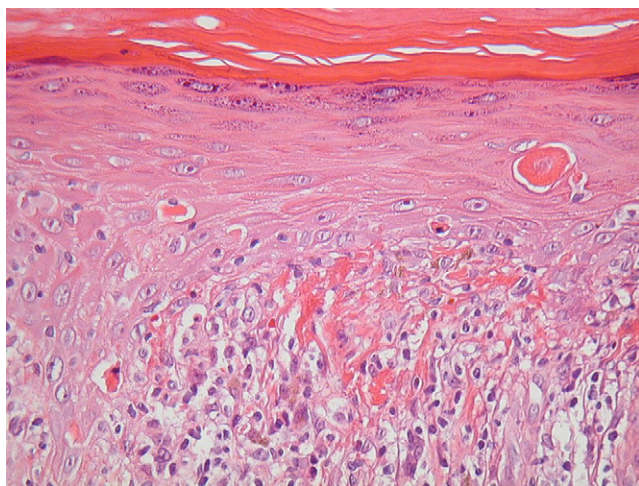


Figure 4. Examen histologique au fort grossissement.

Commentaires

L'aspect lichénien des papules, leur localisation aux zones photo-exposées et la récurrence rythmée par la saison d'été

évoquaient un lichen actinique. Cette hypothèse diagnostique était confirmée par l'examen histologique qui montrait une dermatose lichénoïde d'interface avec des kératinocytes nécrotiques de la couche basale et une élastose dermique importante (Fig. 3 et 4).

L'absence d'atteinte faciale, de prurit et d'œdème du derme papillaire allait contre le diagnostic de lucite polymorphe. Les stigmates histologiques du lupus érythémateux chronique (bouchons cornés des orifices folliculaires et infiltrat annexiel) manquaient également. L'absence de prise médicamenteuse écartait l'éventualité d'une toxidermie lichénoïde.

Au Proche-Orient, le lichen actinique représente 14 à 40 % des formes de lichen plan [1]. Cette photodermatose atteint surtout les adultes jeunes, de phototype foncé. Quatre formes cliniques sont répertoriées [2,3] notamment :

- les plaques annulaires hyperpigmentées acrales ;
- les macules hyperpigmentées et symétriques de l'extrémité céphalique mimant un mélasma ;
- les papules dyschromiques de la nuque ;
- les papules lichénieuses violacées des zones photo-exposées.

Plusieurs critères différencient cette entité du lichen idiopathique, notamment la photodistribution, l'atteinte des faces d'extension des membres, la survenue en période ensoleillée et l'absence d'atteinte muqueuse, de prurit ou de phénomène de Koebner [2]. Bien que des cas de rémission spontanée aient été observés, parfois grâce à une photoprotection externe efficace, certains traitements ont été utilisés avec succès, dont l'hydroxychloroquine, les corticoïdes intralésionnels et l'acitrétine [2,4,5].

Références

- [1] Salman SM, Kibbi AG, Zaynoun S. Actinic lichen planus. A clinicopathologic study of 16 patients. *J Am Acad Dermatol* 1989;20:226–31.
- [2] Meads SB, Kunishige J, Ramos-Caro FA, Hassanein AM. Lichen planus actinicus. *Cutis* 2003;72:377–81.
- [3] Bouassida S, Boudaya S, Turki H, Gueriani H, Zahaf A. Lichen plan actinique: 32 cas. *Ann Dermatol Venereol* 1998;125:408–13.
- [4] van der Schroeff JG, Schothorst AA, Kanaar P. Induction of actinic lichen planus with artificial UV sources. *Arch Dermatol* 1983;119:498–500.
- [5] Jansen T, Gambichler T, von Kobyletzki L, Altemeyer P. Lichen planus actinicus treated with acitretin and topical corticosteroids. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002;16:174–5.