

QUEL EST VOTRE DIAGNOSTIC ?

ERUPTION LICHENOÏDE DU TRONC ET DES MEMBRES

WHAT IS YOUR DIAGNOSIS ?

LICHENOID ERUPTION OF THE TRUNK AND THE MEMBERS

A. DAMMAK, T.J. MEZIOU, H. ELJED, T. ZAZ, H. TURKI, A. ZAHAF

Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Hédi Chaker Sfax. Tunisie

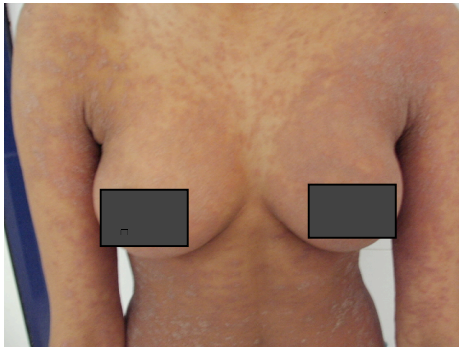
Correspondance :

Dr Meziou Taha Jalel
Service de Dermatologie-Vénérologie, CHU Hédi Chaker Sfax, Tunisie
Tél/Fax : 00216 74 242 627
E-mail : meziou_tn@yahoo.fr

OBSERVATION

Une jeune fille âgée de 17 ans, sans antécédents particuliers, présentait depuis 7 jours une éruption lichénoïde prurigineuse généralisée. L'examen général trouvait une patiente apyrétique en bon état général.

L'examen cutané notait des lésions érythémato-papuleuses confluentes en larges plaques à surface finement squameuse siégeant au niveau du tronc et des racines des membres (fig 1 & 2). Le bilan biologique était normal.



Figures 1 & 2 : éruption érythémato-squameuse psoriasiforme du tronc et des bras

Quel est votre diagnostic ?

Hypothèses diagnostiques évoquées

- ✓ Psoriasis érythrodermique.
- ✓ Toxidermie médicamenteuse à type d'érythrodermie.
- ✓ Pityriasis rosé de Gibert.

COMMENTAIRES

L'interrogatoire de la patiente ne révélait pas une prise médicamenteuse antérieure. Cliniquement, l'aspect ovalaire et orienté obliquement des lésions érythémato-squameuses du dos sans retentissement sur l'état général et la topographie au niveau du tronc et des racines des membres, évoquent le diagnostic de **pityriasis rosé de Gibert** (PRG). Notre patiente a présenté une forme papuleuse et prurigineuse de PRG avec un mode de début atypique ne comportant pas un médaillon initial. Elle a été traitée par des émoullissants et des anti-histaminiques. L'évolution était marquée par la résolution des lésions au bout de deux semaines.

Le PRG est une affection bénigne et relativement fréquente. Son étiologie est infectieuse, probablement due aux herpès virus 6 ou 7, aux mycoplasmes ou au picovirus [1, 2, 3]. Il atteint préférentiellement le sujet jeune sans prédominance du sexe [1]. Typiquement, deux types de lésions sont souvent présentes : un médaillon initial, généralement isolé pendant une à deux semaines de 1 à 3 cm de diamètre, arrondi ou ovalaire, de couleur rosé avec des squames fines et une bordure légèrement relevée et plus sombre, est suivi d'une efflorescence de lésions maculeuses pâles, rosées irrégulières comparables de plus petite taille [3, 4]. Celles-ci sont typiquement ovalaires et orientées dans le dos selon l'axe des côtes "en sapin de Noël". Le PRG est généralement non prurigineux, mais le prurit peut exister et être important [3, 4].

Plusieurs formes cliniques atypiques ont été individualisées, en particulier, les formes papuleuses, vésiculeuses, purpuriques, dyshidrosiques bulleuses, inversées et localisées [3]. L'aspect ovalaire et orienté obliquement des lésions du dos est un signe précieux pour le diagnostic positif.

Aucun examen complémentaire n'est indispensable. L'histologie, si elle est réalisée, permet d'éliminer d'autres diagnostics différentiels, en montrant au niveau de l'épiderme une spongiose focale associée à une hyperkératose parakératosique. Le derme est le siège d'un infiltrat lympho-histiocytaire périvasculaire [3].

L'évolution est généralement marquée par une résolution spontanée en 4 à 8 semaines. Le traitement est symptomatique, basé sur des émoullissants. Dans les formes prurigineuses, les anti-histaminiques et les dermocorticoïdes sont utiles. En cas de prurit majeur, la photothérapie UVB TL01 est souvent efficace [3]. Des essais thérapeutiques à base d'érythromycine per os ont montré un raccourcissement du délai de guérison du PRG [5, 6]. Ceci est en faveur d'une étiologie infectieuse notamment bactérienne.

Le PRG est une dermatose bénigne et fréquente, de diagnostic anamnestique et clinique, souvent facile. Cependant, certaines formes atypiques comme le cas de notre patiente peuvent poser une difficulté diagnostique. Dans ce cas, l'examen clinique et le profil évolutif permettent d'évoquer le diagnostic.

REFERENCES

1. Drago F, Malaguti F, Ranieri E et al. Human herpes virus-like particles in pityriasis rosea lesions : an electron microscopy study. *J Cutan Pathol* 2002 ; 29 : 359-61.
2. Watanabe T, Kawamura T, Eyes S et al. Pityriasis rosea (PR) is associated with reactivation of both human herpesvirus (HHV-7 and -6 in blood. *J Invest Dermatol* 2000 ; 114 : 784.
3. Gonzalez LM, Allen R, Janniger CK, Schwartz RA. Pityriasis rosea : An important papulosquamous disorder. *Int J Dermatol* 2005 ; 44 : 757-64
4. Chuh AAT. Diagnostic criteria for pityriasis rosea : a prospective case control study for assessment of validity . *J Europ Acad Dermatol Venereol* 2003 ; 17 : 97-116
5. Sharma PK, Yadav TP, Gautam RK et al. Erythromycin in pityriasis rosea : a double-blind, placebo-controlled clinical trial. *J Am Acad Dermatol* 2000 ; 42 : 241-4.
6. Miranda SB, Lupi O, Lucas E. Vesicular pityriasis rosea: response to erythromycin treatment. *J Europ Acad Dermatol Venereol* 2004 ; 18 : 622-25