Revues générales

Une dermatite prurigineuse thoracique et abdominale curieuse

RÉSUMÉ : En periode pré-estivale, des lésions cutanées, même si elles ne siègent pas au niveau des régions naturellement découvertes, peuvent évoquer des piqûres ou des morsures d'insectes. Chez les individus en âge de développer une leucémie lymphoïde chronique (LLC), de telles lésions doivent faire penser à une pseudo-réaction à piqûre d'insecte. Dans le cas présenté ci-dessous, les symptômes étaient en faveur d'une telle réaction. L'éruption, principalement dorsale, est survenue après plusieurs années d'évolution d'une LLC asymptomatique et indolente, n'ayant nécessité jusqu'alors aucun traitement. Cette pseudo-réaction à piqûre/morsure d'insecte a simplement nécessité un traitement local par des corticoïdes forts, à l'exclusion de toute corticothérapie par voie générale. Elle a disparu au bout de 6 mois. Le taux des lymphocites est resté au niveau des valeurs observées avant la survenue de l'éruption, sans anémie ni thrombopénie significatives.

G. DUTAU
Allergologue, pneumologue, pédiatre.

En periode pré-estivale, plusieurs lésions cutanées, même si elles siègent ailleurs que sur les membres supérieurs ou inférieurs, peuvent faire penser à des piqûres de moustiques, de plus en plus abondants et précocement aggressifs. L'actualité peut aussi faire évoquer des punaises de lit lorsque le *propositus* a dormi deux nuits hors de chez lui, dans un hôtel. Il faut aussi penser aux araignées de maison qui peuvent nous mordre, surtout si l'une d'entre elles a élu domicile dans nos draps.

Les araignées communes ne piquent pas, mais mordent avec leurs crochets pour se défendre. Ces morsures prennent l'aspect d'une boursouflure rouge, prurigineuse, avec deux petites lésions rouges au milieu de la lésion, stigmates de leurs crochets. Mais ces lésions ne sont pas aussi nombreuses que celles que nous allons décrire ! Enfin, nous n'oublierons pas l'importance de l'anamnèse recueillie par le médecin ou indiquée par le patient.

Observation

1. Anamnèse globale

Monsieur F, âgé de 74 ans, consulte son dermatologue pour de mutiples lésions prurigineuses de siège surtout thoraciques, présentes au niveau du dos, peu nombreuses sur l'abdomen, épargnant les membres supérieurs et inférieurs. Certaines d'entre elles, dans la région dorsale basse, sont un peu indurées. Les antécédents du patient sont multiples :
– cardiopathie ischémique avec dyslipidémie familiale ayant nécessité la pose de trois stents, mais bien équilibrée par Rosuvastatine (20 mg) et Ézétimibe (10 mg) avec normalisation du bilan lipidique depuis de nombreuses années ;
– hémipancréatectomie gauche avec conservation de la rate pour un kyste volumineux, se révélant être une tumeur intracanalaire papillaire et mucineuse du pancréas (TIPMP) ;
– histologie négative de ce kyste adhérent au mésentère dont l'exérèse a nécessité une résection mésentérique partielle ;

Revues générales

– épanchement au niveau de la tranche de section pancréatique nécessitant la pose d'un drain transgastrique et une antibiothérapie IV par Tazocilline. Guérison.

2. Aspect des lésions et consultation n° 1

En période pré-estivale, le patient développe plusieurs lésions cutanées sur la paroi thoracique, majoritairement au niveau du dos et des lombes (***fig. 1 et 2***), mais quelques lésions sont présentes sur la face antérieure du thorax et de l'abdomen (***fig. 3 et 4***). Certaines de ces lésions de dermatite sont prurigineuses et affectent un aspect hémorragique. La plupart des lésions sont de type desquamatif, furfuracé. Le premier dermatologue consulté considère que "*ces lésions n'ont pas de spécificité*" et prescrit un traitement par corticoïdes topiques forts (Clobétasol).

Fig. 1 : Papules fermes et violacées du dos et du thorax depuis 3 semaines, prurigineuses, résistantes au dermocorticoïdes forts (coll. Guy Dutau©).

Fig. 3 : Papules surélevées et rouges, prurigineuses, sur la face antérieure du thorax (coll. Guy Dutau ©).

3. Aspect des lésions et consultation n° 2

1 semaine plus tard, les lésions persistent, inchangées, malgré la corticothérapie locale. Une nouvelle lésion est apparue sur l'abdomen. Mais le patient avait oublié de signaler au premier examinateur un antécédent important ! En effet, il présente depuis 4 ans une leucémie lymphoïde chronique, indolente, cliniquement asymptomatique, sans adénopathies dans les diverses aires ganglionnaires. L'exploration hématologique permet de prédire que cette affection ne devrait pas avoir une évolution extensive. De fait, les hémogrammes successifs effectués au cours des 4 dernières années montrent un taux de lymphocytes situé en permanence entre 7,34 et 11,17 g/L avec présence de petits lymphocytes monomorphes matures et d'ombres nucléaires, le reste de la formule-numération sanguine étant normal.

Fig. 2 : Détail des lésions du dos : papules érythémato-squameuses (coll. Guy Dutau©).

Fig. 4 : Deux papules rouges au niveau de l'abdomen d'aspect hémorragique ; cicatrice de laparotome (coll. Guy Dutau ©).

Le second dermatogue consulté évoque alors une hématodermie et effectue une biopsie d'un élément dorsal induré.

● **Biopsie d'une lésion du dos.** Papules fermes et violacées du dos et du thorax depuis 3 semaines, résistantes aux dermocorticoïdes forts : hématodermie ou lymphome ?

● **Résultats.** Sur la biopsie cutanée examinée, on observe un épiderme légèrement acanthosique, hyperkératosique et parakératosique. La basale est discrètement vacuolisée. Le derme sous-jacent est le siège d'un abondant infiltrat inflammatoire lympho-histiocytaire en bande sous-épidermique ainsi qu'en amas périvasculaire dermique superficiel et moyen. De rares éosinophiles sont notés. Il n'y a pas d'image d'épidermotropisme[1]. **L'étude immunohistochimique** sur coupe en paraffine montre que les infiltrats sont composés de lymphocytes B CD20+ associés à de plus nombreux T CD3+ CD5+ CD2+ CD7+. Ces T sont panachés CD4+/CD8+. Pas de cellule CD30+. Hybridation *in situ* : absence de détection de virus EBV par sondes EBER (témoin externe positif).

● **Conclusion.** Absence d'argument pour un lymphome B et T cutané. Pas d'argument pour une localisation de la LLC connue. On pourrait évoquer une pseudo-réaction à piqûre d'insecte dans le cadre de la LLC.

Commentaires

Le diagnostic est donc celui de "*like-bite dermatitis*", une dermatite ressemblant à une piqûre/morsure d'insectes qui survient surtout chez les patients atteints de LLC, mais pas uniquement.

[1] L'épidermotropisme décrit la propagation de cellules d'origine lymphocytaire, épithéliale mélanocytaire, neuroendocrinienne, histiocytaire ou musculaire dans l'épiderme à partir d'une pathologie cutanée ou sous-cutanée sous-jacente, qui peut être cutanée, primitive ou métastatique. (Académie de Médecine) https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=épidermotropisme.

En 1965, Weed *et al.* [1] ont décrit cette entité pour la première fois en pensant qu'il s'agissait d'une réaction exagérée aux piqûres de moustiques : cela n'était pas le cas chez notre patient.

Autour des années 2000, plusieurs auteurs ont montré que les piqûres d'insectes, en particulier de moustiques, ne constituaient pas la cause de ces lésions, et qu'elles étaient intrinsèquement associées, non seulement à d'autres hémopathies comme les leucémies myéloïdes, mais aussi à divers cancers [2-4]. De l'anglais "*Insect-bite-like reaction*", le terme de pseudo-piqûres d'insectes ou pseudo-réaction à piqûres d'insectes (PRPI) fut alors unanimement proposé.

En 2001, Byrd *et al.* (2) ont retenu quatre critères pour authentifier cette dermatose éosinophilique associée aux hémopathies (DEAH) que l'on peut aussi se permettre d'appeler *like bite dermatitis* (LBD) ou *insect like bite reaction* (ILBR) en l'honneur des auteurs anglo-saxons qui, les premiers, l'ont dénommée ainsi. Plus prosaïqement, en français, le terme de pseudo-réaction à piqûre d'insectes (PRPI) est aussi tout à fait adapté.

Les critères proposés par Byrd *et al.* [2] sont les suivants :
– papules ou nodules prurigineux associés ou non à une éruption vésiculo-bulleuse ;
– infiltrat lympho-histiocytaire dermique superficiel et profond riche en éosinophiles ;
– exclusion des autres causes d'infiltration éosinophilique du derme (principalement les toxidermes et les affections bulleuses auto-immunes) ;
– présence d'une hémopathie précédant ou suivant l'éruption [4].

En 2012, Bairey *et al.* [5] ont publié les résultats d'une grande série de 48 cas de réactions semblables à une piqûre d'insecte chez des patients atteints de LLC. Dans cette étude rétrospective, la cohorte était composée de 48 personnes (25 hommes, 23 femmes) ayant un âge moyen de 64,8 ans (extrêmes 33-89 ans) au moment de l'éruption cutanée.

Le délai moyen entre le diagnostic de LLC et l'apparition des lésions cutanées était de 3,1 ans (extrêmes 4 à 14 ans) [5].

L'éruption n'était pas liée à l'activité de la maladie ou à l'évolution de la LLC [5].

Elle précédait le diagnostic de LLC chez dix patients (de 0 à 4 ans) et suivi le diagnostic chez 36 autres patients. Parmi ces derniers, l'éruption était survenue pendant le traitement de la LLC (onze patients) et après le traitement de celle-ci (neuf patients) [5].

La durée moyenne des lésions cutanées était de 21,5 mois (extrêmes 0,3-132) [5].

L'éruption se manifestait généralement en été, bien qu'elle puisse aussi se produire à d'autres moments de l'année [5].

Elle touchait principalement les membres supérieurs et inférieurs, même si elle apparaissait aussi dans des zones non exposées [5].

Le traitement comprenait des pommades locales, des antihistaminiques, des stéroïdes oraux, des antibiotiques, une photothérapie et de la dapsone[2] avec des réponses variables [5].

Les réactions ressemblant à des piqûres d'insectes sont une réaction cutanée relativement courante et possiblement inquiétante chez les patients atteints de LLC. Elles peuvent être liées à une dérégulation immunitaire qui accompagne la LLC et exacerbées par des facteurs externes, notamment les piqûres d'insectes, la chimio-immunothérapie et les infections pyogènes [5].

En 2010, Chassine *et al.* [4] avaient publié des constatations similaires dans une série de six cas où trois patients avaient une LLC, deux un lymphome en manteau et un autre un lymphome de type MALT (*Mucosal Associated Lymphoit*

POINTS FORTS

- Une dermatite ressemblant à une piqûre/morsure d'insecte ou pseudo-réaction à piqûres d'insectes (PRPI) peut se développer chez les patients atteints de LLC de leucémies myéloïdes ou d'autres formes de cancers.
- Autour des années 2000, plusieurs auteurs ont montré que les piqûres d'insectes, en particulier de moustiques, n'étaient pas en cause au cours de la PRPI.
- Ces réactions surviennent, non seulement au cours de LLC, mais aussi dans le cadre d'autres hémopathies (leucémies myéloïdes) et aussi de divers cancers.
- L'éruption survient classiquement au cours de l'évolution de la LLC, mais peut aussi la révéler.
- Le traitement est basé sur l'application de corticoïdes forts sur les lésions cutanées et, aussi, sur une corticothérapie par voie orale.
- Lorsque la LLC est évolutive, nécessitant des traitements spécifiques, diverses options thérapeutiques ont été décrites comme, en particulier, le tacrolimus ou la puvathérapie.

[2] Dérivé sulfoné actif vis-à-vis des infections à bacille de Hansen. Il présente une marge de sécurité satisfaisante. Il agit sur les fonctions des polynucléaires neutrophiles en inhibant les fonctions cytotoxiques des polynucléaires et l'activité des lysosomes.

Revues générales

Tissue). Lorsque la LLC est évolutive, nécessitant des traitements spécifiques, diverses options thérapeutiques ont été décrites comme, en particulier, le tacrolimus ou la PUVAthérapie.

Conclusion

Dans le cas présenté ci-dessus, les symptômes étaient en faveur d'une pseudo-réaction à piqûre d'insecte. L'éruption, principalement dorsale est survenue après plusieurs années d'évolution d'une LLC asymptomatique et indolente n'ayant nécessité aucun traitement jusqu'alors. Cette pseudo-réaction à piqûre/morsure d'insecte a simplement nécessité un traitement local par des corticoïdes forts, à l'exclusion de toute corticothérapie par voie générale. Elle a disparu au bout de 6 mois. Le taux des lymphocytes est resté au niveau des valeurs observées avant la survenue de l'éruption, sans anémie ni thrombopénie significatives.

BIBLIOGRAPHIE

1. Weed RI. Exaggerated delayed hypersensitivity to mosquito bites in chronic lymphycytic leukemia. *Blood*, 1965; 26:257-268.
2. Barzilai A, Shapiro D, Glodberg I *et al.* Insect bite-like reaction inpatients with hematologic malignant neoplasms. *Arch Dermatol*, 1999;135:1503-1507.
3. Byrd JA, Scherschun L, Chaffins ML *et al.* Eosinopilic dermatosis of myeloproliferative disease: characterization of unique eruption in patients with hematologic disorders. *Arch Dermatol*, 2001;137:1378-1380.
4. Chassine AF, Dadban A, Charfi S *et al.* Dermatose éosinophilique associée aux hémopathies: étude clinique, histopathologique et immunohistochimique de six cas. *Ann Dermatol Vénéréol*, 2010;137:181-188.
5. Bairey O, Goldschmidt N, Ruchlemer R *et al.* Insect-bite-like reaction in patients with chronic lymphocytic leukemia: a study from the Israeli Chronic Lymphocytic Leukemia Study Group. *Eur J Haematol*, 2012;89: 491-496.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.