



Sarcoïdose cutanée et dermatite atopique : koebnerisation ou association fortuite ?

A propos d'un cas

Cutaneous sarcoidosis and atopic dermatitis: koebnerization or fortuitous association?

A case report

Keïta K¹, Cissé L², Guindo B², Keïta M³, Faye O²

1. Service de Médecine Interne/CHU du Point G, Mali

2. Service de Dermatologie/ Centre National d'Appui aux Maladies (CNAM), Mali

3. Service d'Anatomopathologie/CHU du Point G, Mali

Auteur correspondant : Keïta Kaly

Résumé

Introduction : L'association entre la sarcoïdose et l'atopie est connue mais très peu décrite dans la littérature. A notre connaissance, aucun cas de sarcoïdose cutanée associée à la dermatite atopique n'a été rapporté au Mali. Nous en rapportons une observation de sarcoïdose cutanée associée à une dermatite atopique chez une femme de 55 ans.

Observation : Patiente de 55 ans, d'origine malienne, femme au foyer, ayant un antécédent familial d'atopie (père asthmatique) était admise en juin 2017 dans le service de dermatologie du centre national d'appui aux maladies (CNAM) pour éruption cutanée diffuse et prurit évoluant par poussée depuis 5 ans. Le diagnostic de la sarcoïdose cutanée dans notre observation était retenu devant les lésions papulo-nodulaires et les placards érythémateux ; et la mise en évidence d'un granulome épithélio-gigantocellulaire sans nécrose caséuse. Le diagnostic de dermatite atopique était retenu devant le syndrome d'eczéma diffus, d'évolution chronique par poussée, à début tardif, avec une notion familiale d'atopie et sur le critère diagnostique de Hanifin et Rajka. Le traitement à base de clomed crème (miconazole 2% + clobetasol 0,5%), d'hydroxyzine comprimé de 25 mg, de betaméthasone forme retard de 7 mg injectable était institué en attendant le résultat de la biopsie cutanée. L'évolution à deux mois, des lésions vésiculeuses étaient disparues, alors que les lésions papulo-nodulaires et les placards érythémateux étaient stationnaires.

Conclusion : Il ressort de ce travail que la sarcoïdose cutanée pourrait survenir sur une dermatite atopique via le phénomène de Koebner. La biopsie cutanée est indispensable devant toutes lésions papulo-nodulaires et des placards érythémateux survenue surtout sur dermatite atopique afin d'éliminer une sarcoïdose cutanée

Mots-Clés : Sarcoïdose cutanée, Dermatite atopique, Phénomène de Koebner, Mali.

Summary

Introduction: The association between sarcoidosis and atopic diseases is known but rarely described in medical literature. To our knowledge, no case of cutaneous sarcoidosis associated with atopic dermatitis has been reported in Mali. We report a clinical case of cutaneous sarcoidosis associated with an atopic dermatitis occurred on a 55 years old woman.

Observation: In June 2017, a 55 years old woman from Mali, was admitted in the National Support Center for Disease (DNSCD) dermatology department. She presented with for diffuse cutaneous eruption and pruritus evolving by successive relapses for 5 years. The diagnosis of cutaneous sarcoidosis in our observation was retained on the basis of clinical features (papulo-nodular lesions and erythematous placards) and on the histological argument (an epithelial gigantocellular granuloma without caseous necrosis). The diagnosis of atopic dermatitis was established on the basis of diffuse eczema syndrome with a family history of atopy and the criteria of Hanifin and Rajka. The treatment was prescribed as follow: Clomed cream (miconazole 2% + clobetasol 0.5%), hydroxyzine tablet 25 mg, and the betamethasone delayed form 7 mg injectable before the results of the cutaneous biopsy. After a two months evolution, it has been noted a disappearance of the vesicular lesions, whereas the papulo-nodular lesions and the erythematous placards persisted.

Conclusion: This observation shows that the cutaneous sarcoidosis could occur on atopic dermatitis via the Koebner's phenomenon. The cutaneous biopsy is indispensable in front of all papulo-nodular lesions and erythematous placards especially occurring on atopic dermatitis in order to rule out a cutaneous sarcoidosis.

Keywords: Cutaneous Sarcoidosis, Atopic dermatitis, Koebner's phenomenon, Mali.

Introduction

La sarcoïdose est une maladie granulomateuse systémique de cause inconnue, caractérisée par la formation de granulomes immunitaires dans les organes atteints, le poumon et le système lymphatique étant les sites les plus fréquents de la maladie [1, 2, 3]. Toutefois, les manifestations cutanées occupent une place privilégiée. Elles peuvent être l'unique expression clinique de la maladie. Dans la revue de la littérature, elles font l'objet de plusieurs publications [4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11]. En effet, son association avec la dermatite atopique est fortuite et très peu décrite dans la littérature. Nous en rapportons une observation chez une femme de 55 ans.

Observation

Patiente de 55 ans, d'origine malienne, femme au foyer, a été admise en juin 2017 dans le service de dermatologie du Centre National d'Appui aux Maladies (CNAM) pour éruption cutanée diffuse et prurit. Dans ses antécédents, on note une notion d'atopie familiale. La symptomatologie inaugurale était marquée par l'installation d'éruptions cutanées prurigineuses à type de petits boutons de taille variable contenant de sérosité claire disséminées au visage, au cou, au tronc et la racine des membres inférieurs évoluant par poussées depuis 5 ans. Ce tableau clinique s'est aggravé il y a 12 mois, par une extension des

lésions aux plis de flexion (coudes, aisselles, inguinaux). A cela, s'y ajoute une dyspnée d'effort d'installation progressive classée stade I de NYHA sans notion de toux ni de douleur thoracique.

L'examen physique initial trouvait un bon état général, une pigmentation péri-orbitaire, des croutes sur les lèvres, éclaircissement des sourcils latéraux et un double pli sous palpébral.

La malade pesait 69 kg pour 165 cm soit un Indice de Masse Corporelle (IMC) à 20,90 kg/m², sa température était égale à 37,2°C, sa pression artérielle était normale à 130/90 mm Hg. L'examen cutanéomuqueux mettait en évidence une xérose cutanée squameuse, une plaque de lichénification au niveau des plis (coude, aisselles et inguinaux), des lésions érythémato-vésiculeuses disséminées au visage, au tronc et à la racine des membres inférieurs. Aussi, on notait des lésions papulo-nodulaires de taille variable, de consistance ferme avec une surface lisse, disséminées au tronc et aux plis (coude, aisselles et inguinaux). Il s'y associe de vastes placards érythémateux à bordure bien limitée, de tailles et de formes variables, à surface lisse siégeant au niveau de la région scapulaire et claviculaire (Figure 1). Les muqueuses buccales, nasales, génitales et les phanères étaient sans particularités.



Figure 1 : image montrant le placard érythémateux à centre déprimé au niveau de la région scapulaire.

L'examen de l'appareil pleuropulmonaire était sans anomalie. Par ailleurs, une micro adénopathie axillaire droit, infra centimétrique d'allure non inflammatoire et une splénomégalie stade 2 de Hackett ont été objectivées.

L'examen des autres appareils étaient normaux.

L'intradermoréaction à la tuberculine était négative

Au plan biologique, l'hémogramme révélait une anémie à 10,1 g/dl normochrome (TCMH à 28 pg), normocytaire (VGM à 85 fl), arégénérative (Taux de réticulocyte à 90000 /mm³) et une lymphopénie à 775 élément/mm³. La C-réactive protéine (CRP) et la vitesse de sédimentation (VS) étaient normales. L'électrophorèse des protéines sériques montrait une hypergammaglobulinémie polyclonale. Aussi, une élévation modérée de la calcémie a été notée. Le dosage de l'enzyme de

conversion a été demandé mais non réalisé pour des raisons financières.

La radiographie du thorax ne mettait en évidence aucune anomalie médiastino-pulmonaire. L'examen histologique des pièces de biopsies cutanées objectivait un granulome épithélio-gigantocellulaire sans nécrose caséuse (Figure 2).

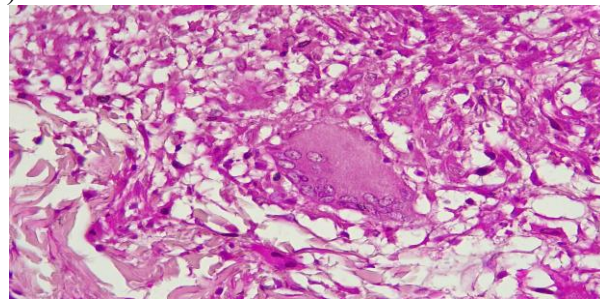


Figure 2: Sarcoïdose cutanée. Microphotographie, fort grossissement. Bamako, 2017.



La mise en culture du granulome à la recherche de divers agents microbiologiques était constamment stérile. Ainsi, nous avons retenu le diagnostic de sarcoïdose cutanée devant un faisceau d'arguments clinique (les lésions cutanées papulo-nodulaires et placards érythémateux évocateurs, anergie tuberculique), biologique (hypercalcémie modérée, hypergammaglobulinémie) et histologique (un granulome épithélio-gigantocellulaire sans nécrose caséeuse). La manifestation systémique de la sarcoïdose a été évoquée devant la dyspnée d'effort classée stade I de NYHA, l'adénopathie axillaire droite et la splénomégalie stade 2 de Hackett. La durée de suivi court et le manque de moyens financiers n'ont pas permis d'étayer les autres localisations de la sarcoïdose. L'absence des arguments en faveur de la tuberculose et l'aspect histologique d'un granulome épithélio-gigantocellulaire sans nécrose caséeuse, confortait ce diagnostic. La tuberculose constitue son principal diagnostic différentiel en milieu tropical. Le diagnostic de dermatite atopique était retenu devant le syndrome d'eczéma diffus, d'évolution chronique par poussée, à début tardif, avec une notion familiale d'atopie et sur le critère diagnostique de Hanifin et Rajka dont notre patiente présentait quatre critères majeurs (prurit, lichénification des plis, notion familiale d'atopie, dermatose chronique et récidivante) et quatre critères mineurs (xérose, double pli sous palpébral, pigmentation péri-orbitaire, chéilite). L'hypothèse d'un lichen plan, évoqué devant les lésions papuleuses de couleur violine et à surface lisse et brillante a été écartée devant le résultat de la biopsie cutanée objectivant un granulome sarcoïdosique. Devant le prurit généralisé, la gale a été évoquée. La recherche de sarcopte n'a pas été réalisée. La gale est l'un des principaux diagnostics différentiels de l'eczéma. La présence d'un syndrome d'eczéma avec le critère diagnostique de dermatite atopique suffisant, cette hypothèse a été récusée. Le traitement institué associait clomed crème (miconazole 2% + clobetasol 0,5%) en application locale biquotidienne, hydroxyzine

comprimé de 25 mg (2 comprimé à avaler le soir), Betaméthasone forme retard 7 mg injectable (1 ampoule en intramusculaire). L'évolution à deux mois, a été marquée par la régression complète des lésions vésiculeuses, alors que les lésions papulo-nodulaires et les placards érythémateux étaient stationnaires. Après ses deux mois de suivi, la patiente fut perdue de vue.

Discussions

La sarcoïdose est une affection considérée, à tort ou à raison, comme rare chez le noir, avec un important polymorphisme clinique. En milieu tropical, la confusion avec la tuberculose, contribue au retard et aux difficultés diagnostiques. Les différentes localisations de la maladie rendent compte des multiples formes cliniques aux appellations diverses. La fréquence de la sarcoïdose cutanée est diversement appréciée dans le monde [4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11]. L'âge moyen de survenue de la sarcoïdose cutanée varie de 40 à 54,3 ans selon certaines études [7, 5, 6, 4, 8, 9, 10]. La prédominance féminine a été retrouvée par la plupart des auteurs [4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11]. Les lésions cutanées spécifiques sont très polymorphes dans leur présentation clinique. Il peut s'agir de papules, de plaques et de nodules, souvent rouge-rosé ou livides, de taille variable, apparaissant typiquement jaunâtres à la vitro pression. [12, 4, 5, 6, 7, 8]. Chez notre patiente, elles étaient dominées par les lésions papulo-nodulaires, les placards érythémateux et le syndrome d'eczéma. Un prélèvement biopsique sur les lésions nodulaires a été effectué pour examen anatomopathologique. La prévalence de la dermatite atopique variait de 2,1% à 7,2% selon les études [13, 14, 11]. Pefura et al en 2017, notait une prédominance féminine avec un âge médian (intervalle interquartile) de 54 ans (24–51 ans) dans étude sur la dermite atopique chez les adultes [13]. Le cas présent est décrit chez une femme de 55 ans, ayant un antécédent familial d'asthme, avec un délai de consultation de 12 mois pour épisode actuel et un âge de début des symptômes



de 5 ans. Certaines dermatoses, comme le psoriasis, ont tendance à se produire sur des zones de peau traumatisée, le long d'une strie ou grattage ou bien d'une cicatrice d'appendicite. Ce phénomène est appelé phénomène de Koebner. Il a été décrit par Heinrich Koebner en 1876 à propos du psoriasis [15, 16]. La sarcoïdose et l'eczéma se trouvent sur la liste des dermatoses rapportées avec une réaction sur cicatrice d'après Weiss et al. [17]. L'association entre la sarcoïdose et l'atopie ont été rapportée par certains auteurs [18, 19]. La survenue de la sarcoïdose cutanée sur des lésions cicatricielles ou dermatoses préexistantes ont été abordée par plusieurs auteurs [20, 21, 22, 23, 24, 25]. Dans notre observation, la survenue des lésions papulo-nodulaires et des placards (dont leur biopsie révélait un granulome sarcoïdosique) sur une dermatite atopique à quatre ans d'évolution, nous permettait de discuter plutôt le phénomène de Koebner que d'une association fortuite. La dermatite atopique est une dermatose inflammatoire chronique et prurigineuse. Les grattages chroniques liés au prurit, entraîneraient des microtraumatismes cutanés, qui pourraient jouer un rôle dans la physiopathogénie de cette modification (phénomène de Koebner). A court terme, cette corticothérapie entreprise par voie locale et parentérale n'a pas permis une rémission des lésions sarcoïdosique excepté le prurit et les lésions vésiculeuses. Selon l'état clinique du patient, le traitement de la sarcoïdose cutanée fait appel aux anti-inflammatoires stéroïdiens, aux antipaludéens de synthèses, et aux immunosuppresseurs et l'infliximab si manifestations systémiques associées ou contre-indications médicamenteuses [26]. Dans la série de Jmour et al. portant sur 75 cas de sarcoïdose cutanée, l'utilisation des dermocorticoïdes, l'allopurinol, les antipaludéens de synthèse et la corticothérapie générale en cas d'atteinte systémique sévère avaient permis d'obtenir une amélioration partielle [5]. Après deux mois de suivi, la patiente était définitivement perdue de vue.

Conclusion

Il ressort de ce travail que la sarcoïdose cutanée pourrait survenir sur une dermatite atopique. D'autres études seront nécessaires pour affiner cette hypothèse. La biopsie cutanée est indispensable devant toutes lésions papulo-nodulaires et des placards érythémateux survenue surtout sur dermatite atopique afin d'éliminer une sarcoïdose cutanée.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. Newman LS, Rose CS et al. Sarcoidosis. *N Engl J Med*, 1997, 336:1224-1234.
2. Siltzbach LE, James DG et al. Course and prognosis of sarcoidosis around the world. *Am J Med*, 1974, 57: 847-852.
3. Valeyre D, Prasse A, Nunes H et al. Sarcoidosis. *Lancet*, 2014, 383: 1155-1167.
4. Moudatir M, Benzakour M, Echchilali K, Alaoui FZ, ELKabli H. Sarcoïdose cutanée: à propos de 30 cas. *Rev Med Int* 2015 ; 36 (supplément 1) : 85 – 86.
5. Jmour Y, Jones M, Litaïem N, Nadia E, Zéglouï F. La sarcoïdose cutanée en Tunisie : à propos d'une série hospitalière de 75 cas. *Rev Med Int* 2017 ; 38 (supplément 1) : 186 – 187.
6. Ben Yahia W, Aounallah A, Boussafara L, Belajouza W, Denguezli M, Ghariani N, Nouira R. Sarcoidose cutanée: à propos d'une série hospitalière de 22 cas. *Rev Med int* 2015; 36 (supplément 1): 85.
7. Niang SO, Dieng MT, Kane A, Diop SN, N'Diaye B. Sarcoidosis in Dakar. *Dakar Med* 2007; 57 (3): 216 – 22.
8. Ungprasert P, Wetter DA, Crowson CS, Matteson EC. Epidemiology of cutaneous sarcoidosis, 1976 – 2013: a population based study from Olmstry country,



- Minnesota. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2016; 30 (10): 1799 – 1804.
9. Mahajan VK, Sharma NL, Sharma RC, Sharma VC. Cutaneous sarcoidosis: Clinical profile of 23 Indian patients. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2007; 73:16-21.
 10. Wu MC, Lee JY. Cutaneous sarcoidosis in southern Taiwan: clinicopathologic study of a series with high proportions of lesions confined to the face and angiolupoid variant. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013; 27(4): 499-505.
 11. Ncoza C, Dlova, Avumile Mankahla, Nomandla Madala, Anneke Grobler, Joyce Tsoka-Gwegweni, and Richard J. Hift. The spectrum of skin diseases in a black population in Durban, KwaZulu-Natal, South Africa. *International Journal of Dermatology* 2015; 54, 279–285.
 12. Sepehri M, Hutton Carlsen K, Serup J. Papulo-Nodular Reactions in Black Tattoos as Markers of Sarcoidosis: Study of 92 Tattoo Reactions from a Hospital Material. *Dermatology* 2016; 232(6): 679-686.
 13. Pefura-Yone EW, Dikko Sonkoue L, Balkissou AD, Djenabou A. Prévalence et déterminants de la dermatite atopique chez les adultes en population générale dans un pays d'Afrique sub-saharienne. *Revue Française Allergologie* 2017; 57 (3): 240-241.
 14. Richard MA, Corgibe F, Dupin N, Beylot-Barry M, Chaussade V, Abadie S, Sei J-F, Taieb C, Joly P, Ezzedine K. Prévalence des comorbidités au cours du psoriasis et de la dermatite atopique. Analyse à partir de l'étude Objectifs Peau. *Ann Dermatol venerol* 2017 ; 144 (12) : S55.
 15. Köbner H. Zur Aetiologie der Psoriasis, *Vjschr Dermatol*, 1876 : 559.
 16. Collège National des Enseignants de Dermatologie. *Sémiologie dermatologique* [internet]. Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_1/site/html/2_3.html. (Consulté en décembre 2018).
 17. Weiss G, Shemer A, Trau H. The Koebner phenomenon: review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002; 16: 241-8.
 18. Hajdarbegovic E, Kamphuis L, van Laar J, van Hagen M, Nijsten T, Thio B. Prevalence of atopic diseases in patients with sarcoidosis. *Allergy Asthma Proc*. 2014; 35(4): 57-61.
 19. Kokturk N, Han ER, Turktas H. Atopic status in patients with sarcoidosis. *Allergy Asthma Proc*. 2005; 26(2): 121-4.
 20. Dahmani B, Zehar Y, Boudghene Stambouli O, Aghli A. Une folliculite en touffe révélant une sarcoïdose cutanée. *Ann Dermatol venerol*. 2016 ; 143 (4) : S68.
 21. Kluger N. Sarcoïdose sur cicatrice. *Image en dermatologie*. 2009 ; 3 (2) : 56 – 59.
 22. Vincent M, Chemarin C, Peyrol C, Thivolet F, Champagnon B. Application cutanée de talc et sarcoïdose : A propos de deux cas. *Rev Maladies Respiratoires*. 2004 ; 21 (4) : 811 – 814.
 23. Alabi GO, George AO. Cutaneous sarcoidosis and tribal scarifications in west Africa. *Int J Dermatol*. 1989; 28 (1): 29 – 31.
 24. Corbaux C, Courville P, Joly P. Un maquillage semi-permanent des sourcils révélant une sarcoïdose systémique. *Ann Dermatol venerol*. 2016, 143 (12) : S277.
 25. Usmani N, Akhtar S, Long E, Phipps A, Walton S. A case of sarcoidosis occurring within an extensive burns scar. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2007;60(11):1256-9.
 26. Londner C, Zendah I, Freynet O, Carton Z, Dion G, Nunes H, Valeyre D. Traitement de la sarcoïdose. *Rev Med Int* 2011; 32 (2): 109 – 113.