

UN CAS DE DERMATITE DE CONTACT LYMPHOMATOÏDE GÉNÉRALISÉE SECONDAIRE À UNE TEINTURE CAPILLAIRE

1^{er} Auteur : Hela, BACCAR, Interne, Dermatologie, Hôpital La Rabta, Tunis, TUNISIE

- Mariam, TABKA, Assistante, Dermatologie, Hôpital La Rabta, Tunis, TUNISIE
- Arij, LISSIR, Interne, Dermatologie, Hôpital La Rabta, Tunis, TUNISIE
- Asmahene, SOUISSI, Professeure agrégée, Dermatologie, Hôpital La Rabta, Tunis, TUNISIE
- Mourad, MOKNI, Professeur, Dermatologie, Hôpital La Rabta, Tunis, TUNISIE

INTRODUCTION

La dermatite de contact lymphomatoïde est une variante rare de la dermatite de contact allergique (DCA) qui peut imiter le lymphome T cutané à un stade précoce par ses manifestations cliniques et histopathologiques atypiques. De nombreux haptènes différents ont été signalés comme étant associés à cette réaction. Nous rapportons le cas d'une forme généralisée chez une patiente de 19 ans secondaire à l'application d'une teinture capillaire.

OBSERVATION

- Patiente âgée de 19 ans.
- Sans antécédents pathologiques notables.
- Motif : éruption prurigineuse depuis 02 semaines.
- Interrogatoire : notion d'application d'une teinture capillaire précédant l'éruption.
- Examen clinique : des plaques érythémateuses, infiltrées, à surface squameuse au niveau de la lisière frontale (Figure 1) et des plaques érythémato-pigmentées, infiltrées, finement squameuses, ovalaires, d'aspect digitiforme par endroit, au niveau du tronc (Figure 2) et des membres supérieurs. Le reste de l'examen clinique était sans particularités.
- Bilan biologique : une hyperéosinophilie à 930/mm³.
- Histologie cutanée : épiderme acanthosique, derme siège d'un abondant infiltrat lymphoïde organisé en nappes avec renforcement périvasculaire et épidermotropisme.
- Etude immunohistochimique : infiltrat polyclonal exprimant le CD3, CD20, CD4 et CD8. Ce profil était compatible avec un pseudo-lymphome cutané.
- Devant l'aspect clinique, les résultats de l'histologie et de l'immunohistochimie, le diagnostic de dermatite de contact lymphomatoïde a été évoqué.
- Traitement : corticothérapie générale 0,5mg/kg/j et dermocorticoïdes avec amélioration partielle.
- Patch-tests avec la batterie standard européenne faits : réaction positive à une croix au textile dye mix.



Figure 1 : Plaque érythémateuse, infiltrée, à surface squameuse au niveau de la lisière frontale du cuir chevelu.



Figure 2 : Plaques érythémateuses, d'aspect digitiforme au niveau du décolleté.

DISCUSSION

La dermatite de contact lymphomatoïde est une variante de dermatite de contact allergique caractérisée à l'histologie par un infiltrat dermique mononucléé dense avec plus ou moins un épidermotropisme, faisant évoquer un véritable lymphome cutané. L'étiopathogénie n'est pas bien établie, mais une stimulation inflammatoire chronique impliquant des cellules lymphoïdes est suspectée. Dans la littérature, cette réaction a été rapportée avec différents haptènes tels que la paraphénylèndiamine, le nickel et les colorants textiles comme dans notre cas. Les signes cliniques et histologiques peuvent imiter un pseudo-lymphome et un mycosis fongoïde au stade précoce. Le diagnostic positif repose sur l'anamnèse approfondie, l'examen clinique, l'histopathologie ainsi que l'immunohistochimie et les études de clonalité. Les tests épicutanés aident à identifier l'agent causal. Le traitement repose sur l'éviction de l'allergène et la corticothérapie.

CONCLUSION

La dermatite de contact lymphomatoïde reste une forme rare de DCA. Les tests épicutanés, biopsies cutanées et études moléculaires aident au diagnostic positif.

Conflits d'intérêts : aucun.