

Lichen plan annulaire atrophique : Série de 4

Ben djemaa R, Service de Dermatologie, CHU Hedi Chaker Sfax, Tunisie
Chaabouni R, Service de Dermatologie, CHU Hedi Chaker Sfax, Tunisie
Mseddi M, Service de Dermatologie, CHU Hedi Chaker Sfax, Tunisie
Hamammi F, Service de Dermatologie, CHU Hedi Chaker Sfax, Tunisie
Amouri M, Service de Dermatologie, CHU Hedi Chaker Sfax, Tunisie
Bahloul E, Service de Dermatologie, CHU Hedi Chaker Sfax, Tunisie
Turki H, Service de Dermatologie, CHU Hedi Chaker Sfax, Tunisie

Introduction : Le lichen plan annulaire atrophique (LPAA) est une variante rare de lichen plan (LP) caractérisée par une perte de fibres élastiques dans le derme papillaire au centre des lésions actives.

Observations :
N =4 patientes , sans ATCD
Age : entre 31 et 60 ans (âge moyen : 48,5 ans).
100% femmes.
Prurit: 2 cas
Début: 3 mois (2cas), 1 an (1 cas) et 5 ans (1cas).
Clinique : une (3 cas) ou plusieurs plaques (1 cas) de morphologie annulaire avec un centre hyperpigmenté atrophique et une bordure surélevée papuleuse violacée.
Taille : de 1,2 à 5 cm (toutes les lésions pas uniquement les uniques).
Localisation : Membres supérieurs et inférieurs (1cas), aile du nez (1cas), poignet (1cas), et région épigastrique (1cas).
Pas d’atteinte des muqueuses buccales, vulvaires, du cuir chevelu ou des ongles.
La biopsie chez toutes les patientes : histopathologie classique du lichen plan à la périphérie de la lésion, tandis qu'au centre, l'épiderme était atrophique et aminci, avec une perte des crêtes épidermiques.
Des mélanophages dans le derme papillaire (2 cas).
L’infiltrat était lympho-plasmocytaire (4cas).
Traitement : dermocorticoïdes.
Evolution : Amélioration partielle dans (2 cas) avec persistance de cicatrices hyperpigmentées (1cas), stationnaire dans 2 cas.



Figure 1 : Plaque annulaire pigmentée à bordure papuleuse et squameuse

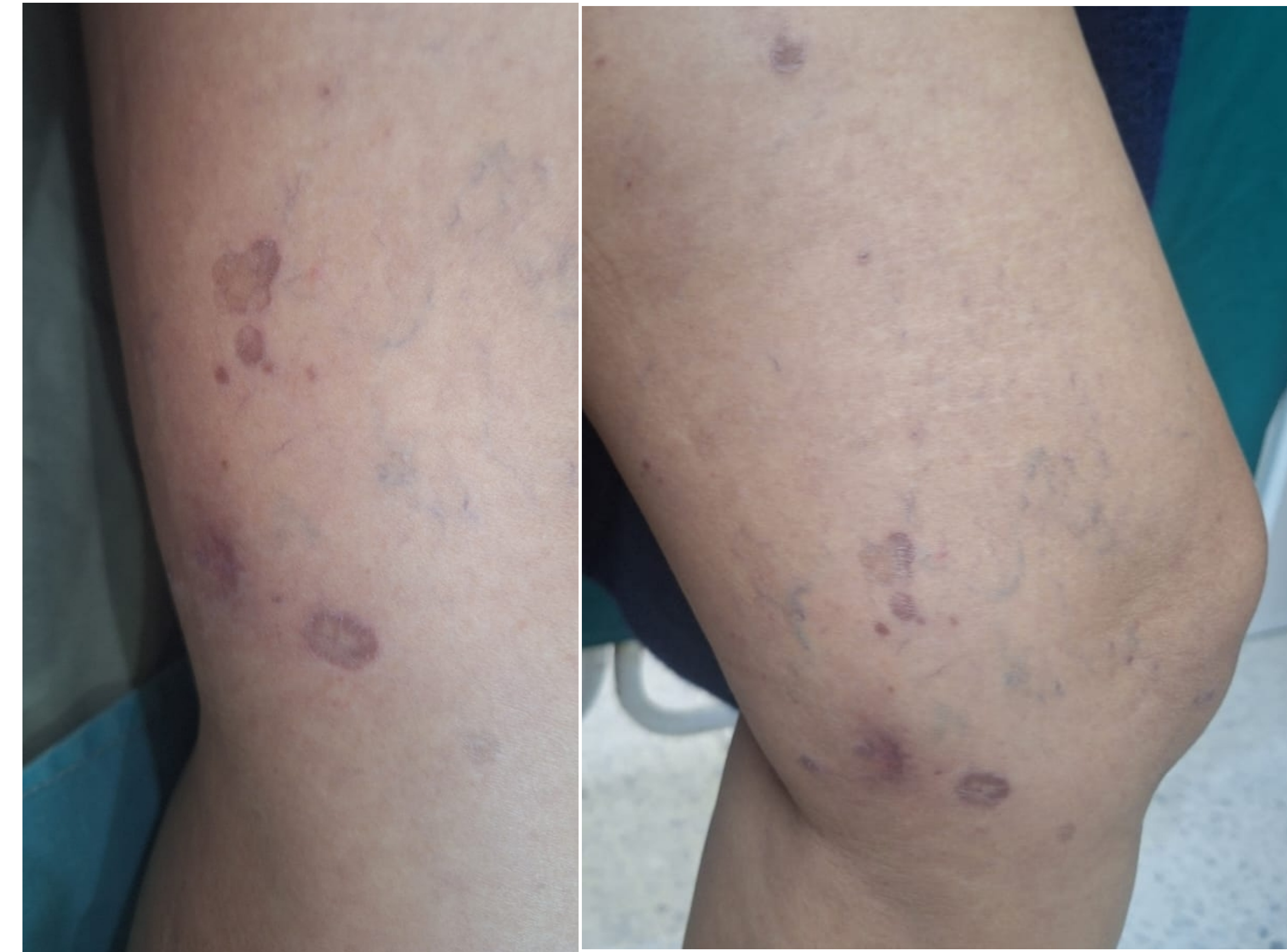


Figure 2 : Plaques bruns violacées atrophiques au centre, annulaires à bordure bien définie infiltrée sur les membres



Figure 3 : Plaques violacées à centre atrophique, annulaires à bordure bien définie infiltrée du tronc

Discussion :
LPAA est la forme clinique la plus rare du LP → Caractéristiques cliniques des variantes annulaire et atrophique.
++ adultes / **Sex ratio** =1 .
Clinique : des papules et des plaques violacées, annulaires à centre atrophique hyperpigmenté à extension centrifuge progressive et des bords papuleux.
Localisation : ++ sur le tronc et les extrémités.
La configuration annulaire et atrophique des lésions est due à l'activité élastolytique des cellules inflammatoires, avec la formation de foyers de cutis laxa acquise localisée.
Histologie : tous les signes typiques du LP sont observés sur les bords des lésions. Tandis que le centre atrophique montre un épiderme aminci, avec un aplatissement des crêtes épidermiques et une diminution des fibres élastiques dans le derme papillaire.
Traitements de première ligne : Dermocorticoïde, calcipotriol, inhibiteurs de la calcineurine et photothérapie.
Echec de traitement topique → les traitements systémiques de première intention : l'acitrétine, l'isotrétinoïne, le méthotrexate, les corticoïdes systémiques, l'hydroxychloroquine et la dapsone.
Mauvaise réponse au traitement.
Le début précoce du traitement et l’association de différents moyens thérapeutiques → améliorer les résultats (association de l’acitrétine et de l’hydroxychloroquine).

Conclusion : À travers ces observations, nous rappelons les caractéristiques cliniques du LPAA. Cette entité est caractérisée par une mauvaise réponse au traitement dans la plupart des cas; cependant, un traitement précoce peut offrir des résultats adéquats.