

L'histoire d'une cellulite à éosinophiles bulleuse:

Meriam LAMKAISSI , Malek BEN SLIMANE ,Arij SOLI , Wiem HELALI , kahena JABER ,Mohamed abderraouf DHAOUI

Service de dermatologie , hôpital militaire , Tunis

Introduction :

Le syndrome de Wells (SW), ou cellulite à éosinophiles, est une dermatose inflammatoire rare caractérisée par des plaques érythémateuses, prurigineuses et récurrentes, accompagnées d'un infiltrat éosinophilique marqué.

Nous rapportons le cas d'une patiente présentant une forme bulleuse de SW mimant une granulomatose éosinophilique avec polyangéite (EGPA)

Observation :

Une femme âgée de 37 ans

Antécédents : - Suivie pour asthme ,

- Opérée pour une polypose nasale dans le cadre d'un syndrome de Widal

- Une sarcoïdose pulmonaire stade I,

Le motif: consulte pour une plaque érythémato-bulleuse unilatérale aiguë de l'avant-bras droit non prurigineuse .

L'examen dermatologique :

- Un placard érythémateux, œdémateux, bien limité, surmonté de bulles, avec une extension annulaire centrifuge au niveau de l'avant bras droit

- Des papules érythémateuses infiltrées au niveau du cuir chevelu occipital

-Pas d' atteinte des muqueuses .

Les explorations biologiques :

-Incluant la recherche d'ANCA, étaient négatives.

La biopsie cutanée :

-Un infiltrat dermique riche en éosinophiles sans vasculite confirmant le diagnostic de SW.

-Aucun facteur déclenchant n'a été identifié.

Traitement :

- Corticothérapie générale à la dose de 35 mg/j pendant 5 jours, associée à des dermocorticoïdes et de l'azithromycine 500 mg (1 comprimé par jour pendant 3 jours).

Evolution :

- Une nette amélioration clinique a été marquée avec disparition de l'érythème centrifuge et de l'œdème, et l'apparition d'une plaque hyperpigmentée sclérodermiforme.

Discussion :

- Le SW est une entité rare pouvant mimer d'autres pathologies éosinophiliques, comme l'EGPA.
- Le **diagnostic** repose sur l'association de critères cliniques et histologiques, notamment un infiltrat éosinophilique dense et des images de nécrose en « flammèche » **sans vascularite**.
- Le diagnostic différentiel avec l'**EGPA (syndrome de Churg-Strauss)** est essentiel.
 - L'EGPA est une vascularite systémique caractérisée par une **triade clinique** associant **asthme sévère**, **hyperéosinophilie** et **atteinte multiviscérale** (notamment pulmonaire, neurologique, cardiaque et cutanée).
 - Contrairement au SW, l'EGPA présente souvent des **ANCA positifs** (dans 40 à 60 % des cas) et une **vascularite nécrosante** à l'histologie.
- Dans notre cas:
 1. l'absence d'ANCA
 2. l'aspect histologique typique du SW
 3. l'absence d'atteinte systémique
 Ont permis d'**écarter** le diagnostic d'EGPA.
- l'étiologie du SW reste mal comprise, des réactions d'hypersensibilité à des piqûres d'insectes, médicaments, infections ou vaccins sont évoquées.
- Les lésions régressent généralement sans séquelles en quelques semaines, mais des récives sont possibles



Image 1



Image 2

Image 1, 2 :

- Un placard érythémateux, œdémateux, bien limité, surmonté de bulles, avec une extension annulaire centrifuge au niveau de l'avant bras droit

Conclusion :

Le SW, bien que rare, doit être reconnu pour éviter des diagnostics différentiels complexes comme l'EGPA. Une prise en charge adaptée assure une évolution favorable, soulignant l'importance d'une approche clinico-histologique rigoureuse..