

Folliculite pustuleuse à éosinophile d'Ofuji: à propos d'un cas

1^{er} Auteur : Sofia, GHARBI, Interne, Dermatologie, Hôpital militaire de Tunis, Tunis, Tunisie

- Faten, RABHI, Assistante, Dermatologie, Hôpital militaire de Tunis, Tunis, Tunisie
- Malek, BEN SLIMANE, Assistante, Dermatologie, Hôpital militaire de Tunis, Tunis, Tunisie
- Arij, LISSIR, Interne, Dermatologie, Hôpital militaire de Tunis, Tunis, Tunisie
- Kahena, JABER, Professeure, Dermatologie, Hôpital militaire de Tunis, Tunis, Tunisie
- Mohamed Raouf, DHAOUI, Professeur, Dermatologie, Hôpital militaire de Tunis, Tunis, Tunisie

INTRODUCTION

La folliculite pustuleuse à éosinophiles (FPE) est une dermatose rare et chronique à polynucléaires éosinophiles (PNE). Elle se présente typiquement sous la forme de papulo-pustules folliculaires prurigineuses avec extension centrifuge siégeant préférentiellement au niveau des zones séborrhéiques. Le caractère aléatoire et transitoire de la FPE rend le traitement difficile.

Nous rapportons les aspects cliniques et dermoscopiques de la FPE chez une adulte traité par indométacine et tacrolimus.

OBSERVATION

- Homme, 38 ans, sans antécédents pathologiques notables
- Consulte pour des plaques érythémateuses et prurigineuses du visage évoluant depuis deux mois.
- Mis initialement sous dermocorticoïdes sans amélioration puis sous antifongiques et antibiotiques avec extension centrifuge des plaques.

Examen cutané:

- Deux plaques érythémateuses papulopustuleuses siégeant au niveau de la joue gauche et en supra sourcilier droit faisant respectivement 3 cm et 2,5 cm de grand axe (**Fig 1**).
- Absence d'autres lésions à distance.
- Absence d'atteinte muqueuse et de signes systémiques associés.

Dermoscopie: (Fig 2 et 3)

- Un fond rosé (flèche mauve),
- Des pustules (flèche bleue)
- Une hyperkératose folliculaire sous forme de points bruns clairs de taille et de distribution irrégulière entourés d'halos blanchâtres (flèche rouge)
- Des vaisseaux linéaires et en points (flèche blanche)

Histologie:

Infiltrat inflammatoire lympho-histiocytaire non diffus, à topographie nodulaire et à tropisme péri-annexiel riche en PNE. Le diagnostic de FPE a été retenu.

Biologie:

Absence d'hyper éosinophilie, Sérologie VIH négative. Dosage LDH et EPP normaux

Traitement:

- Indométacine: 50 mg/J avec une régression des plaques estimée à 50% après un mois de traitement.
- Une rémission complète a été observée après l'association du tacrolimus topique.



Fig 1: Une plaque érythémateuse papulo-pustuleuse en supra sourcilier droit



Fig 2 et 3: Aspects dermoscopiques de la FPE.

DISCUSSION

- La FPE, décrite pour la première fois au Japon par Ofuji en 1965, est une dermatose rare évoluant par poussées récidivantes.
- Bien que la FPE associée au VIH soit la variante la plus fréquente, notre patient avait une sérologie négative.
- Notre cas correspond à la variante classique de la maladie. Elle apparaît le plus souvent lors de la 3^{ème} décennie avec une nette prédominance masculine.
- Etiologie FPE: inconnue. Les facteurs les plus incriminés comprennent les réactions d'hypersensibilité, les infections fongiques, une fonction anormale des éosinophiles ou des lymphocytes et un dysfonctionnement immunitaire causé par le VIH.
- L'hyperéosinophilie sanguine est inconstante. Les caractéristiques dermoscopiques présentes chez notre patient sont en adéquation avec celles retrouvées dans la littérature bien que rarement décrites.
- Histologie: infiltrat dense péri-pilaire principalement constitué de PNE.
- Evolution: guérison spontanée laissant une hyperpigmentation cicatricielle.
- Traitement de la FPE: non codifié.
- Traitement de 1^{ère} intention: indométacine per os. La corticothérapie locale ou générale peut également être prescrite.
- Autres options thérapeutiques: inhibiteurs topiques de la calcineurine, l'isotrétinoïne systémique, la photothérapie, les cyclines, les rétinoïdes.
- Chez notre patient l'association d'indométacine et inhibiteur de la calcineurine ont permis d'obtenir une rémission complète

CONCLUSION

Le diagnostic repose sur l'histologie. D'autres études dermoscopiques sont nécessaires pour orienter le diagnostic vu les difficultés diagnostiques cliniques.

Nous soulignons également l'importance de considérer l'apparition de la FPE chez les patients immunocompétents et mettre l'accent sur la rareté de cette maladie qui pose un défi thérapeutique.

