

LE GRANULOME FACIAL DE LEVER: UN CHALLENGE DIAGNOSTIC ET THERAPEUTIQUE

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

Le granulome facial avec éosinophilie (GFE), appelé également granulome facial de Lever, est une dermatose inflammatoire bénigne d'étiologie inconnue, caractérisée par des papules, des nodules ou des plaques rouge-brun ou violacées, avec une accentuation folliculaire, le plus souvent sur le visage. Un traitement précoce est nécessaire en raison de l'impact esthétique significatif.

Nous rapportons le cas d'un granulome facial réfractaire traité par hydroxychloroquine (HCQ).

OBSERVATION

- Femme âgée de 45 ans
- Antécédents de psoriasis en plaques
- Consulte pour des lésions papulonodulaire du visage évoluant depuis un mois (**Fig1**).

Examen cutané:

- Des lésions papulo-nodulaires érythémateuses asymptomatiques confluentes en plaques sur le nez et les joues avec quelques croûtes et des squames jaunâtres.
- Un aspect lipoïde à la vitropression a été observé.

Il n'y avait pas de signes systémiques associés.

Histologie:

Vascularite leucocytoclasique dans le derme réticulaire et un infiltrat dermique polymorphe riche en polynucléaires éosinophiles. Le diagnostic de GFE a été retenu.

Traitement et évolution:

- Stéroïdes topiques, cryothérapie, méthotrexate à la dose de 15mg/semaine et doxycycline à la dose de 100mg/jour sans amélioration.
- Nous avons opté pour le HCQ dosé à 400mg/jour avec une rémission complète en deux mois.
- Une récurrence des lésions a été constatée après l'arrêt du traitement (**Fig2**).
- Nous avons décidé de reprendre le HCQ.
- Aucune récurrence n'a été observée sous traitement avec un suivi de huit mois (**Fig3**).



Fig 1: Des lésions papulo-nodulaires érythémateuses asymptomatiques confluentes en plaques sur le nez et les joues



Fig 2: Récidive des lésions papulo-nodulaires des joues à l'arrêt de l'HCQ



Fig 3 Disparition complète des lésions sous HCQ

DISCUSSION

- Le GFE survient principalement chez les hommes blancs d'âge moyen, contrairement à notre patiente. Il apparaît souvent sous forme d'une lésion unique, mais des lésions multiples sont possibles.
- Chez notre patiente, les diagnostics évoqués: la sarcoïdose, la leishmaniose cutanée, le lymphome et le pseudolymphome.
- Siège de prédilection: visage, mais une atteinte extra-faciale est possible.
- Le traitement: non codifié. À ce jour, aucune recommandation n'a été établie.
- Les modalités thérapeutiques sont multiples: les corticostéroïdes topiques, systémiques et intralésionnels, la cryothérapie, les lasers, la PUVA, la dapsons, les antipaludéens et l'excision chirurgicale.
- Une rémission complète sous HQC a été observée chez notre patiente suite à l'échec thérapeutique par le méthotrexate, la doxycycline, les dermocorticoïdes et la cryothérapie.
- Le HCQ, en inhibant l'IFN- γ , peut inhiber la réponse à médiation immunitaire qui se produit dans le GFE. Seuls trois cas publiés respectivement en 2008, 2016 et 2020 ont montré l'efficacité du HQC dans la GFE.

CONCLUSION

L'HCQ peut être considéré comme une alternative thérapeutique efficace et bien tolérée dans le traitement du GFE.

