

SCLERODERMIE LOCALISEE ET LASER EXCIMER: UNE NOUVELLE APPROCHE THERAPEUTIQUE

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

- Malek, BEN SLIMANE, Assistante, Dermatologie, Hôpital militaire de Tunis, Tunis, Tunisie
- Faten, RABHI, 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 sclérodermie localisée (SL) est une maladie auto-immune chronique du tissu conjonctif caractérisée par un état scléreux affectant la peau et les tissus sous-jacents sans atteinte viscérale.

Une prise en charge précoce est primordiale devant le retentissement fonctionnel et esthétique important occasionné. Plusieurs traitements ont été proposés avec souvent un résultat décevant.

- Nous rapportons deux cas atteints de SL ayant bénéficiés de séances de laser excimer (LEM).

OBSERVATION N1

- Patient âgé de 8 ans, sans antécédents
- Deux plaques scléreuses à centre blanc nacré et érythémato-violacée en périphérie siégeant au niveau de la face antérieure des cuisses faisant respectivement 15 cm et 2 cm de grand axe évoluant depuis 1 an (**Fig 1**).
- Le diagnostic de SL a été confirmé par l'histologie.
- Mis initialement sous dermocorticoïdes (DC)
- Devant l'extension des plaques: 8 séances de LEM associées à un inhibiteur de la calcineurine topique (ICT).
- Evolution: réduction de la taille et un assouplissement des plaques avec hyperpigmentation résiduelle (**Fig 2**).



Fig 1: Deux plaques scléreuses non atrophiques à centre blanc nacré de la cuisse droite avant traitement



Fig 2: Rémission complète après huit séances de LEM associées à un ICT.

OBSERVATION N2

- Patiente âgée de 53 ans, DT2 et dyslipidémie
- Placard pigmenté infiltré blanc nacré au centre de l'abdomen mesurant 4 cm évoluant depuis 1 mois (**Fig 3**).
- Le diagnostic de SL a été confirmé par l'histologie.
- Mise sous DC.
- Devant l'apparition d'une nouvelle plaque pigmentée scléreuse de la face interne de la cuisse: 8 séances de LEM
- Evolution: régression nette de la lésion avec hyperpigmentation post-inflammatoire (**Fig 4**).



Fig 3: Rémission partielle après 8 séances de LEM associées aux DC



Fig 4: Rémission complète de la SL après 16 séances de LEM associées aux DC.

DISCUSSION

- La SL est une dermatose inflammatoire **rare**.
- Touche: enfants de **2 à 14 ans** et les femmes de la **5^{ème} décennie** comme dans notre cas.
- La variante la plus fréquente de la SL chez **l'adulte** est la **forme en plaque** tandis que chez **l'enfant** la **forme linéaire** est la plus répandue comme est le cas de nos patients.
- Le recours au traitement local à base de DC, de dérivés de la vitamine D ou de tacrolimus topique dans les SL est fréquent.
- En cas d'échec, les traitements systémiques sont proposés notamment la corticothérapie générale, le méthotrexate et la photothérapie.
- Le LEM est une source d'UVB à bande étroite, émettant à 308 nm qui permet une **durée plus courte** de traitement, une **rémission plus rapide** et une **dose cumulée plus réduite**.
- Il est efficace dans divers dermatoses: le psoriasis en plaques, la pelade, le lichen plan, le vitiligo et le mycosis fungoïde.
- Seulement **quelques cas** de SL et LEM ont été rapportés dans la littérature.

- Nos 2 patients avaient été mis d'abord sous **traitements topiques sans amélioration** puis des séances de **LEM** ont été indiquées avec une rémission **quasi-complète**.

- Dans la littérature, seulement 1 cas pédiatrique ayant une SL non améliorée par les traitements topiques et ayant bénéficié de plusieurs séances de LEM associé au méthotrexate systémique pendant sept mois a été rapporté.

- Les plaques étaient devenues inactives et avaient diminué de taille. La réponse thérapeutique serait satisfaisante dans **78,9 %** des cas comparé aux autres modalités thérapeutiques locales.

- La rémission clinique s'expliquerait par l'effet immunosuppresseur du LEM sur les cellules T.

CONCLUSION

- À ce jour, il n'existe pas de traitement curatif de la SL.
- Le LEM représente une alternative thérapeutique à considérer pour la SL active inflammatoire ou scléreuse **réfractaire aux thérapies classiques ou adjuvant au traitement conventionnel** puisque les résultats obtenus sont prometteurs.
- Des études supplémentaires sont nécessaires puisque la plupart des données proviennent des séries de cas et des études non contrôlées.

