

## Lupus tumidus: A propos de 6 cas

Maissa, Abid, Résidente, dermatologie, CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie  
 Khadija, Sellami, Professeure agrégée, dermatologie, CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie  
 Rim, chaabouni, Assistante hospitalo-universitaire, dermatologie, CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie  
 Abderrahmene, Masmoudi, Professeur, dermatologie, CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie  
 Meriem, Amouri, Professeure, dermatologie, CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie  
 Madiha, Mseddi, Professeure, dermatologie, CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie  
 Emna, Bahloul, Professeure agrégée, dermatologie, CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie  
 Hamida, Turki, Professeure et Cheffe de service, dermatologie, CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie

### Introduction:

❖ Le **lupus tumidus (LT)** est une forme **rare** de lupus érythémateux cutané chronique (LECC) qui a été décrite pour la première fois en 1930 par Gougerot et Burnier. Elle se caractérise par des lésions papulo-nodulaires érythémateuses, fermes qui se localisent dans des zones photoexposées. A travers notre série, nous avons étudié les caractéristiques cliniques, histologiques, immunologiques et évolutives du LT.

### Patients et méthodes :

❖ Etude rétrospective descriptive des cas de LT suivis sur **10 ans** (2013-2023). Le diagnostic de LT a été porté sur l'aspect clinique et histologique.

### Résultats :

**Six** patients (5 femmes et 1 homme) ont été colligés.

**Age moyen : 46.5 ans.**

**Photosensibilité : 5 patients.**

**Clinique :** nodules érythémato-vioacés, arrondis, infiltrés, (FigA)

de nombre allant de **2 à 5** et de grand axe variant entre **1 et 4 cm.**

**Localisation :** **front** (4 cas), **nez** (3 cas), **joues** (3cas) et au niveau du **décolleté** (2 cas).

2 patients avaient présenté des **plaques alopéciques non atrophiques** et à surface érythémateuse **non squameuse** au niveau de la **barbe** (1 cas) et du **cuir chevelu** (1 cas).

(FigB)

**Trichoscopie :** ouvertures folliculaires (OF) **sans** bouchons kératosiques et des vaisseaux télangiectasiques reposant sur un fond érythémateux respectant les OF. (Fig C)

**Examen général et des muqueuses :** normal

**Histologie :** **Epiderme régulier** avec parfois une spongiose focale sans vacuolisation de la couche basale.

Le derme était siège d'un infiltrat histiocyto-lymphocytaire périvasculaire et périannexiel.

**IFD +AAN :** **négatifs** chez tous les patients.

**Principal diagnostic différentiel :** l'infiltration lymphocytaire cutanée de Jessner (ILCJ).

**Evolution :** régression rapide des lésions sous photoprotection, dermocorticoïdes (DC) et hydroxychloroquine (HC).

La repousse des cheveux était observée dans les 2 cas de lésions alopéciantes.

**Récidive des lésions :** 2 cas.



Fig A



Fig B



Fig C

### Discussion :

❖ Le LT **entité discutée** du LECC.

❖ Le LT se caractérise par des nodules érythémateux et infiltrés **sans atteinte épidermique** dans un contexte de **photosensibilité** et avec une **association rare au lupus érythémateux systémique**.

❖ Parmi les diagnostics différentiels, on évoque **l'ILCJ**, **La lucite polymorphe** et **la mucinose érythémateuse réticulée**.

❖ **L'histologie** révèle un infiltrat lymphocytaire périvasculaire et périannexiel. Un dépôt dermique de mucine peut être trouvé. Par rapport à d'autres sous-types de LECC, **l'épiderme est souvent inchangé ou paucilésionnel**.

❖ **L'IFD** et les **AAN** sont le plus souvent **négatifs**.

❖ La réponse au **traitement** est généralement bonne avec parfois une évolution intermittente.

❖ Les **options thérapeutiques** incluent la photoprotection, les **DC**, le **tacrolimus** et l' **HC**.

❖ Dans notre série, on a trouvé **des lésions cutanées alopéciantes non cicatricielles** qui n'ont pas les caractères trichoscopiques et évolutives de l'alopecie au cours des autres formes de LECC.

### Conclusion :

❖ Le LT représente une forme bénigne de LECC avec une bonne réponse au traitement. Le pronostic est généralement favorable. L'atteinte systémique est rarement associée.

