

Cas cliniques de la Clinique Saint-Jean à Bruxelles

Laura Nobile⁽¹⁾, Valérie Dekeuleneer⁽²⁾, Marie Baeck⁽²⁾, Hugues Fierens⁽¹⁾

Dermatology at Clinic Saint-Jean

This article reports on various clinical cases observed in the Dermatology Department of the Saint-Jean Clinic, Brussels, and presented at the "PEAU'se dermatologique" meeting of the "Université catholique de Louvain" held on March 20, 2017. The report highlights the diversity of pathologies encountered in a downtown hospital. While this work primarily deals with rather common subjects like pruritis or eruptions in association with viral infections, it equally highlights several rare topics, such as the Birt-Hogg-Dubé syndrome, as well as less frequently occurring diseases, such as the Loa loa filariasis or pediculosis corporis. Lastly, the article addresses a topic scarcely explored so far, namely the cannabis/fruit syndrome primarily seeking to provide additional information and take home messages on these subjects.

KEY WORDS

Erythema multiform-like, viral eruption, Loa-loa filariasis, hypereosinophilia, Calabar swelling, pruritis, lice, Orf's node, parapoxvirus, bed bugs, stings, Birt-Hogg-Dubé syndrome, fibrofolliculomas, cannabis/fruit syndrome, panallergen

AFFILIATIONS

⁽¹⁾ Service de Dermatologie, Clinique St-jean, Bruxelles

⁽²⁾ Service de Dermatologie, Cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles

Cet article rapporte différents cas cliniques dermatologiques rencontrés dans le service de dermatologie de la Clinique Saint-Jean à Bruxelles. Ceux-ci ont été présentés lors de la « PEAU'se dermatologique » dermatologique de l'université catholique de Louvain le 20 mars 2017 par le Dr L. Nobile, le Dr H. Fierens, le Dr. D. Willocx, le Dr S. Eggers et le Dr M-C. Jacobs. Il permet de rappeler certains détails à propos de pathologies rares comme le syndrome de Birt Hogg Dubé, ou d'affections moins fréquemment rencontrées dans nos régions, telles que la Loase ou encore la pédiculose corporelle. Il traite également de sujets beaucoup plus fréquents comme les éruptions virales et paravirales qui peuvent encore parfois nous surprendre par leurs présentations atypiques. Pour finir, il aborde un sujet encore peu décrit, le syndrome cannabis-fruits/légumes, une nouveauté dans le domaine de l'allergologie.

Que savons-nous à ce propos ?

La dermatologie est une spécialité vaste et complexe dans laquelle une anamnèse approfondie et un examen clinique rigoureux ont une place essentielle.

Que nous apporte cet article ?

- Un même tableau clinique de lésions à type d'érythème polymorphe peut révéler des diagnostics très différents de sévérité très variée (virose, toxidermie,...).
- Des gonflements localisés récurrents dans le décours d'un voyage dans le pourtour du golfe de Guinée doivent faire évoquer les œdèmes de Calabar (plus spécifiquement la Loase).
- La présence de poux du corps doit faire rechercher certaines maladies infectieuses co-existantes.
- Le nodule d'Orf peut présenter des localisations atypiques et se résout de manière spontanée sans laisser de séquelles.
- Des piqûres multiples des zones découvertes du corps en dehors des périodes estivales sont souvent causées par des punaises de lit.
- La présence de fibrofolliculomes doit faire rechercher un syndrome de Birt Hogg Dubé.
- L'apparition de symptômes allergiques à l'ingestion de certains fruits ou légumes dans un contexte de consommation de cannabis est caractéristique du syndrome cannabis/fruits-légumes.

What is already known about the topic?

Dermatology is a broad and complex medical specialty in which a thorough history and rigorous clinical examination prove mandatory.

What does this article bring up for us?

- A similar clinical presentation involving erythema multiform lesions may refer to quite different diagnoses of varying severity (virosis, toxidermy, etc.)
- Localized swelling recurring upon a trip around the Gulf of Guinea must evoke Calabar edema (specifically called "the loase").
- In the presence of body lice, certain co-existing infections should be searched for.
- Orf's nodule may present atypical localizations and resolve itself spontaneously without leaving any sequelae.
- Multiple bites of uncovered areas of the body in non-summer periods are often caused by bed bugs.
- In the presence of fibrofolliculomas, the Birt-Hogg-Dubé syndrome should be searched for.
- Allergic symptoms occurring following the ingestion of certain fruits or vegetables in a context of cannabis consumption characterizes the cannabis/fruit-vegetable syndrome.

MOTS-CLÉS ► Erythème polymorphe, éruption virale, Loase, hyperéosinophilie, oedème de Calabar, prurit, poux, nodule d'Orf, parapoxvirus, punaises de lit, piqûres, syndrome de Birt Hogg Dubé, fibrofolliculomes, syndrome cannabis/fruits, panallergène

3 ÉRUPTIONS « ÉRYTHÈME POLYMORPHE LIKE »

En l'espace de quelques mois, 3 enfants âgés entre 18 mois et 6 ans se sont présentés à la consultation de dermatologie avec une éruption assez similaire à type d'érythème polymorphe bulleux. Ceux-ci présentaient cependant, sur le plan général, un tableau clinique assez différent.

CAS CLINIQUE N°1

Le premier enfant, de sexe masculin et âgé de 18 mois, était en excellent état général et n'avait pas fait de température. Il présentait au départ, des papules érythémateuses excoriées au niveau des cuisses avec une extension aux fesses et aux bras. Étaient ensuite apparues dans ces mêmes localisations, des cocardes à type d'érythème polymorphe bulleux très prurigineuses. A certains endroits, les lésions se présentaient sous forme de volumineuses bulles comme au niveau de son scrotum (Figure 1).

Figure 1. Cocardes atypiques avec présence d'une composante bulleuse dans la partie centrale



Les examens complémentaires et en particulier, les sérologies virales avaient permis de faire le diagnostic d'éruption dans un contexte d'infection à Coxsackie.

CAS CLINIQUE N°2

Le second enfant, de sexe masculin et âgé de 3 ans, avait un état général perturbé et une température à 38°C depuis plus de 6 jours. Il présentait aussi une chéilite, une conjonctivite et cette éruption atypique. L'éruption se présentait au départ sous forme de nappes érythémateuses qui respectaient le siège. Elle avait ensuite évolué vers un aspect de cocardes à type d'érythème polymorphe bulleux (Figure 2 et 3).

La biologie réalisée montrait des globules blancs augmentés à 17 000/mm³ avec une formule neutrophilique ainsi qu'une CRP à 117mg/dl. La plupart des sérologies virales étaient négatives. Le diagnostic retenu était celui d'une maladie de Kawasaki. Le patient avait par ailleurs présenté une amélioration clinique et biologique rapide sous immunoglobulines IV.

Figure 2. Enfant présentant une chéilite, une conjonctivite et des lésions vésiculo-bulleuses péri-buccales



Figure 3. Lésions cocardoïdes avec érosion centrale post-bulleuse



CAS CLINIQUE N°3

Le dernier enfant, de sexe masculin et âgé de 6 ans, avait un état général fort perturbé et une température élevée depuis 8 jours avec un maximum mesuré à 39,6 °C. De l'amoxicilline-acide clavulanique avait été prescrit par le médecin traitant pour une suspicion d'otite moyenne aiguë. Après 2 prises de l'antibiotique, l'enfant présentait un œdème et un aspect brillant des lèvres et des difficultés respiratoires. Il était alors amené aux urgences où l'on diagnostiquait une allergie à l'amoxicilline-acide clavulanique. L'enfant était alors traité par antihistaminiques per os et par un aérosol de ventolin et d'atrovent et est renvoyé au domicile. Au fil des heures, l'œdème au niveau des lèvres s'aggravait, la température ne descendait pas et l'état de l'enfant se dégradait. Au niveau cutané, commençaient à apparaître des vésiculo-bulles péri-buccales et péri-urétrales mais aussi des cocardes atypiques au niveau de la face latérale de la cheville gauche et des fesses.

Figure 4. Vésiculo-bulle péri-buccale accompagnée d'un aspect fibrineux des lèvres



Figure 5. Cocarde atypique avec centre bulleux



Figure 6. Œdème très localisé du poignet



Figure 7. Reptation du ver au niveau de la conjonctive de l'œil



Une biopsie cutanée était alors réalisée au niveau d'une cocarde atypique de la cheville (Figure 4 et 5).

Celle-ci mettait en évidence une nécrolyse épidermique. Le diagnostic retenu a été celui d'une ectodermose pluri-orificielle étant donné l'importance de l'atteinte muqueuse par rapport à l'atteinte cutanée. Cette entité est, en réalité, très proche sur le plan histologique du syndrome de Stevens-Johnson. Les causes potentielles sont soit médicamenteuses (amoxicilline- acide clavulanique dans ce cas) soit infectieuses (avec notamment une sérologie IgM mycoplasme positive également dans cette observation).

LA LOASE OU FILARIOSE À LOA-LOA (VER AFRICAIN DE L'ŒIL)

Une patiente de 30 ans, en parfait état général, s'était rendue à la consultation avec une plainte très étrange :

depuis 6 ans, elle présentait à intervalle irrégulier des épisodes de gonflements très localisés essentiellement au niveau des bras. Ces phénomènes duraient quelques jours, avec parfois prurit ou douleur, et disparaissaient sans laisser de traces (Figures 6, 7).

Toutes les mises au point allergologiques réalisées jusqu'à présent étaient restées négatives en dehors d'une importante hyperéosinophilie, attribuée au terrain atopique qu'elle présentait par ailleurs. Après investigation poussée, le diagnostic d'œdèmes de Calabar, avait été posé.

Ces œdèmes se présentent sous forme de petits placards œdémateux de quelques centimètres, indolores, fugaces et migrants du dos des mains, des doigts, des membres ou du visage. On les retrouve dans une filariose africaine courante, la Loase (filiaire Loa-Loa).

Les filarioses sont des helminthiases systémiques dues à des nématodes vivipares transmises par des arthropodes, vecteurs sévissant surtout dans les régions intertropicales.

L'arthropode vecteur de la maladie est le Chrysops femelle qui est hématophage et pique le jour. Lors de la piqûre, elle injecte des larves de filaire.

Les 4 manifestations cliniques possibles de cette filariose bénigne sont les œdèmes de Calabar, les troubles oculaires, le prurit des bras, du thorax et des épaules ainsi que la reptation visible du ver sous la peau qui entraîne un fourmillement désagréable, un prurit localisé ou même un cordon induré sous la peau.

Les autochtones, immunitairement habitués aux parasites, peuvent n'avoir aucun symptôme et parfois juste un ver adulte sous la conjonctive, contrairement aux visiteurs n'habitant pas la zone d'endémie. Le temps d'incubation est de minimum 3 mois mais les symptômes peuvent se prolonger 15 à 20 ans après le départ de la zone endémique.

Le diagnostic peut être fait par la clinique (identification de la filaire sous la peau ou dans l'œil), mais aussi grâce à la biologie qui montre une hyperéosinophilie majeure.

L'examen d'une goutte épaisse réalisé entre 11h et 15h avec un grossissement x10 permet de mettre en évidence la microfilarémie diurne et de faire le diagnostic. On peut également faire une sérologie filaire à la recherche d'anticorps anti-filariens. Ceux-ci ne sont pas spécifiques de l'espèce et ne permettent pas de dater le contact avec le ver.

On ne traite que si la gêne est importante et surtout si l'exposition au risque est terminée car le traitement est parfois plus dangereux que la maladie. Des accidents d'allure allergique ou encéphalitique dus à la lyse brutale des microfilaires sont à redouter.

Le traitement se fait à l'aide de la Notézine® (diéthylcarbamazine ou DEC) à doses lentement croissantes et au moins 3 semaines à dose complète.

Parfois, on commence par réduire la microfilarémie par un traitement de 10 jours à l'ivermectine, afin de diminuer le risque d'accident avec le DEC.

Il est impossible d'éviter la piqure des chrysops et les insecticides sont souvent inefficaces. Une prophylaxie par ½ co de Notézine® 2x/semaine (ou 1co par semaine) est recommandée pour les séjours de travailleurs forestiers en zone d'hyperendémie.

UNE CAUSE PARTICULIÈRE DE PRURIT

Il s'agit d'un cas d'infestation extensive par poux du corps (*Pediculus humanus humanus*). Cette affection est aujourd'hui exceptionnelle et ne se rencontre plus que chez des patients vivants dans des conditions d'hygiène précaires.

Ce patient d'une cinquantaine d'années présentait un prurit généralisé depuis 2 mois. Le prurit le réveillait la nuit et s'accompagnait de suees nocturnes. Il résistait à tous les traitements, même au Médrol. Les causes internistiques avaient été exclues. Au niveau cutané, il n'y avait pas de lésions élémentaires identifiables mise à part les lésions de grattage. Il n'y avait pas de sillons scabieus visibles (Figure 8).

Figure 8. Lésions de grattage avec multiples excoriations sans mise en évidence du parasite sur la peau



À l'examen clinique approfondi et répété, un pou du corps a finalement été mis en évidence.

Les poils sont généralement indemnes de lentes qui se retrouvent dans les vêtements, lieu de vie de ces poux.

Le diagnostic se fait donc généralement par la recherche de poux et de lentes au niveau des coutures des vêtements ou des sous-vêtements.

Retenons que les poux du corps sont vecteurs de maladies infectieuses systémiques d'où l'importance de les reconnaître.

En cas de fièvre, les sérologies à réaliser chez un patient infesté par des poux du corps sont les suivantes :

- Anticorps anti-Rickettsia Prowazekii pour le typhus ;
- Anticorps anti- Borrelia Recurrentis pour la fièvre récurrente cosmopolite ;
- Anticorps anti- Bartonella Quintana pour la fièvre des tranchées.

Le traitement se fait classiquement à l'aide d'ivermectine. Il est également très important de traiter l'environnement et le linge. En cas d'infestation chronique, les séquelles pigmentaires sont fréquentes et portent le nom de leucomélanodermie du vagabond.

NODULE D'ORF DU NEZ

Un patient d'une quarantaine d'années s'était présenté aux urgences avec ce « furoncle » du nez qui avait déjà été incisé sans succès dans une autre clinique et qui s'étendait

Figure 9, 10, 11. Sur les figures, on peut voir l'évolution naturelle du nodule d'Orf chez notre patient. Il s'agit d'une localisation assez exceptionnelle



encore malgré 4 jours de doxycycline. L'inflammation était importante avec extension érysipéloïde à la joue droite et sous l'œil (Figures 9, 10, 11). Un scanner de la face et une biopsie cutanée avaient permis de confirmer le diagnostic de nodule d'Orf.

Le nodule d'Orf est une affection à parapoxvirus qui contamine les moutons et les chèvres. La transmission à l'homme se fait par contact avec l'animal infecté vivant ou mort. Cette virose atteint donc préférentiellement les éleveurs, bouchers, employés d'abattoirs mais également la population musulmane une à trois semaines après la fête du mouton (Laid). La localisation la plus courante de cette infection est la main et plus particulièrement les doigts. La restitution cutanée se fait ad integrum spontanément, aucun traitement n'est donc nécessaire.

Sur les figures, on peut voir l'évolution naturelle du nodule d'Orf chez notre patient. La localisation au niveau du nez est rare et même exceptionnelle.

LES PUNAISES DE LIT

En consultation de dermatologie, nous rencontrons de plus en plus de patients qui présentent des piqûres en dehors de la classique période estivale (Figure 12). Le plus souvent, il s'agit de piqûres dues à des punaises de lit aussi appelées "bed bugs" en anglais.

Depuis quelques années, nous faisons face à une épidémie mondiale ; leur nombre augmente de 100 à 500 % par an. Les raisons de cette épidémie sont multiples: l'augmentation du nombre de voyages, la résistance de l'insecte à tous les insecticides usuels, la multiplication rapide des punaises de lit et leur capacité à survivre six mois à un an sans se nourrir.

Tous les dix jours, les punaises de lit se nourrissent et piquent, en général à l'aube, au niveau des zones non couvertes par des vêtements. Lors de la piqûre, elles injectent une substance qui induit une anesthésie locale. Les réactions sont fort différentes en fonction des hôtes. Certains n'ont qu'une simple trace alors que d'autres ont

Figure 12. Piqûres de punaises de lit avec réaction locale importante



d'importantes réactions locales. Les réactions allergiques peuvent parfois être retardées et survenir 10 jours après les premières piqûres.

La punaise se cache dans les replis des matelas et les fissures des murs et finalement, dans les valises rapportées au domicile. Il arrive aussi que la contamination se fasse suite à l'achat de meubles de seconde main.

Lorsque le patient présente des symptômes évoquant des piqûres de « bed bugs », il faut rechercher leur présence parfois difficile à mettre en évidence: des déjections brunâtres sur les matelas mais aussi les exosquelettes perdus lors des mues.

Les punaises de lit sont résistantes à tous les insecticides classiques ce qui nécessite de faire appel à une société spécialisée pour espérer leur éradication.

Elles sont par contre sensibles aux températures extrêmes, ce qui permet de décontaminer les vêtements en les lavant à 60°C, puis en les passant au séchoir et en les repassant.

Les valises et autres objets ne pouvant pas être lavés peuvent être stockés dans un congélateur pendant 15 jours.

SYNDROME DE BIRT HOGG DUBÉ

Un patient de 53 ans se présentait pour la première fois en consultation de dermatologie en 2004 pour des lésions cutanées inesthétiques. Il s'agissait de multiples papules blanchâtres de petite taille localisées au visage, au cou et sur les oreilles. Il n'avait pas d'antécédents personnels ou familiaux particuliers. Le patient était également père de 3 enfants en bas âge qui étaient en bonne santé (Figures 13, 14).

Figure 13. Multiples fibrofolliculomes des joues



Figure 14. Multiples fibrofolliculomes du front



Une biopsie cutanée avait été réalisée et le diagnostic retenu était celui d'un fibrofolliculome.

Devant ce tableau clinique et les résultats de l'examen anatomo-pathologique, une échographie rénale avait été demandée. Celle-ci s'était avérée normale. Deux ans plus tard, le patient présentait un pneumothorax spontané. Suite à cet événement, le patient avait été référé pour avis génétique.

Celui-ci a confirmé la présence d'une mutation FLCN du gène codant pour la folliculine. Il s'agissait donc bien d'un syndrome de Birt Hogg Dubé.

La mutation autosomique dominante du gène FLCN codant pour la folliculine est associé à :

- Un nombre important de fibrofolliculomes et d'autres lésions cutanées moins spécifiques ;
- La présence de kystes pulmonaires et des épisodes parfois répétés de pneumothorax spontanés ;
- Des néoplasies rénales et parfois digestives.

Les fibrofolliculomes apparaissent en général à partir de 20 ans, le plus souvent au niveau du visage mais aussi parfois sur la muqueuse buccale.

Les néoplasies rénales surviennent en général vers l'âge de 50 ans avec une fréquence variable en fonction des familles. L'examen de dépistage de choix est la résonance magnétique nucléaire qui sera réalisée une fois par an dès l'âge de 20 ans.

Les lésions sont souvent multifocales et bilatérales ce qui nécessite une surveillance rapprochée et des traitements chirurgicaux conservateurs.

Il faut également faire un dépistage digestif régulier si il y a des antécédents familiaux de polypes colo-rectaux. Les atteintes pulmonaires quant à elles sont uniques ou récurrentes et favorisées par le tabac. Elles contre-indiquent la plongée ou le pilotage d'avion.

LE SYNDROME CANNABIS/FRUITS-LÉGUMES

Quelques minutes après l'ingestion d'un hamburger végétarien à base de chanvre, une patiente atopique de 30 ans développait une dyspnée brutale.

Dans ses antécédents, on trouvait un syndrome oral de Lessof. Celui-ci se caractérise par des symptômes buccaux à l'ingestion de fruits tels que la pomme (et autres rosacées) secondaire à une sensibilisation préalable au pollen de bouleau. L'allergène commun qui est à la base de cette réaction croisée est la protéine PR10, thermosensible.

Il s'agissait de la première fois qu'elle mangeait ce genre de plat mais elle avait déjà ressenti ce genre de symptômes au domicile, en particulier lorsque son mari fumait du cannabis sur la terrasse. La patiente n'avait quant à elle, jamais fumé de cannabis. Un lien entre le chanvre du burger et le cannabis fumé par le mari était alors évoqué.

Des prick tests avaient alors été réalisés à partir d'échantillons de cannabis amenés par la patiente. Ceux-ci s'étaient révélés fortement positifs à 20 min.

Ce cas clinique illustre les réactions croisées entre aliments et panallergènes¹. Il aborde également une nouvelle réaction croisée qui a récemment été décrite dans le

1 Terme utilisée en allergologie afin de décrire des protéines ubiquitaires (végétales ou animales), impliquées dans des fonctions vitales générales, et donc très répandues dans la nature. Leur séquence/structure est conservée pour de nombreux organismes qui peuvent être de nature très différente.

domaine de l'allergologie, celui du syndrome cannabis/ fruits-légumes. Le syndrome cannabis/ fruits-légumes correspond à l'apparition de symptômes allergiques à l'ingestion de certains fruits et légumes chez des personnes préalablement sensibilisées par le cannabis. La protéine responsable du syndrome cannabis /fruits-légumes est probablement une protéine de transfert lipidique (LTP) que l'on trouve notamment aussi dans la tomate, le latex, la pêche. Les allergies aux LTP thermostables sont généralement plus sévères que les réactions aux PR10.

Le chanvre et le cannabis sont tous deux issus de la même espèce botanique. Le chanvre, désignera plutôt la plante industrielle retrouvée dans de nombreux domaines comme le textile, la construction, les cosmétiques, l'isolation phonique et l'alimentation comme dans ce cas. Le cannabis, quant à lui, est le nom donné à la forme de la plante utilisée comme drogue.