Médecine Interne

CA 090

Dermatoses éosinophiliques: rareté diagnostique et diversité clinique

Majd Abu Taleb, Interne, Dermatologie, Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir, Monastir, Tunisie.
Nesrine Ben Salah, Dermatologie, Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir, Monastir, Tunisie.
Houda Raiss, Interne, Dermatologie, Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir, Monastir, Tunisie.
Yosra Soua, Dermatologie, Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir, Monastir, Tunisie.
Asma Ben Mabrouk, Service d'anatomopathologie, Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir, Monastir, Tunisie.
Monia Youssef, Dermatologie, Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir, Monastir, Tunisie.
Hichem Belhadjali, Dermatologie, Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir, Monastir, Tunisie.
Jameleddine Zili, Dermatologie, Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir, Monastir, Tunisie.

Introduction

- **L'infiltration éosinophilique** cutanée, **absente en conditions physiologiques**, est une **observation histopathologique fréquente.**
- En l'absence de signes spécifiques, **le diagnostic** des dermatoses éosinophiliques (DE) repose sur **la corrélation clinico-histologique.**
- Ces maladies **rares** se caractérisent par un **infiltrat dermique d'éosinophiles**, parfois **associé** à **des figures de flamme.**
- Parmi elles **figurent** le **syndrome de Wells** (SW), le **syndrome d'hyperéosinophilie primitive** (SHP), la **vasculite nécrosante à éosinophiles**(VNE), les **pustuloses stériles à éosinophiles** (PSE) et le **syndrome de Gleich** (SG).
- L'objectif de ce travail est de préciser leurs caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques.

Matériels et méthodes

- Étude rétrospective descriptive incluant tous les patients vus entre 2019 et 2025 pour un tableau évocateur de DE, confirmé histologiquement.

Résultats

- Sur six ans, six cas ont été diagnostiqués (âge moyen : 49,8 ans ; sex-ratio : 0,2): SW (n=4), SHP (n=1) et PSE (n=1).
- Les patientes atteintes de **SW** présentaient des plaques érythémateuses infiltrées **et** prurigineuses (75%) ou des lésions bulleuses localisées (25 %), avec signes généraux dans 50 % des cas.
- Le patient atteint de **SHP** avait un prurit chronique avec nécrose digitale et hyperéosinophilie marquée, sans anomalie moléculaire.
- La patiente avec **PSE** présentait des lésions papulo-pustuleuses récidivantes au niveau céphalique.
- Une **hyperéosinophilie** était **constante** dans les cas de **SHP** et **PSE**, et présente dans 50 % **des SW.**
- Des facteurs déclenchants (piqûres d'insecte, pénicilline) ont été retrouvés dans la moitié **des SW.**
- **Aucune hémopathie maligne n'a été identifiée.**
- Les comorbidités comprenaient un diabète, un syndrome métabolique et un lichen plan buccal.
- La corticothérapie systémique a permis une évolution favorable sans rechute dans 50 % des cas **(**75 % **des SW).**
- Les cas de **PSE** et **SHP** ont **rechuté** à la **décroissance thérapeutique.**
- **Aucun décès n'a été noté.**

plaque érythémato-œdémateuse, surmontée de bulles tendues à contenu hémorragique

Discussion

- Les DE constituent un **spectre hétérogène** de dermatoses à infiltrat éosinophilique.
- **Notre série** montre une **prédominance féminine** et un âge moyen de 50 ans, en accord avec la littérature, mais sans cas pédiatriques de SW.
- **L'hyperéosinophilie**, **constante** dans **SHP** et **PSE** et fréquente dans **SW**, confirme le rôle central des éosinophiles.
- L'identification de **facteurs déclenchants** souligne l'importance du **bilan étiologique.**
- Certaines observations diffèrent des données habituelles : prédominance féminine en **PSE**, absence de néoplasie en **SHP** et absence d'infection VIH **en PSE.**
- **La corticothérapie systémique** a montré une **bonne efficacité**, mais les **rechutes** observées en **PSE** et **SHP** suggèrent la nécessité de traitements prolongés.

Conclusion

- La rareté des DE et l'absence de consensus sur leur classification compliquent leur prise en charge.
- **La corticothérapie systémique** reste **efficace**, mais les rechutes fréquentes en PSE et SHP imposent une stratégie thérapeutique adaptée.
- La présence **occasionnelle** de **comorbidités** justifie une approche multidisciplinaire pour optimiser le suivi.