



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



FICHE THÉMATIQUE/DERMATOPATHOLOGIE

La spongiose à éosinophiles



Eosinophilic spongiosis

C. Lepelletier^{a,*,b,c}, M.-D. Vignon-Pennamen^a,
M. Battistella^{a,c}

^a Service d'anatomopathologie, hôpital Saint-Louis, 1, avenue Claude Vellefaux, 75010 Paris, France

^b Service de dermatologie, hôpital Saint-Louis, 1, avenue Claude Vellefaux, 75010 Paris, France

^c Université Paris Diderot–Paris VII, COMUE Sorbonne Paris Cité, 75013 Paris, France

Disponible sur Internet le 15 décembre 2017

Introduction

La spongiose à éosinophiles (SE) est une image histopathologique définie par la présence d'une spongiose épidermique associée à une exocytose de polynucléaires éosinophiles dans les zones spongiotiques (Fig. 1), plus qu'une véritable entité nosologique. Des micro-abcès intra-épidermiques à éosinophiles peuvent également y être observés.

La SE a été décrite pour la première fois en 1964 [1], chez un patient atteint d'un pemphigus vulgaire et a depuis été rapportée au cours de nombreuses dermatoses inflammatoires. Si la SE est souvent adjacente à des zones d'acantholyse ou de bulles sous-épidermiques, elle peut parfois être isolée. Une démarche analytique rigoureuse et la confrontation anatomo-clinique sont alors souvent nécessaires au diagnostic étiologique.

Causes les plus fréquentes de spongiose à éosinophiles

Une SE a été décrite au cours de nombreuses affections cutanées. Nous ne citerons ici que les plus fréquemment associées à cette image histopathologique.

La cause la plus fréquente de SE est le groupe des dermatoses bulleuses auto-immunes (DBAI), y compris en l'absence de signes épidermiques associés évocateurs, que sont l'acantholyse, la bulle intra-épidermique ou sous-épidermique. Lorsque la SE est la principale anomalie histologique observée sur une biopsie cutanée, une DBAI en est la cause dans 25 % des cas [2]. Le diagnostic repose alors sur l'étude en immunofluorescence cutanée directe ou indirecte, qu'il faut savoir répéter en cas de négativité initiale.

La SE peut ainsi s'observer fréquemment au cours du pemphigus herpétiforme [3], en particulier à sa phase précoce, avant même l'apparition de l'acantholyse (Fig. 2). Au cours du pemphigus végétant, la SE est souvent associée à la présence de vésicules acantholytiques supra-basales, de micro-abcès à éosinophiles et à une hyperplasie épidermique, sans spongiose adjacente aux vésicules. La SE a également été décrite au cours des pemphigus superficiels et profonds.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : clemence.lepelletier@hotmail.fr (C. Lepelletier).

<https://doi.org/10.1016/j.annder.2017.11.004>

0151-9638/© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

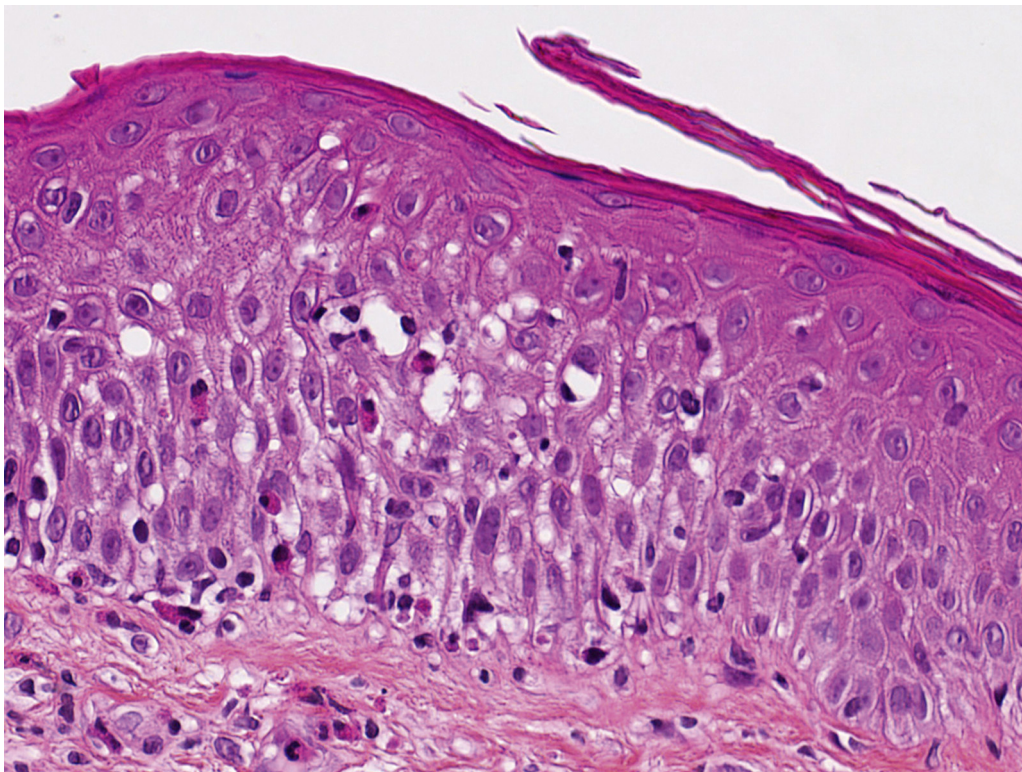


Figure 1. Spongiose à éosinophiles. Exocytose de polynucléaires éosinophiles au sein d'un épiderme spongiotique, ici au cours d'un eczéma (HES $\times 40$).

La pemphigoïde bulleuse, en particulier en phase pré-bulleuse, est également une cause fréquente de SE [2]. Un infiltrat inflammatoire riche en éosinophiles peut alors être présent à la jonction dermo-épidermique. La pemphigoïde cicatricielle et la pemphigoïde gravidique sont moins fréquemment en cause [2]. Cependant, devant une éruption urticarienne prurigineuse au cours de la grossesse, la présence d'une SE oriente vers une pemphigoïde gravidique bien plus que vers une éruption polymorphe de la grossesse [4].

Une autre étiologie fréquente de SE est l'eczéma, qu'il s'agisse d'un eczéma de contact, d'une dermatite atopique ou d'un eczéma nummulaire. Dans ce cas, la SE est associée à des remaniements de l'épiderme et de la couche cornée, tels qu'une parakératose humide ou une hyperplasie épidermique avec un allongement des bourgeons interpapillaires.

On peut également voir une SE dans les réactions à piqûres d'insecte ou dans les lésions de gale [5]. Elle est alors souvent associée à un œdème dermique et à un infiltrat inflammatoire dermique superficiel et profond, constitué de petits lymphocytes, de polynucléaires neutrophiles et éosinophiles. Devant une SE, le caractère profond et la distribution péri-annexielle d'un infiltrat riche en polynucléaires éosinophiles sont davantage évocateurs d'une réaction inflammatoire à piqûres d'insecte que d'une DBAI en phase pré-bulleuse [5].

Les dermatoses à éosinophiles représentent en outre une cause classique de SE. Au cours de la folliculite pustuleuse à éosinophiles (folliculite d'Ofuji), on observe habituellement une SE intéressant l'infundibulum pileux et le canal

sébacé [6], aboutissant à la formation de pustules folliculaires contenant des polynucléaires éosinophiles.

L'éruption polymorphe prurigineuse à éosinophiles post-radiothérapie [7] est une entité anatomo-clinique discutée, caractérisée par la survenue de lésions polymorphes (macules érythémateuses, papules, vésicules, bulles) survenant sur les membres au cours de l'administration d'une radiothérapie, avec un aspect histologique d'infiltrat dermique superficiel et profond périvasculaire, constitué de lymphocytes et de nombreux polynucléaires éosinophiles, avec parfois un aspect de SE.

Causes rares de spongiose à éosinophiles : les toxidermies, l'incontinentia pigmenti à sa phase vésiculeuse, la maladie de Still, le syndrome de Wells, le lichen scléreux [8] peuvent également être responsables de cet aspect histologique.

Conduite à tenir devant une spongiose à éosinophiles

La première étape de l'orientation diagnostique (Fig. 3) devant un aspect histologique de SE consiste à rechercher des signes histologiques épidermiques ou dermiques associés, en examinant si nécessaire la lame sur plusieurs niveaux de coupe.

Il faut s'attacher en particulier à rechercher même très focalement une acantholyse, une dyskératose, une hyperplasie épidermique, une vacuolisation de la membrane

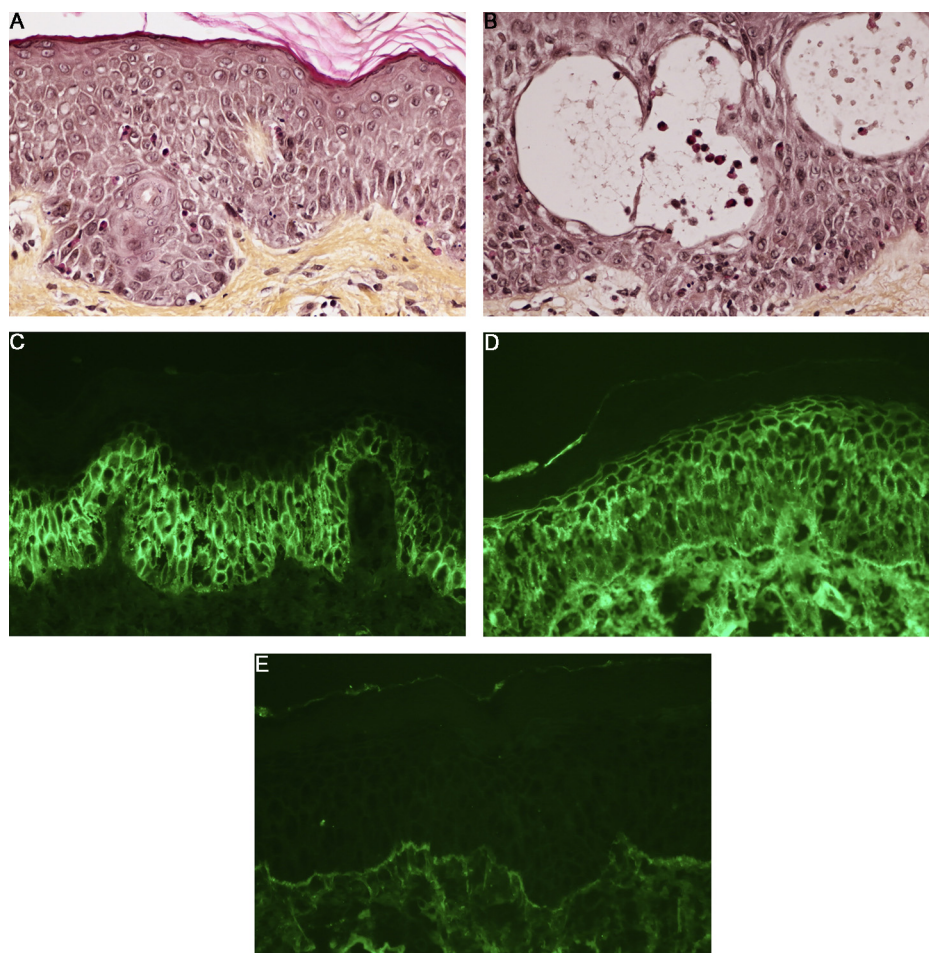


Figure 2. Spongiose à éosinophiles au cours d'un pemphigus herpétiforme. Spongiose à éosinophiles (A, HES $\times 30$) formant par endroit des vésicules intra-épidermiques contenant des polynucléaires éosinophiles (B, HES $\times 40$). Dépôts inter-kératinocytaires de C3 (C) et d'IgG (D), sans dépôt d'IgA (E) en immunofluorescence directe.

basale. Si un infiltrat dermique est présent, son abondance, sa topographie et sa composition seront bien-sûr précisées.

Un examen en immunofluorescence cutanée directe (IFD) est le plus souvent nécessaire, soit reçu d'emblée si le clinicien a dans ses hypothèses une DBAI, soit après corrélation anatomo-clinique, lorsque des signes cliniques ou histologiques évocateurs de DBAI sont présents, ou lorsque la SE reste le seul signe histologique sans orientation clinique claire. Cet examen en IFD peut éventuellement être répété, afin de ne pas méconnaître une DBAI débutante. L'IFD recherchera notamment des dépôts d'IgG ou de C3 intra-épidermiques inter-kératinocytaires ou d'IgG et de C3 linéaires le long de la membrane basale.

Conclusion

La spongiose à éosinophiles est une image histopathologique peu fréquente, qui associe une spongiose épidermique à une exocytose de polynucléaires éosinophiles dans les zones spongiotiques. Elle peut accompagner de nombreuses dermatoses, mais indique le plus souvent une DBAI. Elle doit donc le plus souvent faire pratiquer un examen en immunofluorescence cutanée directe afin de rechercher une dermatose bulleuse auto-immune débutante.

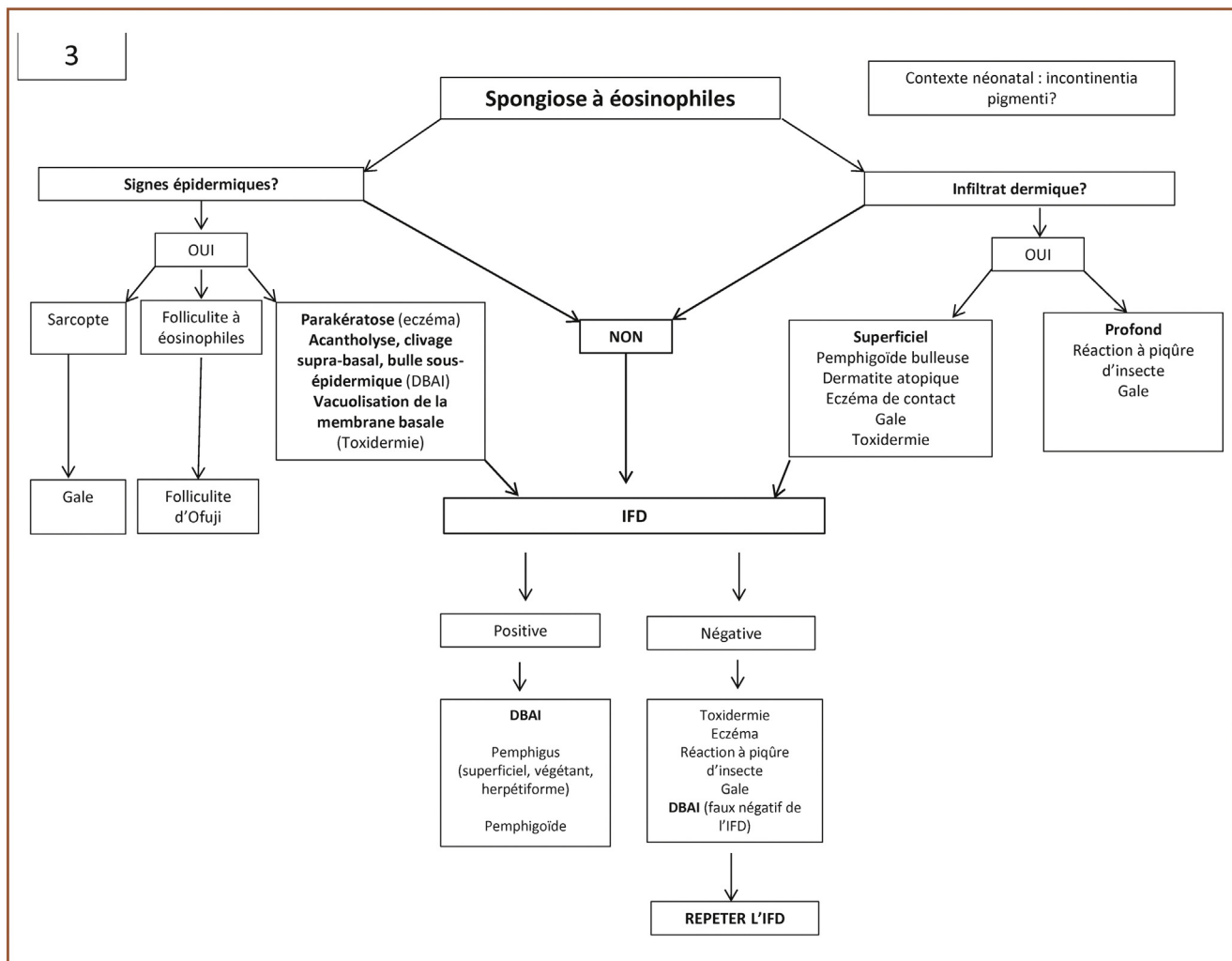


Figure 3. Algorithme diagnostique devant une spongiose à éosinophiles. Une étude en immunofluorescence directe (IFD) est le plus souvent nécessaire.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Emmerson E, Wilson-Jones RW. Eosinophilic spongiosis in pemphigus. A report of an unusual histological change in pemphigus. *Arch Dermatol* 1968;97:252–7.
- [2] Ruiz E, Deng JS, Abell EA. Eosinophilic spongiosis: a clinical, histologic, and immunopathologic study. *J Am Acad Dermatol* 1994;90:973–6.
- [3] Laws PM, Heelan K, Al-Mohammed F, Walsh S, Shear NH. Pemphigus herpetiformis: a case series and review of the literature. *Intern J Dermatol* 2015;54:1014–22.
- [4] Machado-Pinto J, McCalmont TH, Golitz LE. Eosinophilic and neutrophilic spongiosis: clues to the diagnosis of immunobullous diseases and other inflammatory disorders. *Semin Cutan Med Surg* 1996;15:308–16.
- [5] Miteva M, Elsner P, Ziemer M. A histopathologic study of arthropod bite reactions in 20 patients highlights relevant adnexal involvement. *J Cutan Pathol* 2009;36:26–33.
- [6] Lankerani L, Thompson R. Eosinophilic pustular folliculitis: case report and review of the literature. *Cutis* 2010;86:190–4.
- [7] Garcia-Donoso C, Tardio JC, Arias D, Romero A, Borbujo JM. Eosinophilic, polymorphic and pruritic eruption associated with radiotherapy (EPPER) in two patients with breast tumour. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007;21:1102–4.
- [8] Carlson JA, Lamb P, Malfetano J, Ambros RA, Mihm Jr MC. Clinicopathologic comparison of vulvar and extragenital lichen sclerosus: histologic variants, evolving lesions, and etiology of 141 cases. *Mod Pathol* 1998;9:844–54.