Annales de dermatologie et de vénéréologie (2016) **143**, 657—660

Disponible en ligne sur ScienceDirect www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France EM|consulte www.em-consulte.com

FICHE THÉMATIQUE / DERMATOSCOPIE-DERMATOPATHOLOGIE

# Lupus discoïde du cuir chevelu : corrélation dermatopathologie—dermatoscopie

## *Scalp discoid lupus erythematosus: Dermatopathologic—dermatoscopic correlation*

**P. Huet**[a,*], **G. Barnéon**[b], **B. Cribier**[c]

[a] *Zone médicale de Fescau, 50, allée des Vignes, 34980 Montferrier-sur-Lez, France*
[b] *Euromed pathologie, parc Euromédecine, 1227, rue de la Valsière, 34790 Grabels, France*
[c] *Hôpitaux universitaires de Strasbourg, BP 426, 1, place de l'Hôpital, 67091 Strasbourg cedex, France*

Disponible sur Internet le 7 juillet 2016

Une femme de 44 ans, sans antécédent particulier, consultait pour une plaque d'alopécie cicatricielle bien circonscrite et arrondie du cuir chevelu (vertex), isolée, asymptomatique, de deux centimètres de diamètre, acquise, évoluant depuis 3 mois (Fig. 1). Aucun facteur déclenchant n'était trouvé. L'état général était conservé et le reste de l'examen clinique sans particularité.

L'examen dermatoscopique en lumière polarisée (Fig. 2—5) objectivait, sur un fond d'érythème congestif, de gros « clods » jaune orangé avec des halos blancs périfolliculaires, des vaisseaux linéaires épais sinueux arborescents serpentant entre les orifices folliculaires, des squames blanches épaisses ainsi que la présence de jolies « rosettes » (« four-dot clod »).

L'examen histologique d'une biopsie en zone lésionnelle montrait une hyperkératose folliculaire, une atrophie épidermique marquée et des altérations vacuolaires de la couche basale (Fig. 6). La membrane basale épidermique et la membrane basale folliculaire était très fortement épaissie, ainsi que le montre la coloration par le PAS (Fig. 7). Il existait en outre un infiltrat lymphocytaire périvasculaire et périfolliculaire profond (Fig. 8), le tout étant en faveur d'un lupus érythémateux chronique du cuir chevelu.

Il s'agit donc d'un exemple de lupus érythémateux chronique (LEC) à type de lupus discoïde du cuir chevelu en plaque unique où clinique, dermatoscopie et anatomopathologie sont bien concordantes. Le bilan à la recherche de signes systémiques n'a rien montré de particulier. L'évolution a été favorable sous dermocorticoïdes de classe 4 (clobétasol propionate).

L'atteinte du cuir chevelu est fréquente et inaugurale dans plus de la moitié des cas de LEC et peut rester isolée, comme ici, dans 10 % des cas [1]. Les femmes sont touchées en priorité, plutôt jeunes (âge moyen de 30 ans). L'atteinte du cuir chevelu se présente sous forme de plaque unique ou de plaques multiples, alopéciques, bien limitées, à leur début inflammatoires et squameuses avec hyperkératose folliculaire, pour devenir secondairement atrophiques et dyschromiques en laissant après guérison une alopécie cicatricielle définitive à type de pseudopelade [2].

L'aspect dermatoscopique rapporté dans le lupus discoïde varie en fonction du stade évolutif [3—6].

Au stade initial, c'est-à-dire en phase active, ce sont les anomalies folliculaires qui prédominent et constituent la cible initiale du processus inflammatoire, on observera donc en dermatoscopie, les lésions détaillées ci-dessous.

* Auteur correspondant.
*Adresse e-mail :* pascale.huet3@wanadoo.fr (P. Huet).

http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2016.04.006
0151-9638/© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Formation médicale continue

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 14/03/2023 par Société Française de Dermatologie (577230). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

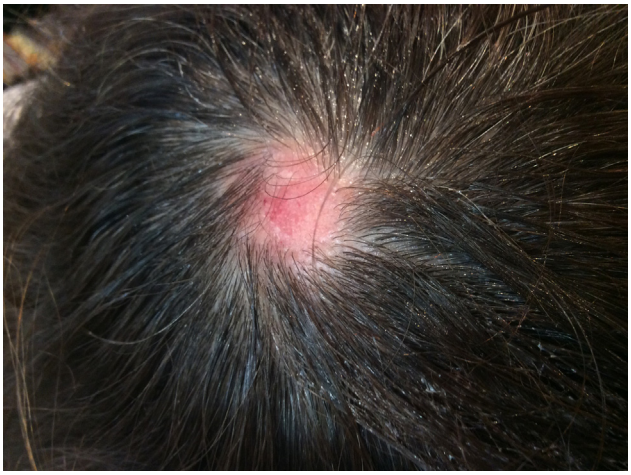

**Figure 1.** Image clinique (plaque d'alopécie cicatricielle).

**Figure 2.** Image en dermatoscopie polarisée (érythème congestif de fond et squames blanches épaisses).

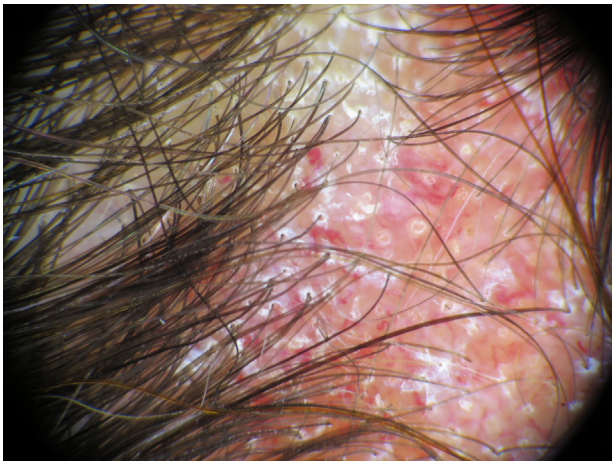

**Figure 3.** Image en dermatoscopie polarisée (érythème, squames et halos blancs périfolliculaires).

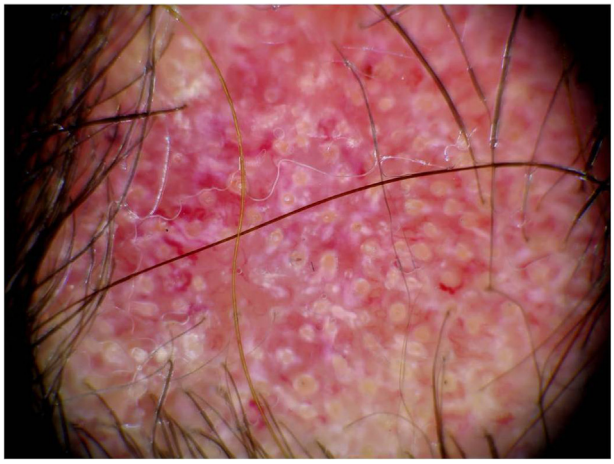

**Figure 4.** Image en dermatoscopie polarisée (gros plan sur les clods jaune orangé).

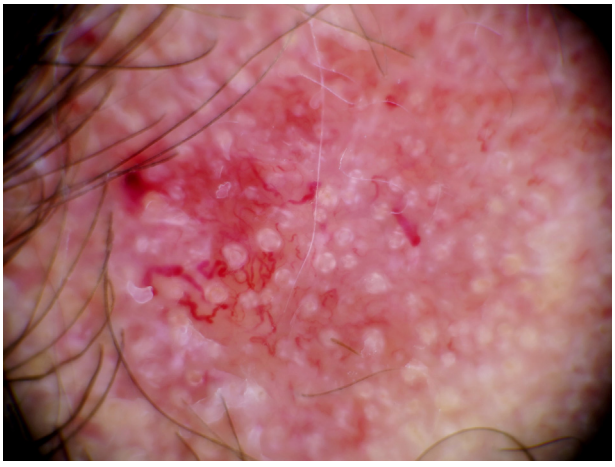

**Figure 5.** Image en dermatoscopie polarisée (gros plan sur les vaisseaux linéaires ramifiés serpentant entre les orifices folliculaires et sur les rosettes).

**Figure 6.** Biopsie à faible grossissement, coloration hématoxyline-éosine (HE).

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 14/03/2023 par Société Française de Dermatologie (577230). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

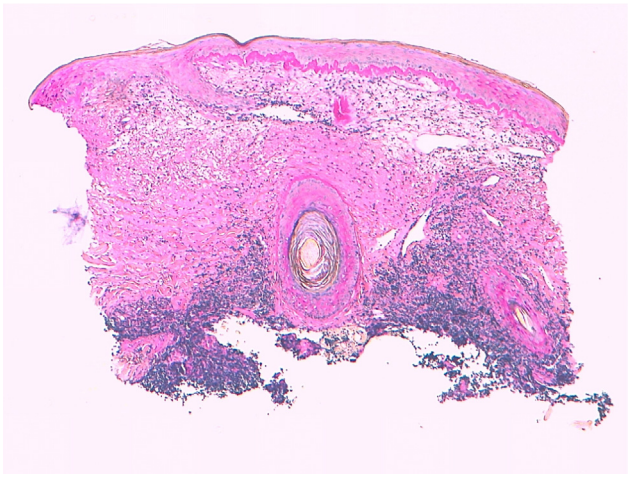

**Figure 7.** Biopsie à faible grossissement, coloration PAS.

L'hyperkératose folliculaire est la plus remarquable en dermatoscopie, se traduisant sous forme de clods blanc-jaune orangé (Fig. 4) ; ces derniers sont trouvés dans 67 % des cas tous lupus discoïdes confondus mais présents uniquement au sein des lésions actives (100 % des cas). La corrélation avec la microscopie est évidente : les bouchons cornés sont facilement visibles ; il s'agit d'une hyperkératose orthokératosique de surface, à l'aplomb du follicule et semblant l'obstruer. Sur la biopsie du cas présenté ici, on voit très bien cette hyperkératose, mais dans le derme moyen, là où la tige pilaire est entourée par de nombreuses lamelles de kératine (Fig. 8), montrant que le processus s'étend dans l'infundibulum lui-même, sous la surface cutanée visible. Il ne s'agit donc pas que du classique « bouchon corné », mais d'une hyperkératose touchant tout le segment supérieur du follicule, ce qui explique en partie l'alopécie.

Le halo blanchâtre périfolliculaire présent dans 69 % de cas (Fig. 3) est classiquement considéré comme une expression de la fibrose périfolliculaire. En réalité, ce phénomène est tardif. Dans le cas présent, il y a certes une fibrose, mais surtout un œdème modérément inflammatoire du derme superficiel (Fig. 9), qui semble laisser vers la profondeur le gros de l'infiltrat (Fig. 6).

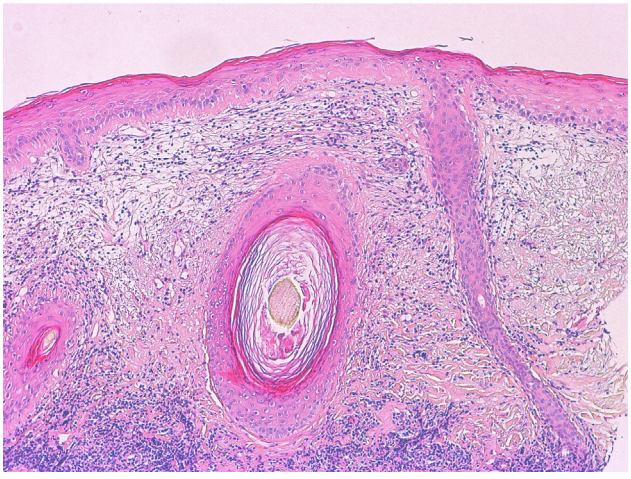

**Figure 8.** Détail montrant l'hyperkératose de l'infundibulum folliculaire dermique et l'infiltrat lymphocytaire plus dense en profondeur, coloration HE.

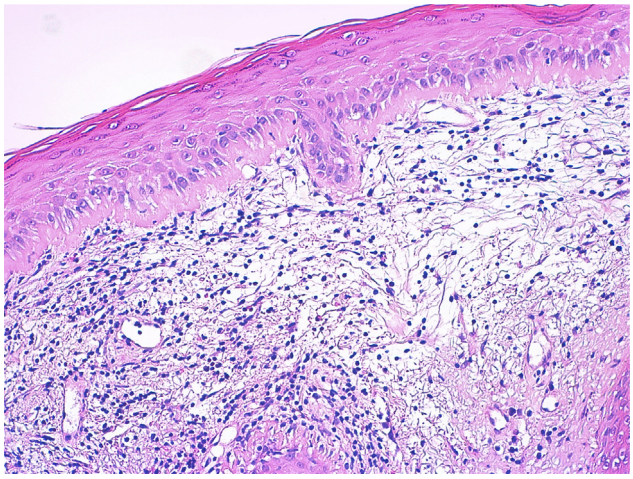

**Figure 9.** Gros plan montrant l'épaississement majeur de la membrane basale, l'œdème inflammatoire du derme et les vaisseaux dilatés.

Il peut exister des squames blanches, que l'on trouve sur un fond d'érythème et qui sont observées dans 49 % des cas. Elles sont la conséquence de l'épaississement de la couche cornée, qui ici contraste avec l'atrophie de l'épiderme lui-même, mieux visible dans notre cas au centre de la lame (Fig. 8).

Dans 52 % des cas, on voit des vaisseaux linéaires épais, sinueux, arborescents, serpentant entre les orifices folliculaires, le tout sur un fond d'érythème congestif. Ces vaisseaux dilatés sont visibles dans le derme superficiel (Fig. 9). Cette image montre aussi, même en coloration standard, l'extrême épaississement de la membrane basale, qu'on ne voit à ce degré que dans le lupus érythémateux chronique, notamment dans les zones plus photo-exposées.

Enfin, des points rouges folliculaires sont décrits dans 36 % des cas. L'interprétation d'une extravasation sanguine périfolliculaire ne correspond pas à la réalité de l'image histologique. Les hématies extravasées ne sont pas une caractéristique des plus fréquentes du lupus érythémateux. Il s'agit plus vraisemblablement d'une combinaison de facteurs : petits vaisseaux et œdème congestif, associés à l'inflammation.

À un stade plus tardif, quand les lésions sont devenues inactives voire cicatricielles, on peut alors noter les éléments suivants : les bouchons de kératine ont disparu, et des structures pigmentées réticulaires apparaissent (43 % des cas), surtout dans la topographie du cuir chevelu. Les troubles pigmentaires sont un signe classique du lupus érythémateux et sont la conséquence de l'incontinence pigmentaire liée à l'agression des couches basales de l'épiderme. Des aires sans structure blanchâtres liées à la fibrose diffuse du derme sont présentes dans 36 % des cas, tandis que les vaisseaux télangiectasiques s'affinent et semblent émerger des clods jaunes, donnant l'aspect caractéristique dit « d'araignée rouge autour de points jaunes », pour finir par disparaître des zones cicatricielles [7].

Outre le diagnostic positif, la dermatoscopie du lupus discoïde va permettre d'avoir un suivi évolutif et d'apprécier la réponse au traitement. Elle est aussi utile pour distinguer le lupus des autres dermatoses inflammatoires du visage qui pourraient lui ressembler cliniquement, comme la



© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 14/03/2023 par Société Française de Dermatologie (577230). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

sarcoïdose, à type de lupus pernio ou le lupus vulgaire ; mais dans ces cas, il n'y a pas d'anomalies folliculaires prédominantes et on retrouve leur pattern caractéristique à type d'aires globuleuses ou sans structure jaune orangé, expression dermatoscopique des granulomes [8]. Dans le sébopsoriasis ou le lichen plan, il n'y a pas de halos blancs périfolliculaires. Seul le granulome facial de Lever est un diagnostic différentiel difficile à éliminer sur la seule dermatoscopie.

## Déclaration de liens d'intérêts

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

## Références

[1] Francès C. Manifestations cutanées des lupus érythémateux. EMC-Dermatologie 2015;10:1—14 [Article 98-495-A-10].

[2] Pruvost C, Reygagne P. Alopécies cicatricielles. EMC-Dermatologie. Paris: Elsevier Masson SAS; 2009 [98-810-B-20].

[3] Assouly P. Dermatoscopie des cheveux et du cuir chevelu. Ann Dermatol 2012;139:652—67.

[4] Lallas A, Apalla Z, Lefaki I, et al. Dermoscopy of discoid lupus erythematosus. Br J Dermatol 2013;168:284—8.

[5] Woo-Haing S, Seung-Wook J, et al. Dermoscopic approach to a small round to oval hairless patch on the scalp. Ann Dermatol 2014;26:214—20.

[6] Lallas A, Argenzinao G, Apalla Z, Gourhant JY, et al. Dermoscopic patterns of common facial inflammatory skin diseases. J Eur Acad Dermatol Venereol 2014;28:609—14.

[7] Rudnicka L, Olszewska M, Rakowska A. Atlas of trichoscopy. London: Springer-Verlag; 2012.

[8] Huet P, Barnéon G, Cribier B. Sarcoïdose cutanée : corrélation dermoscopie—dermatopathologie. Ann Dermatol Venereol 2016 [in press].



© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 14/03/2023 par Société Française de Dermatologie (577230). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.