

Provided for non-commercial research and education use.
Not for reproduction, distribution or commercial use.



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>

dermiques. Cet aspect était considéré comme compatible avec une dermatose neutrophilique. Il faut noter que la patiente n'avait pas d'antécédents pathologiques habituellement associés à une dermatose neutrophilique. La zincémie n'a pas été dosée, du fait d'une supplémentation récente. Enfin, il existait une carence en vitamine C, avec un taux de 7,3 mmol/L pour une norme comprise entre 26,1 et 84,6.

Un traitement par cloxacilline et valaciclovir était débuté, puis interrompu dès les résultats de la PCR herpès. Une corticothérapie orale à 0,5 mg/kg par jour de prednisone était alors entreprise, en association à des applications quotidiennes de crème au propionate de clo-bétasol. Sous ce traitement, on observait en quelques jours une régression des lésions suggérant que les bactéries présentes sur les premiers prélèvements étaient le fait d'une simple colonisation. Un mois plus tard, on notait encore quelques érosions superficielles et une ré-épidermisation de la quasi-totalité de la zone greffée, avec une seule petite zone fibrineuse persistante à sa partie inférieure.

Discussion

La pustulose érosive des jambes est une entité clinique relativement récente puisque le terme a été employé pour la première fois en 1987 par Lanigan et Cotterill [1]. Elle est définie par l'existence de lésions pustuleuses microbiennes localisées aux membres inférieurs, souvent sur un terrain d'insuffisance veineuse, et évoluant vers des plaques érosives et croûteuses. Elle est ainsi appelée par analogie avec la pustulose érosive du cuir chevelu, qu'on observe le plus souvent chez des femmes âgées et avec laquelle elle présente des similitudes cliniques comme la survenue dans un contexte de « dermatoporose » et d'héliodermie. La série française de Wantz et al. [2] a reprécisé en 2011 le cadre nosologique de la pustulose érosive des jambes et décrit notamment l'association possible avec des carcinomes épidermoïdes (trois cas sur 16) en rapport avec l'héliodermie.

Dans un article de 2002, Brouard et al. [3] s'étaient posés la question du lien entre pustulose érosive des jambes et dermatoses neutrophiliques. Dans le cas que nous rapportons, on note un phénomène pathergique avec la récurrence de la pustulose sur une zone traumatisée par un geste chirurgical récent (la greffe). Ce phénomène contribue à évoquer des liens possibles entre pustulose érosive et pyoderma gangrenosum, ce dernier étant une dermatose neutrophilique donnant volontiers lieu lui aussi à une pathergie (ou phénomène « de Köbner »). La carence en vitamine C a pu jouer un rôle dans le retard de cicatrisation mais, à notre connaissance, ce n'est pas un facteur déclenchant ou aggravant de pustulose érosive des membres inférieurs. En revanche, le rôle d'une carence en zinc a parfois été évoqué [4] mais dans le cas de notre patiente, la récurrence de la pustulose est survenue alors que la patiente venait de recevoir une supplémentation en zinc.

Ce cas de récurrence de pustulose érosive sur une zone de greffe vient s'ajouter à l'observation, rapportée par Brouard et al. en 2002, d'un cas de récurrence de pustulose érosive des jambes autour d'une zone de greffe cutanée.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Lanigan SW, Cotterill JA. Erosive pustular dermatosis: a common development in atrophic skin. *Br J Dermatol* 1987;117:15.
- [2] Wantz M, Perceau G, Goedel AL, Grange F, Bernard P. Dermatose érosive et pustuleuse de jambes : étude retrospective de 16 cas. *Ann Dermatol Venereol* 2011;138:93–9.
- [3] Brouard MC, Prins C, Chavaz P, Saurat JH, Borradori L. Erosive pustular dermatosis of the legs: report of three cases. *Br J Dermatol* 2002;147:765–9.
- [4] Salavert M, Franck F, Amarger S, Mansard S, Souteyrand P, D'Incan M. Dermatose pustuleuse érosive des jambes : rôle de la carence en zinc? *Ann Dermatol Venereol* 2006;133:975–8.

M. Eusen^a, C. Fleuret^a, I. Kupfer^a,
F. Fouchard^a, F. Staroz^b, Y. Grangier^c,
P. Plantin^{a,*}

^a Service de dermatologie, CHIC Laënnec, 14, avenue Yves-Thépot, BP 1757, 29107 Quimper cedex, France

^b Cabinet d'anatomie et de cytologie pathologiques, 6, allée L.-Herrieu-ZA-Kergadennec, BP 1309, 29103 Quimper, France

^c Unité de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, CHIC Laënnec, 14, avenue Yves-Thépot, BP 1757, 29107 Quimper cedex, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : p.plantin@ch-cornouaille.fr (P. Plantin)

Reçu le 9 septembre 2011 ;
accepté le 14 décembre 2011

Disponible sur Internet le 31 janvier 2012

doi:10.1016/j.j.ander.2011.12.021

Molluscum contagiosum bourgeonnant érosif : régression totale sous traitement antirétroviral

Erosive and budding molluscum contagiosum: Total regression under antiretroviral therapy

Le molluscum contagiosum (MC) est une tumeur cutanée bénigne due à un molluscipoxvirus. Il touche principalement les enfants et les sujets immunodéprimés, plus rarement les adultes immunocompétents. Nous rapportons l'observation d'une forme érosive et bourgeonnante de MC survenant chez une patiente infectée par le VIH et régressant sous trithérapie antirétrovirale.

Observation

Une femme de 30 ans consultait pour des lésions cutanées bourgeonnantes disséminées évoluant depuis trois mois. L'examen clinique notait des papules hémisphériques de 1 à 5 mm, translucides, fermes et indolores, coexistant avec des

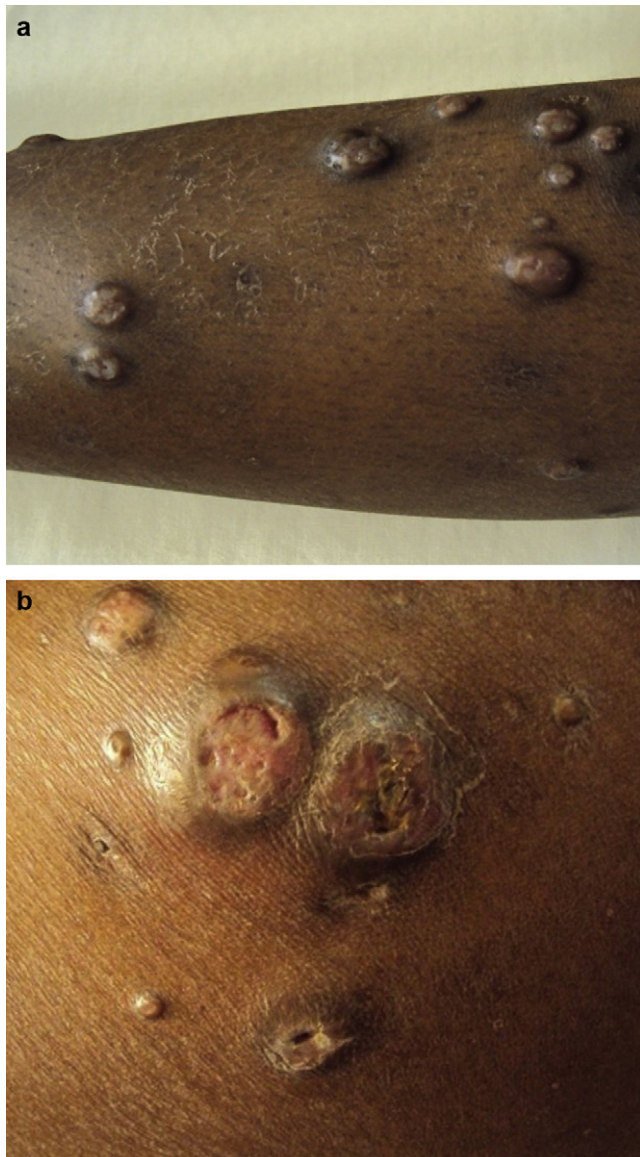


Figure 1. a : papules et nodules ombiliqués pseudotumoraux de la jambe gauche ; b : papules ombiliquées et nodules érosifs et bourgeonnants de la cuisse gauche.

lésions tumorales normochromes de diamètre variant entre 0,5 et 3 cm. Certaines lésions étaient ombiliquées au centre, d'autres érosives et bourgeonnantes. Elles étaient disséminées sur la jambe gauche (Fig. 1a) et le tiers supérieur de la cuisse gauche (Fig. 1b). Il n'y avait pas d'atteinte des muqueuses. La sérologie VIH1 était positive, avec un taux de lymphocytes CD4 à $98/\text{mm}^3$. La recherche de cryptocoque dans une lésion biopsiée était négative. La sérologie syphilitique et la recherche de l'antigène HBS étaient négatives.

Une trithérapie antirétrovirale par stavudine, lamivudine et névirapine était instituée. Six mois plus tard, on notait une régression totale des lésions (Fig. 2a et b). Le taux de lymphocytes CD4 était alors de $187/\text{mm}^3$. Il n'y a pas eu de rechute avec un recul de quatre mois.

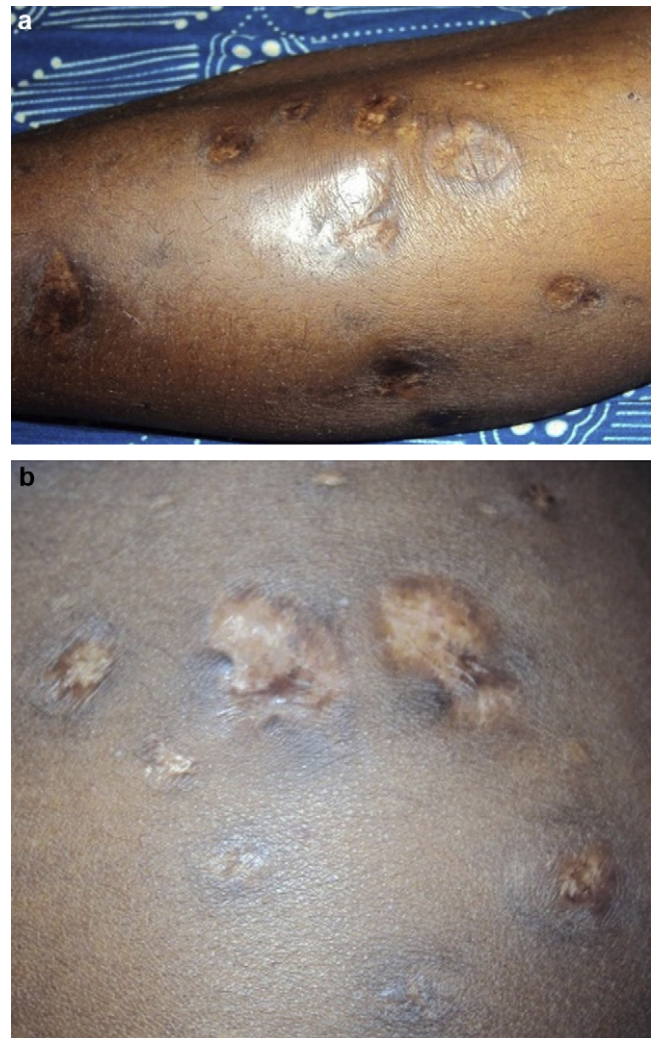


Figure 2. a : cicatrices atrophiques de la jambe gauche après guérison ; b : cicatrices atrophiques de la cuisse gauche après guérison.

Discussion

Des lésions de MC sont observées chez 10 à 20% des patients porteurs du VIH [1]. Le virus responsable des MC se transmet par auto- et hétéro-inoculation. Le diagnostic est clinique et généralement aisé mais, au cours de l'infection par le VIH, les lésions peuvent être atypiques, profondes ou géantes, et atteindre parfois les muqueuses, en particulier oculaires [2]. Le MC survenant chez un patient immunodéprimé par l'infection par le VIH doit faire discuter une cryptococcose ou une histoplasmosse africaine. Les lésions de la cryptococcose cutanée s'intègrent dans un cadre d'atteinte systémique avec fièvre, signes neuroméningés et pulmonaires; la mise en évidence de *Cryptococcus neoformans* à la culture ou à l'examen histopathologique permet d'affirmer le diagnostic. L'histoplasmosse africaine atteint surtout les téguments, le squelette et les ganglions; les lésions cutanées se présentent sous forme de papules hémisphériques, lenticulaires ou ombiliquées, de nodules, d'abcès ou d'ulcérations torpides. L'examen histopathologique et la culture mettent en évidence le champignon

responsable, *Histoplasma capsulatum* variété *duboisii*. Ces deux diagnostics ont été écartés chez notre patiente.

Notre observation suggère que la multithérapie antirétrovirale, probablement en améliorant le statut immunitaire des malades, peut entraîner une résolution complète et stable des lésions de MC. Quelques autres publications semblent confirmer cette efficacité. Hurni et al. ont obtenu une disparition complète du MC chez un malade infecté par le VIH traité par saquinavir, zidovudine et lamivudine [3]. Un bon résultat a déjà été observé également sous une combinaison d'indinavir, lamivudine et stavudine [4].

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Dhar S, Jain S, Verma G, Tanwar R. Disseminated and atypical molluscum contagiosum in an AIDS patient. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 1996;62:331–2.
- [2] Schwartz JJ, Myskowski PL. Molluscum contagiosum in patients with human immunodeficiency. A review of twenty-seven patients. *J Am Acad Dermatol* 1992;27:583–8.
- [3] Hurni MA, Böhlen L, Furrer H, Braathen LR. Complete regression of giant molluscum contagiosum lesions in an HIV infected patient following combined antiretroviral therapy with saquinavir, zidovudine and lamivudine. *AIDS* 1997;11:1784–5.
- [4] Cattelan AM, Sasset L, Corti L, Stiffan S, Meneghetti F, Cadrobbi P. A complete remission of recalcitrant molluscum contagiosum in an AIDS patient following Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART). *J Infect* 1999;38:58–60.

C. Koudoukpo^{a,*}, G.-H. Yédomon^b,
H. Adégbidi^b, F. Atadokpédé^b,
F. Do Ango-Padonou^b

^a Faculté de médecine, université de Parakou, BP
123, Parakou, Bénin

^b Faculté des sciences de la santé de Cotonou, 01
BP188, Cotonou, Bénin

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : chkoudoukpo@yahoo.fr
(C. Koudoukpo)

Reçu le 19 octobre 2011 ;
accepté le 14 décembre 2011

Disponible sur Internet le 1^{er} février 2012

doi:10.1016/j.annder.2011.12.023

La varicelle comporte-t-elle une atteinte palmo-plantaire ?

Do palmar and plantar lesions occur during chickenpox?

Il paraît tout à fait étonnant de trouver dans la littérature des discordances quant à la description clinique d'une maladie virale pourtant largement documentée et encore fréquente.

Or l'atteinte palmo-plantaire de la varicelle qui, dans notre expérience, est très fréquente bien que modé-



Figure 1. Atteinte palmo-plantaire d'une varicelle chez un sujet immunocompétent.

rée (neuf des dix dernières observations colligées dans notre hôpital) (Fig. 1), est parfois niée dans certaines publications pourtant illustres et à visée pédagogique [1–3]. D'autres ouvrages signalent que toutes les parties du corps peuvent être touchées sans insister sur cette zone [4–8]. Peu d'auteurs, à notre connaissance, considèrent cette localisation comme caractéristique [9]. Certains signalent enfin que cette région peut être touchée (d'ailleurs aussi bien sur les faces ventrales que dorsales des mains et des pieds), mais de façon bien plus limitée, comparativement à la variole ou au monkeypox [10,11].

La topographie palmo-plantaire nous semble pourtant particulièrement évocatrice de varicelle lorsqu'elle s'associe à une atteinte du cuir chevelu et à des localisations muqueuses; cette conjonction facilite le diagnostic différentiel, notamment avec l'eczéma, lorsque le prurit est important ou la fièvre modérée ou même absente. Il y a peu d'infections comportant typiquement une atteinte des paumes et des plantes; on retiendra la fièvre boutonneuse méditerranéenne, la syphilis secondaire, le syndrome mains-pieds-bouche à Coxsackie, la scabiose du nourrisson. En réalité, la plupart des exanthèmes viraux peuvent comporter quelques éléments palmo-plantaire, plus visibles sur peau peu pigmentée.

Lors de variole, l'extension des lésions était rapportée classiquement de manière centripète ou descendante (tête, membres supérieurs, tronc puis membres inférieurs), avec une profusion des lésions aux extrémités; l'évolution de la varicelle est décrite de façon diverse selon les auteurs, soit centrifuge avec une atteinte initiale du tronc où les lésions prédominent de manière plus éparse, soit de façon descendante, avec des éléments précoces au cuir chevelu. L'évolution en plusieurs poussées, qui donne un caractère polymorphe à la varicelle avec des lésions d'âge différent, diffère de la variole qui comporte une évolution stéréotypée avec des macules le premier jour, le deuxième des papules indurées, le troisième des vésicules enchâssées, les quatrième et cinquième jours des pustules ombiliquées évoluant du huitième au dixième jour vers la dessiccation. Le monkeypox combine la symptomatologie des deux viroses, avec une extension centrifuge varicelliforme; pour la forme africaine, l'évolution lésionnelle est assez proche de la