



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Fasciite de Shulman associée à un infiltrat granulomateux sarcoïdosique

Sarcoid-like granulomatosis associated with eosinophilic fasciitis

E. Zuelgaray^a, C. Sallé de Chou^{a,d},
M.-D. Vignon-Pennamen^b, M. Battistella^{b,d},
S. Leonard-Louis^c, L. Hefez^a, F. Guibal^a, M. Bagot^{a,d},
J.-D. Bouaziz^{a,*},^d

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

^b Service d'anatomie pathologique, hôpital Saint-Louis, 1, avenue Claude-Vellefaux, 75010 Paris, France

^c Service de neuropathologie, hôpital Pitié-Salpêtrière, 47-83, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

^d Université Paris-Diderot, Paris VII, 75010 Paris, France

Reçu le 19 décembre 2016 ; accepté le 7 août 2017

MOTS CLÉS

Fasciite de Shulman ;
Éosinophiles ;
Granulomatose ;
Sarcoïdose

Résumé

Introduction. — La fasciite de Shulman, ou fasciite à éosinophiles (FE), est une pathologie rare caractérisée par un œdème des extrémités d'évolution scléreuse et une hyperéosinophilie fréquente. Elle peut être dans certains cas associée à une hémopathie (en particulier une aplasie médullaire), un cancer solide ou une maladie auto-immune. Elle n'est généralement pas associée aux granulomatoses inflammatoires.

Observation. — Nous rapportons le cas d'un patient de 80 ans qui présentait un œdème bilatéral des membres inférieurs évoluant vers une sclérose, évocateur de fasciite de Shulman, associé à la présence de granulomes cutanés et ganglionnaires. L'évolution était favorable sous traitement par prednisone orale.

Discussion. — L'association FE et granulomatose inflammatoire est rare. Le cas de notre patient montre qu'une réaction granulomateuse peut exister au cours de la fasciite de Shulman.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jean-david.bouaziz@aphp.fr (J.-D. Bouaziz).

KEYWORDS

Eosinophilic fasciitis;
Shulman;
Granulomatous
disease;
Sarcoidosis

Summary

Background. — Eosinophilic fasciitis (EF) is a rare condition characterized by swelling of the extremities, sclerodermatous evolution and frequent hypereosinophilia. Hematological disorders, including aplastic anemia, solid tumors and autoimmune diseases, may be associated with EF. EF is usually not associated with granulomatous diseases.

Case report. — Herein we describe the case of an 80-year-old man with symmetrical swelling and sclerosis of the legs, typical of EF, associated with skin and lymph node granulomas. Oral prednisone treatment resulted in complete clinical remission.

Discussion. — Association of EF and granulomatous disease is uncommon. Our case highlights the possible association of EF with sarcoidosis-like reactions.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

La fasciite de Shulman, ou fasciite à éosinophiles (FE), décrite pour la première fois en 1974 par Shulman [1], est une affection rare appartenant au spectre clinique des morphées, qui comprend par une sclérose du derme, de l'hypoderme et des fascias. Elle peut être, dans certains cas, secondaire à un effort physique inhabituel [2]. Elle survient généralement chez un sujet d'âge moyen [2] et se caractérise par un œdème bilatéral et symétrique des extrémités évoluant vers une induration avec aspect « en peau d'orange ». Il s'y associe parfois d'autres manifestations dermatologiques, telle qu'une dépression cutanée le long des trajets veineux réalisant le « signe de la vallée », des plaques cutanées scléreuses (morphées) ou une hyperpigmentation [3]. La sclérose cutanée évolue à un stade tardif vers des rétractions articulaires et tendineuses limitant les amplitudes articulaires. Contrairement à la sclérodermie systémique, les atteintes viscérales sont exceptionnelles [3]. Le diagnostic est confirmé par l'examen histologique cutané-musculaire, qui montre généralement une sclérose dermo-hypodermique, un fascia épaissi et scléreux, siège d'un infiltrat inflammatoire polymorphe principalement composé de lymphocytes T CD8+ et souvent, mais non systématiquement, de polynucléaires éosinophiles [4]. Une hyperéosinophilie plasmatique et une augmentation de la vitesse de sédimentation sont fréquentes. Une hypergammaglobulinémie polyclonale peut également être associée [5].

Des cas de FE secondaires à des maladies infectieuses (*Borrelia burgdorferi* [6], mycoplasmes [7]) ou à une prise médicamenteuse (simvastatine [8], atorvastatine [9], phénytoïne [10], héparine de bas poids moléculaire [11]) ont été rapportés. Des associations à certaines hémopathies (maladie de Hodgkin, leucémies aiguës, aplasies médullaires, myélodysplasies), à des cancers solides (cancer du sein, mélanome choroidien, cancer de la prostate, cancers colorectal et broncho-pulmonaire) ou à des maladies auto-immunes (lupus systémique, thyroïdites auto-immunes, maladie de Crohn, polyarthrite rhumatoïde, diabète de type 1, cytopénies auto-immunes) ont été décrites [12]. La FE n'est généralement pas associée aux granulomatoses inflammatoires. Deux cas de FE avec granulomes cutanés [13], un cas de FE avec granulomes cutanés, musculaires et ganglionnaires [14], et deux cas de FE associée à une sarcoidose ganglionnaire ont été rapportés [15,16]. Nous décrivons un

cas de FE associée à un granulome inflammatoire cutané et ganglionnaire.

Observation

Un homme de 80 ans, ayant comme antécédents notables un adénocarcinome de la prostate en rémission après radiothérapie et hormonothérapie, ainsi qu'une artériopathie oblitérante des membres inférieurs traitée par angioplastie, présentait, un mois après un effort physique inhabituel (port de carrelage et peinture d'intérieur), un œdème des deux jambes remontant jusqu'aux genoux et évoluant vers une sclérose avec aspect en peau d'orange (Fig. 1a). On notait une bordure inflammatoire infiltrée à la partie supérieure des lésions (Fig. 1b).

Le bilan biologique montrait une hyperéosinophilie à 1300/mm³ et une augmentation de la vitesse de sédimentation (VS) à 35 mm à la première heure, sans augmentation de la protéine C réactive ni hypergammaglobulinémie. L'imagerie en résonance magnétique (IRM) musculaire montrait un épaississement des fascias en séquence T1 se rehaussant après injection de gadolinium et en hypersignal T2 confirmant la présomption clinique de FE (Fig. 2). Une première biopsie cutanée, prélevée sur la bordure inflammatoire, contenait un infiltrat dermique polymorphe fait d'histiocytes parfois plurinucléés, organisés de manière palissadique autour de plages de nécrose éosinophilique, faisant évoquer une dermatite interstitielle granulomateuse (Fig. 3a). Une deuxième biopsie cutanée réalisée sur la zone scléreuse montrait un infiltrat périvasculaire lymphocytaire avec quelques histiocytes et éosinophiles, une sclérose du collagène dermique et l'absence de granulome. La TEP-TDM (tomographie par émission de positons-tomodensitométrie) montrait un hypermétabolisme des fascias aux membres inférieurs (SUV max 12,7), associé à des adénopathies sous diaphragmatiques supracentimétriques fortement hypermétaboliques (SUV max 11,5). Une biopsie d'un ganglion iliaque primitif hypermétabolique montrait un infiltrat granulomateux épithélioïde et giganto-cellulaire sans nécrose, typique de granulome sarcoïdique (Fig. 3b), sans prolifération tumorale lymphoïde et sans mise en évidence d'agent infectieux (colorations PAS et Ziehl négatives).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8711213>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8711213>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)