

UNE TRIPLE ATTEINTE DERMATOLOGIQUE A MAYOTTE

G-Y. DE CARSLADE, A. ACHIRAFI, P. BOUREE

Med Trop 2006; **66** : 189-192

RÉSUMÉ • Les auteurs rapportent l'observation d'une jeune femme de Mayotte (Comores) atteinte, de façon évidente, de Pityriasis versicolor et de gale. Ces deux affections cutanées associées ont masqué une lèpre multibacillaire. Après traitement triple de la lèpre, la patiente a présenté un érythème noueux lépreux réactionnel, guéri par pentoxifylline. L'association de plusieurs pathologies dermatologiques peut modifier l'aspect habituellement caractéristique des lésions et égarer le diagnostic. Aussi, est-il toujours important de suspecter une éventuelle association de plusieurs maladies afin de rétablir les différents diagnostics et prescrire les traitements efficaces.

MOTS-CLÉS • Mayotte - Lèpre multibacillaire - Pityriasis versicolor - Gale - Érythème noueux lépreux - pentoxifylline.

COMBINATION OF THREE CUTANEOUS DISEASES IN MAYOTTE

ABSTRACT • This report describes the case of a young woman from Mayotte (Comoros Islands) who presented a combination of three cutaneous diseases, i.e. pityriasis versicolor, scabies, and multibacillary leprosy. Symptoms of leprosy were concealed by those of the other two diseases. After multidrug therapy for leprosy, the patient developed erythema nodosum leprosum that was successfully treated using pentoxifylline. Combination of cutaneous diseases can alter usual presentations and lead to misdiagnosis. It is important to take into account possible disease combination to establish proper diagnosis and prescribe effective treatment.

KEY WORDS • Mayotte - Multibacillary leprosy - Pityriasis versicolor - Scabies - Erythema nodosum leprosum - Pentoxifylline.

La polyopathie est fréquente en médecine, particulièrement en zone tropicale. L'interférence des divers symptômes peut modifier leurs caractéristiques spécifiques et perturber la démarche diagnostique. Ainsi, la lèpre, survenant dans des conditions socio-économiques difficiles (1), est parfois associée à d'autres dermatoses tropicales très courantes, comme la gale ou les mycoses (2) de diagnostic évident, mais qui peuvent la masquer. En effet, si le diagnostic d'une lèpre paucibacillaire est le plus souvent aisé, celui de lèpre multibacillaire est plus difficile, le polymorphisme des lésions étant beaucoup plus important, avec des macules petites et sans hypoesthésie. Les manifestations cliniques initiales de l'atteinte nerveuse sont parfois absentes ou discrètes. Nous rapportons le cas d'une lèpre multibacillaire dont le diagnostic a été masqué par l'association de deux dermatoses communes.

OBSERVATION

Une jeune fille de 16 ans, a été adressée à la consultation de léprologie de Mayotte pour «dermatose traînante» depuis plusieurs mois. Elle se plaignait, en effet, de prurit et de quelques papulo-nodules fermes, normochromiques, à peu près symétriques des avant-bras (Fig. 1) ainsi qu'au niveau des deux jambes et sur le visage. Les oreilles n'étaient pas infiltrées. En outre, elle présentait de rares petites macules hypochromiques non hypoesthésiques et non desquamantes du bas du dos.



Figure 1 - Lésions papulo-nodulaires des avant-bras, et ulcérations entourées d'un halo hyperchromique. La paume de la main est décorée de henné.

• Travail du Service de léprologie (G-Y.d.C., Praticien hospitalier; A.A., Infirmier léprologue), DASS de Mayotte, BP 104, 97600 Mamoudzou, Mayotte et de l'Unité des maladies parasitaires et tropicales (P.B., Professeur Ass Collège de médecine) Hôpital de Bicêtre, Kremlin-Bicêtre, France.

• Correspondance : P. BOURÉE, Unité des Maladies Parasitaires et Tropicales, Hôpital de Bicêtre, Kremlin-Bicêtre cedex • Fax : 01 45 21 33 19.

• Courriel : patrice.bouree@bct.ap-hop-paris.fr •

• Article reçu le 10/02/2005, définitivement accepté le 20/03/2006



Figure 2 - Membre supérieur : nodules inflammatoires sous-cutanés.

L'examen clinique retrouvait d'emblée, au niveau des avant bras, des macules hypochromiques légèrement desquamantes avec un signe du copeau franc permettant d'affirmer un Pityriasis versicolor étendu sur tout le corps. Par ailleurs, de nombreuses lésions de gale sont retrouvées de façon diffuse, dont certaines excochées au niveau du poignet. La patiente a été traitée par deux applications de benzoate de benzyle (Ascabiol®) à 24h d'intervalle, ainsi que toute la famille. Puis, le Pityriasis versicolor a été traité par du kétoconazole (Kétoderm® monodose).

Par ailleurs, on notait de larges ulcérations entourées d'un halo hyperchromique, associées à des papules fermes normochromiques en périphérie de certaines ulcérations, résultant du grattage intense de certains papulo-nodules non prurigineux, mais que la patiente a volontairement arraché car elle ne les supportait pas. Ces papules normochromiques évoquaient des lépromes jeunes. Les biopsies d'une lésion papulaire de l'avant bras et de l'oreille ont d'ailleurs confirmé le diagnostic de lèpre multibacillaire (index bacillaire à 3+). La patiente a été traitée, pendant 24 mois, par une prise quotidienne de 100 mg de clofazimine (Lamprène®) et de 100 mg de disulone, associée à une prise mensuelle supervisée de 600 mg de rifampicine et de 300 mg de clofazimine (3, 4). L'évolution a été favorable avec disparition de ces lépromes en 12 mois.



Figure 3 - Nette régression des lésions, après 20 jours de pentoxifylline.

Mais, au vingt-deuxième mois de traitement, la patiente a développé un érythème noueux lépreux sévère avec des signes généraux (fièvre et asthénie), des nodules inflammatoires sous-cutanés aux membres supérieurs (Fig. 2) et inférieurs et sur le visage, ainsi qu'une névrite du nerf cubital gauche associée à une hypoesthésie de la main gauche et des paresthésies des deux pieds. Le bilan biologique montrait alors les résultats suivants : hémoglobine : 11,8 g/dl, leucocytes : 12 700/mm³ dont polynucléaires neutrophiles : 9 700/mm³, C.R.P. : 103 mg/l. Sous pentoxifylline (Torental®), 400 mg trois fois par jour, les signes généraux et nerveux se sont amendés en 6 jours, le syndrome inflammatoire en 3 semaines et les signes cutanés en 3 mois (Fig. 3).

DISCUSSION

Mayotte, île Française de l'archipel des Comores, est située dans l'Océan Indien, à 300 km de Madagascar et 1 500 km de la Réunion. D'une superficie de 374 km², sa population est estimée à 170 000 habitants (recensement 2003). La région est une zone de forte endémie lépreuse avec l'île d'Anjouan, autre île de l'archipel, où l'incidence était de 36/100 000 habitants en 2002 (5), en particulier chez les jeunes de moins de 15 ans, avec un taux élevé de patients multibacillaires (6). A Madagascar, la même année, l'incidence était de 33/100 000 hab. et la prévalence de 4/10 000 hab. (7). Mayotte, avec une incidence pour 2001, 2002, 2003 de respectivement 34, 23 et 37/100 000 hab. et une prévalence de 5, 6, 4, 7 et 5,6/10 000 hab., est le territoire français le plus touché par la maladie de Hansen (8). Avec 50 à 60 nouveaux cas par an, il y a plus de nouveaux cas dépistés à Mayotte que dans tous les DOM-TOM et la métropole réunis (9-11). Cette île française n'a pas atteint le but fixé par l'OMS pour 2005, de l'éradication de la lèpre comme problème de santé publique (soit une prévalence inférieure à 1/10 000 hab.) (12), alors que l'incidence globale diminue dans le monde (407 000 nouveaux cas déclarés en 2004 contre 760 000 en 2001).

La lèpre n'est pas une dermatose prurigineuse, mais beaucoup de hanséniens se plaignent d'un prurit intercurrent ou surtout d'une envie d'arracher les lépromes pour des raisons esthétiques. Les ulcérations qui en résultent sont beaucoup plus grandes que celles de la gale et souvent entourées d'un halo hyperchromique post-inflammatoire. En outre, la recherche de lépromes jeunes en périphérie ou à distance permet d'évoquer la maladie de Hansen. En effet, devant un prurit, très fréquemment dû à la gale et endémique en zone tropicale, il ne faut pas se contenter de ce diagnostic et examiner attentivement toutes les lésions pour déceler d'autres pathologies éventuelles. La multithérapie prônée par l'OMS (13) s'est montré efficace, y compris chez les sujets porteurs d'un bacille résistant à la dapsonne, comme cela a déjà été le cas aux Comores (14).

L'érythème noueux lépreux (ENL), complication fréquente des lèpres multibacillaires (15), était considéré comme une vasculite, conséquence de la formation de complexes immuns circulants (16). Il peut apparaître en début de traitement, avec des signes généraux (douleurs diffuses, fièvre, arthralgies, épistaxis, iridocyclite, névrites) (17). Récemment, l'importance du TNF a été soulignée (18), suggérant le rôle

des cytokines dans les manifestations systémiques de l'ENL. Jusqu'à ces dernières années, les formes sévères étaient traitées par les corticostéroïdes ou le thalidomide (19) avec leurs effets secondaires non négligeables (20).

Par ailleurs, la pentoxifylline, vasodilatateur périphérique, a une action anti-TNF α , comme le thalidomide (21) et les corticoïdes et a été testée avec succès dans plusieurs dermatoses (périartérite noueuse, maladie de Behçet, aphthose buccale...). Plusieurs auteurs ont utilisé avec succès la pentoxifylline dans l'ENL et le considèrent comme le meilleur traitement actuel de cette réaction (22), en raison de son efficacité et de l'absence d'effets secondaires. Son délai d'action est néanmoins plus lent, 25 jours en moyenne (23) que les corticoïdes (21 jours) ou la thalidomide (14 jours). L'ENL, ayant tendance habituellement à récidiver, y compris avec les symptômes généraux, n'est jamais réapparu après un traitement par pentoxifylline.

Le Pityriasis versicolor est très fréquent, atteignant 25 % des adultes jeunes en zone tropicale (24) et représente la deuxième cause de mycose tropicale après *Trichophyton violaceum* (25). Sur la peau noire, les macules sont surtout hypochromiques avec une sensibilité conservée (26). Les lésions peuvent être peu nombreuses ou au contraire profuses, confluant en de vastes macules aux contours géographiques avec souvent de toutes petites macules satellites. Certaines formes atteignent exclusivement le visage (27), en respectant le tronc (28). La peau du visage étant plus grasse, le signe du copeau y est rarement retrouvé. La desquamation fine au grattage et le caractère déchiqueté des lésions permettent habituellement de faire facilement la différence avec des lésions hypochromiques de maladie de Hansen. Le scotch-test cutané permet de retrouver les spores caractéristiques, la culture nécessitant un milieu spécial (29). Cependant, le diagnostic de Pityriasis versicolor est plus difficile quand un traitement local a déjà été entrepris, et qu'il ne reste que des macules hypochromiques à bords flous, sans la desquamation en copeau caractéristique, car d'autres étiologies d'hypochromie cutanée sont fréquentes en pays tropical, comme le pityriasis alba (31 %), le naevus achromique (24 %) ou encore le vitiligo (5,6 %) (30). L'anamnèse permet alors de redresser le diagnostic.

La gale est également fréquente en zone tropicale (31), en particulier chez les enfants (32), dans de mauvaises conditions socio-économiques (33). Mais les lésions sont habituellement très caractéristiques : prurigineuses, excoriées, vésiculeuses, pustuleuses ou croûteuses en cas de surinfection, avec des petites ulcérations. En outre, les localisations préférentielles sont très évocatrices (espaces interdigitaux, poignets, fesses, aréoles mammaires, verge) (34). Le sillon interdigitaal caractéristique est souvent difficile à voir sur la peau noire. Le traitement habituel par le benzoate de benzyle est actuellement avantageusement remplacé par l'ivermectine en prise unique (35), avec une disparition du prurit dans respectivement 48 % et 93 % des cas (36). En outre, le henné est utilisé comme tatouage décoratif sur la peau dans certaines populations, comme ce fut le cas de notre patiente. Or, le henné, souvent mélangé avec de la paraphénylènediamine pour foncer la couleur du dessin sur la peau, peut parfois provoquer des réactions allergiques eczématiformes prurigineuses (37), qui compliquent encore le diagnostic.

CONCLUSION

Ainsi, dans les pays d'endémie de lèpre, devant des lésions cutanées atypiques, il faut toujours évoquer l'association de plusieurs étiologies. Il est donc nécessaire de les rechercher attentivement pour pouvoir les différencier et adapter les divers traitements nécessaires, afin d'obtenir une guérison le plus rapidement possible. Enfin, la pentoxifylline semble très efficace dans le cas des états réactionnels de la lèpre type érythème noueux.

RÉFÉRENCES

- 1 - SCHMELLER W, DZIKUS A - Skin diseases in children in rural Kenya: long-term results of a dermatology project within the primary health care system. *Br J Dermatol* 2001 ; **144** : 118-24.
- 2 - OGUNBIYI AO, OWOAJE E, NDAHIA - Prevalence of skin disorders in school children in Ibadan, Nigeria. *Pediatr Dermatol* 2005 ; **22** : 6-10.
- 3 - RAMOS-E-SILVA M, REBELLO PF - Leprosy. Recognition and treatment. *Am J Clin Dermatol* 2001 ; **2** : 203-11.
- 4 - BOBIN P - Lèpre. *Enc Med Chir; Mal Inf* 1999 ; 8-038 F-10 : 17p.
- 5 - ZAHARA S, SALIMA A, GRILLONE S, PATTYN SR - Résultats d'une campagne d'élimination de la lèpre à Anjouan (Union des Comores). *Bull Ass Leprol Langue Fr* 2004 ; **14** : 8-10.
- 6 - PATTYN SR, GRILLONE S - Leprosy in the Comores 1981-88. *Ann Soc Belge Med Trop* 1991 ; **71** : 51-5.
- 7 - OMS - Lèpre, situation mondiale. *Rel Epid Hebd* 2002 ; **77** : 1-8
- 8 - DE CARSALADE GY, ACHIRAFI A, SAGET J - La lèpre à Mayotte : situation en 2003 et perspectives de la lutte anti-lépreuse. *Bull Ass Leprol Langue Fr* 2004 ; **14** : 13-5.
- 9 - DE CARSALADE GY, ACHIRAFI A, FLAGEUL B. La maladie de Hansen dans la collectivité territoriale de Mayotte (Océan Indien) : étude rétrospective de 1990 à 1998. *Acta Leprol* 1999 ; **11** : 133-7
- 10 - FLAGEUL B. Enquête épidémiologique sur la maladie de Hansen en France métropolitaine (1995-1998). *Ann Dermatol Venereol* 2001 ; **128** : 17-20.
- 11 - ANONYME. La lèpre dans les DOM-TOM au 1^{er} janvier 2004. *Bull Ass Leprol Langue Fr* 2004 ; **15** : 13-5.
- 12 - MEIMA A, RICHARDUS JH, HABBEMA JD. Trends in leprosy case detection worldwide since 1985. *Lepr Rev* 2004 ; **75** : 19-33
- 13 - BRITTON WJ, LOCKWOOD DN - Leprosy. *Lancet* 2004 ; **363** : 1209-19.
- 14 - PATTYN SR, BOURLAND J, GRILLONE S *et Coll* - Combined regimens of one year duration in the treatment of multibacillary leprosy. Combined regimens with rifampicin administered during one year. *Lepr Rev* 1989 ; **60** : 109-17.
- 15 - LANGUILLON J. Précis de lèprologie. Ed Sia ed, Lavaur, 1999, 330 p.
- 16 - MORAND JJ, BADIANE C, BOBIN P. Actualités de l'érythème noueux lépreux. *Med Trop* 2004 ; **64** : 423-30.
- 17 - BOUREEP, LANCON A - Lèpre multibacillaire chez une parisienne : courte exposition au risque et longue incubation. *Bull Ass Leprol Langue Fr* 2001 ; **8** : 34.
- 18 - BARNES PF, CHATTERJEE D, BRENNAN PJ *et Coll* - Tumor necrosis factor production in patients with leprosy. *Infect Immunol* 1992 ; **60** : 1441-6.
- 19 - OKAFOR MC. Thalidomide for erythema nodosum leprosum and other application. *Pharmacotherapy* 2003 ; **23** : 481-93.
- 20 - WU JJ, HUANG DB, PANG KR *et Coll* - Thalidomide : dermatological indications, mechanisms of action and side-effects. *Br J Dermatol* 2005 ; **153** : 254-73.
- 21 - SAMPAIO EP, HERNANDEZ MO, CARVALHO DS, SARNO EN - Management of erythema nodosum leprosum by thalidomide : thalidomide analogues inhibit *M. leprae* induced TNF alpha production *in vitro*. *Biomed Pharmacother* 2002 ; **56** : 13-9.

- 22 - NERY JA, PERISSEARS, SALES AM *et Coll* - The use of pentoxifylline in the treatment of type 2 reactional episodes in leprosy. *Indian J Lepr* 2000 ; **72** : 457-67.
- 23 - DE CARSLADE GY, ACHIRAFI A, FLAGEUL B - Pentoxifylline in the treatment of erythema nodosum leprosum. *J Dermatol* 2003 ; **30** : 64-8.
- 24 - PONNIGHAUS JM, FINE PE, SAUL J - The epidemiology of pityriasis versicolor in Malawi, Africa. *Mycoses* 1996 ; **39** : 467-70.
- 25 - ELLABIB MS, KHALIPA Z, KAVANAGH K - Dermatophytes and other fungi associated with skin mycoses in Tripoli, Libya. *Mycoses* 2002 ; **45** : 101-4.
- 26 - BELEC L, TESTA J, BOURÉE P - Pityriasis versicolor in the Central African Republic: a randomized study of 144 cases. *Jour Med Vet Mycol* 1991 ; **71** : 323-9.
- 27 - AKPATA LE, GUGNANI HC, UTSALO SJ - Pityriasis versicolor in school children in Cross River State of Nigeria. *Mycoses* 1990 ; **33** : 549-51.
- 28 - MAHE A - Le Pityriasis versicolor. in : Mahé A. *Dermatologie sur peau noire*. Doïn ed, Paris, 2000, pp 10-6.
- 29 - SALAH SB, MAKNI F, MARRAKCHI S *et Coll* - Identification of *Malassezia* species from Tunisian patients with pityriasis versicolor and normal subjects. *Mycoses* 2005 ; **48** : 242-5.
- 30 - FAYE O, N'DIAYE HT, KEITA S *et Coll* - High prevalence of non-leptotic hypochromic patches among children in a rural area of Mali, West-Africa. *L epr Rev* 2005 ; **76** : 144-6.
- 31 - MAHE A, CISSE IA, FAYE O *et Coll* - Skin diseases in Bamako (Mali). *Int J Dermatol* 1998 ; **37** : 673-6.
- 32 - LANDWEHR D, KEITA SM, PONNIGHAUS JM, TOUNKARA C - Epidemiologic aspects of scabies in Mali, Malawi and Cambodia. *Int J Dermatol* 1998 ; **37** : 588-90.
- 33 - TERRY BC, KANJAH F, SAHR F, KORTEQUEE S - *Sarcoptes scabiei* infestation among children in a displacement camp in Sierra Leone. *Public Health* 2001 ; **115** : 208-11.
- 34 - BOUREE P. Un nouveau traitement de la gale . *Conc Med* 2004 ; **126** : 444-7.
- 35 - DIA D, DIENG MT, NDIAYE AM *et Coll* - Gale norvégienne à Dakar. A propos de 11 cas vus en un an. *Dakar Med* 1999 ; **44** : 243-5.
- 36 - NNORUKA EN, AGU CE - Successful treatment of scabies with oral ivermectin in Nigeria. *Trop Doct* 2001 ; **31** : 15-8.
- 37 - LIM SP, PRAIS L, FOULDS IS - Henna tattoos for children : a potential source of para phenylenediamine and thiuram sensitization. *Br J Dermatol* 2004 ; **151** : 1271.

