

## ERUPTION PAPULOPUSTULEUSE DU VISAGE ET DU THORAX

### PAPULOPUSTULAR ERUPTION OF FACE AND CHEST

MEZIOU TJ<sup>1</sup>, ZRIBI J<sup>1</sup>, CHAABENE H<sup>1</sup>, MARRECHI CH<sup>2</sup>, LAHIANI D<sup>2</sup>, HACHICHA J<sup>3</sup>, BEN JEMAA M<sup>2</sup>, TURKI H<sup>1</sup>.

1-Service de Dermatologie et de Vénérologie, CHU Hédi Chaker 3029 Sfax, Tunisie

2-Service des Maladies Infectieuses, CHU Hédi Chaker 3029 Sfax, Tunisie

3-Service de Néphrologie, CHU Hédi Chaker 3029 Sfax, Tunisie

#### Correspondance :

Meziou Taha Jalel

Adresse : Service de Dermatologie-Vénérologie  
CHU Hédi Chaker, Sfax 3029, Tunisie.

Numéro de téléphone : 21674242627

Adresse e-mail : meziou\_tn@yahoo.fr

#### OBSERVATION

Homme âgé de 28 ans, greffé rénal, sous immunosuppresseur (ciclosporine) depuis 1 an, nous a été adressé du service de néphrologie pour une éruption acnéiforme prurigineuse du visage et du tronc évoluant depuis 4 mois.

L'examen cutané du tronc avait montré une peau séborrhéique sur laquelle se développaient de multiples lésions érythémateuses, papuleuses, folliculaires par endroit, confluentes, avec présence de multiples lésions pigmentées cicatricielles. L'examen du visage avait trouvé une éruption faite de papules folliculaires avec quelques éléments pustuleux (fig.1, 2). Le reste de l'examen était sans particularité. Le diagnostic d'acné était posé. Un traitement à base de cycline et de peroxyde de benzoyle était instauré.

Quel diagnostic évoquez-vous ?

Les hypothèses diagnostiques :

- Acné
- Folliculite à Démodex
- Folliculite Pytyrosporique

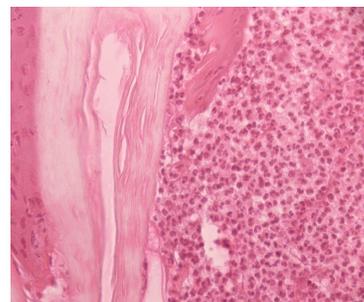


**Fig.1: Folliculite du visage : Aspect acnéiforme**

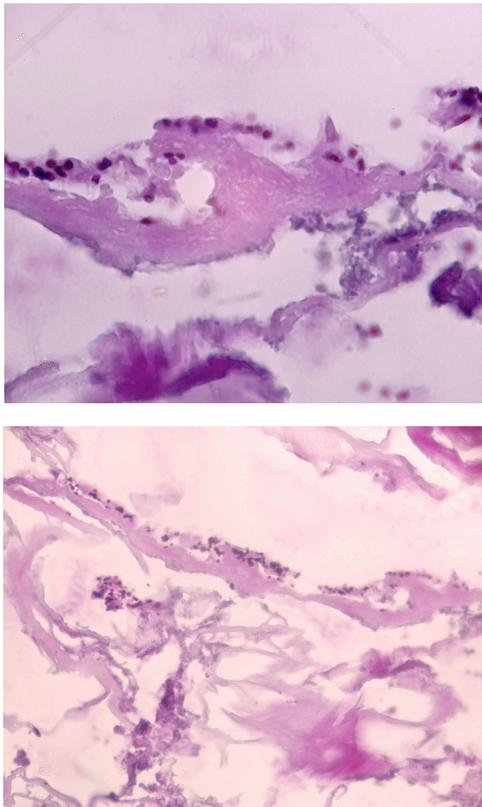


**Fig.2 : Folliculite du thorax**

Après 5 mois de traitement antiacnéique et devant l'absence d'amélioration, un prélèvement mycologique avait montré la présence de *Malassezia furfur* à l'examen direct et en culture. Une biopsie d'un élément pustuleux était réalisée. L'examen histologique (fig.3) avec coloration au PAS (fig.4, 5), avait montré la présence de levures au sein de l'infundibulum pilaire. Il s'agissait donc d'une folliculite pityrosporique chez un greffé rénal sous traitement immunosuppresseur. Le malade était alors traité par fluconazole à la dose de 50 mg/jour pendant 6 semaines et par un imidazolé topique en application biquotidienne. L'évolution était marquée par une disparition des lésions papulo-pustuleuses folliculaires.



**Fig 3 : Follicule pilaire : Infiltrat inflammatoire périfolliculaire à prédominance de polynucléaires neutrophiles ( HES x 400)**



**Fig 4,5 : Nombreuses levures au niveau de l'infundibulum pilaire (PAS x 600)**

## DISCUSSION

La folliculite pityrosporique est une inflammation du follicule pilo-sébacé secondaire à sa colonisation par une levure du genre *Malassasia furfur* (MF). Elle correspond à une éruption acnéiforme à type de papules folliculaires centrée par un orifice pilosébacé béant ou de pustules touchant les zones séborrhéiques (thorax, dos, épaules et visage) en raison des exigences nutritionnelles en acides gras de ces levures. Leur diagnostic est souvent méconnu : la pathologie peut être confondue avec une acné ou autres types de folliculites. Le clinicien doit y penser devant une acné prurigineuse, monomorphe notamment en l'absence de comédons et ne répondant pas au traitement antibiotique et aux rétinoïdes bien conduits.

Elle survient préférentiellement chez l'adulte, d'âge moyen, le plus souvent de sexe masculin, et ceci serait en corrélation avec le taux important de sébum produit à cet âge [1, 2]. Il est difficile d'apprécier leur fréquence du faite qu'elle sont souvent confondues avec une acné ou autres folliculites. Elle est souvent favorisée par

l'immunodépression (une infection par le VIH, une corticothérapie au long cours) [3], les trisomies 21, les malades recevant une nutrition parentérale riche en lipides et les nouveau-nés en période néonatale ou au cours de traitements antibiotiques (tétracyclines), oestroprogestatifs [2] ou dermocorticoïdes reçus au long cours [5]. Une étude réalisée en Arabie Saoudite, dans une unité de transplantation, sur 60 malades greffés rénaux montrait que la fréquence des folliculites à (MF) était de l'ordre de 8% [4]. L'évolution en l'absence de traitement est volontiers chronique avec un caractère résistant aux antiacnéiques classiques. Le prélèvement mycologique et parfois l'examen histologique sont nécessaires pour la confirmation diagnostique [2]. A l'examen direct des squames prélevées par curetage superficiel des lésions, on observe des enchevêtrements de filaments épais typiques des levures du genre (MF). Les résultats les plus fiables sont obtenus après examen du contenu des pustules évacuée par un tire comédon. Le traitement repose sur les antifongiques à base d'imidazolés (en topique, application biquotidienne), associé à un traitement par voie générale, tels que fluconazole à la dose de 50 mg/j, itraconazole : 200 mg/j ou kétoconazole pendant 10 à 14 jours.

La folliculite pityrosporique doit être suspectée devant toute éruption acnéiforme chez un malade ayant des facteurs d'immunodépression. Elle est généralement de bon pronostic. Non traitée, l'évolution est volontiers chronique avec des récurrences fréquentes et un prurit gênant pourrait persister.

## REFERENCES

- 1- Sook-Kyoung Kang et al. A case of infantile acne due to Pityrosporum; *Pediatric Dermatol* 2003 ; 20 :168-70.
- 2- Daniel F. L'acné. Les pièges diagnostiques; *Ann Dermatol Venereol* 2003 ; 130 :121-131
- 3- Faegermann J. Pityrosporum infections. *J Am Acad Dermatol* 1994 ; 31 : 518-20.
- 4- Rafi A, Ghacha R. Spectrum of skin disease in renal transplant recipients. *Dialysis and transplantation* 2001 ; 30 : 282-7.
- 5- Archer-Dubon C, Icaza-Chivez ME, Orozco-Topete et al. An epidemic outbreak of Malassezia folliculitis in three adult patients in an intensive care unit : a previously unrecognized nosocomial infection. *Int J Dermatol* 1998 ; 38 : 453-6