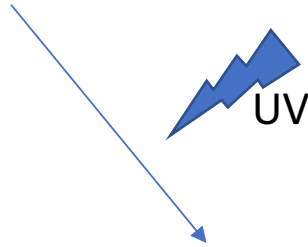


Lupus érythémateux subaigu

- Dû probablement à l'action directe de l'**anticorps anti Ro-SSA** sur les **kératinocytes** ⁽¹⁾



Expriment à leur surface les antigènes Ro-SSA sous l'action des UV

- Lésions érythémato-squameuses **psoriasiformes**
 - **Disposition parfois annulaire polycyclique**
 - bordure érythémato-squameuse ou vésiculo-croûteuse
 - centre souvent hypopigmenté avec des zones télangiectasiques
- Pas d'hyperkératose folliculaire ni d'atrophie ⁽²⁾
- Photosensibilité marquée

Topographie:

- Lésions globalement **symétriques**
- Prédominance sur les **zones photoexposées de la moitié supérieure du corps**
 - Face antérieure thorax, « V » du décolleté, haut du dos, face d'extension des membres supérieurs
 - Visage possible
 - Respect de la face interne des membres supérieurs, des flancs et des aisselles
 - Atteinte des membres inférieurs rare



Lupus subaigu

*Service de Dermatologie
CHU Nord*



Lupus subaigu

*Service de Dermatologie
CHU Nord*

Formes induites:

➤ **Médicamenteuses:** *cf chapitre dédié*

- Nombreuses
- En particulier avec
 - Hydrochlorothiazide
 - Antifongiques (terbinafine)

➤ **Induites par une radiothérapie** ⁽³⁾

➤ **Paranéoplasiques:** *cf chapitre dédié*

- **Plus de 50% des malades** avec des lésions de LE subaigu ont un lupus systémique selon les critères de l'ACR ⁽⁴⁾
- La large majorité des malades avec LE subaigu n'ont **pas d'atteinte systémique justifiant une corticothérapie générale** (atteinte articulaire ou musculaire seule)
→ Atteintes viscérales graves, en particulier rénales ou neurologiques < 10% des cas ⁽⁵⁾

- *70 à 90% des cas* : **anticorps anti-noyaux de type anti-Ro ou anti-SSA**
→ Taux plus élevés si on ne considère que les **formes annulaires**, associées plus fortement aux anticorps anti-Ro/SSA
- *70 à 80% des cas*: **anticorps antinucléaires** à des taux significatifs ⁽⁶⁾
- *5 % des cas*: **anticorps anti ADN natif** ⁽⁶⁾
- Association forte avec l'**HLA de type II HLA DR2 et DR3** ⁽⁷⁾

Formes associées liée à la présence d'anticorps anti Ro-SSA:

➤ Co existence d'un LES et d'un **syndrome de Gougerot-Sjögren**

Dans le cadre d'un **syndrome de Sharp ou connectivite mixte**

= association simultanée ou successive d'au moins 2 connectivites

(→ exemple: LES + syndrome de Gougerot-Sjögren)

Pouvant associer :

- **Syndrome de Raynaud**
 - **Signes musculaires**
 - **Signes articulaires**
 - Titre élevé d'anticorps antinucléaires
- fluorescence de type moucheté, dirigés contre l'U1 **RNP**

➤ **Lupus néonatal**

→ Cf chapitre dédié

Physio-
Pathologie

Clinique

Association
LES

Biologie

Histologie

Evolution

Traitement

Diagnostic
différentiel

Cf chapitre dédié (« Caractéristiques communes »)

➤ **Pas d'atrophie cicatricielle**

➤ Parfois **troubles pigmentaires séquellaires** habituellement transitoires

- Hypopigmentation sur les peaux foncées
- Hyperpigmentation sur les peaux claires

➤ Parfois **télangiectasies séquellaires**

➡ Evolution dissociée des autres manifestations systémiques

- Traitement des **manifestations systémiques associées le cas échéant**

+ cf chapitre dédié (« Traitement des lupus érythémateux cutanés »)

- Psoriasis
- Erythème annulaire du syndrome de Goujerot-Sjogren
- Erythème annulaire centrifuge de Darier
- Dermatophytie
- Erythème polymorphe
- Pityriasis rosé de Gibert
- Erythème chronique migrateur des borrélioses
- Erythema gyratum repens paranéoplasique

Éléments pour le diagnostic différentiel

Psoriasis

Papule ou plaque erythématosquameuse bien limitée

Zones bastions:

- Coudes + bord cubital de l'avant bras
 - Genoux + jambes
 - Région lombosacrée
 - Cuir chevelu
 - Ongles : dépressions ponctuées cupuliformes (en dé à coudre), onycholyse distale
-
- Signes de la bougie
 - Signe de la rosée sanglante

Histologie:

Hyperkératose parakératosique

Microabcès à polynucléaires neutrophiles dermiques

Agranulose

Acanthose

Allongement des papilles dermiques dans l'épiderme

Psoriasis



*Service de Dermatologie
CHU Nord*

Psoriasis



*Service de Dermatologie
CHU Nord*

Erythème annulaire du syndrome de Goujerot-Sjogren

- S'accompagne d'un **syndrome sec oculo-buccal**
 - Attention parfois association LES et syndrome de Goujerot-Sjogren
- Associé à la présence d'anticorps anti-Ro/SSA et anti-La/SSB
- Biopsie des glandes salivaires accessoires (BGSA): aspect de **sialadénite chronique** avec un score de Chisholm et Mason grade 3 ou 4
- Syndrome sec oculaire objectivé par test de Schirmer

Erythème annulaire centrifuge de Darier

- Affection bénigne d'étiologie inconnue
- Lésions annulaires dont la bordure érythémateuse progresse lentement de façon centrifuge laissant une partie centrale qui guérit progressivement
- Histologie peu spécifique



Erythème annulaire
centrifuge de Darier

Service de Dermatologie
CHU Nord

Dermatophytie

= Herpes circiné

- Lésions circulaires et bien délimitées
- Généralement prurigineuses et d'extension centrifuge
- Prélèvements mycologiques (culture, PCR dermatophyte) positifs



Dermatophytie

*Service de Dermatologie
CHU Nord*

Erythème polymorphe

Éléments pour le diagnostic différentiel

- Lésions en cocardes prédominant sur les extrémités des membres
- Atteinte muqueuse souvent associée
- Contexte médicamenteux ou viral (HSV1++)

➤ Histologie:

- Nécroses kératinocytaires
- Œdème dermique

Erythème polymorphe





Erythème polymorphe

Atteinte muqueuse associée

Pityriasis rosé de Gibert

Éléments pour le diagnostic différentiel

- Eruption paravirale
- Parfois contexte familial ou épidémique
- Caractère saisonnier printanier et automnal classique
- **Médaille annulaire principal initial** bien limité
 - Bordure rose vif
 - Centre clair brunâtre et fripé
 - Evolution centrifuge
 - Le plus souvent sur le tronc (> cou > racine membres)
- Puis **éruption secondaire** 2 à 20 jours après avec:
 - Petits médaillons identiques au médaillon primaire avec **disposition en « sapin de Noël »**
 - Lésions multiples maculeuses ou légèrement papuleuses érythémateuses peu squameuses de petites taille



Pityriasis rosé de Gibert

*Service de Dermatologie
CHU Nord*

Erythème chronique migrateur des borrélioses

- Lésion érythémateuse **centrée par une pique de tique**
→ bordure annulaire érythémateuse **centrifuge**
Indolore, non prurigineuse
Membres inférieurs dans ½ cas
- Contexte: ballade en forêt, séjour en **zones boisées** de l'Est et du centre de la France
- Sérologie de Lyme généralement négative au stade d'érythème migrant



Erythème chronique
migrateur

Service de Dermatologie
CHU Nord

Erythema gyratum repens paranéoplasique

- Lésions érythémateuses **arciformes**, annulaires, **serpigineuses**
- Extension rapide
- Contexte de **néoplasie sous jacente**

Bibliographie

- (1) Jones SK. Ultraviolet radiation (UVR) induces cell-surface Ro/SSA antigen expression by human keratinocytes *in vitro* : a possible mechanism for the UVR induction of cutaneous lupus lesions. BJD. 1992; 126: 546-553
- (2) Saurat JH, Dermatologie et infections sexuellement transmissibles. ELSEVIER-MASSON – 6^{ème} éd. 2017. 1330p
- (3) Kolm I, Pawlik E, Eggmann N, Kamarachev J, Kerl K, French LE, et al. Subacute cutaneous lupus erythematosus triggered by radiotherapy. Case Rep Dermatol. 2013;5:232–6.
- (4) Cohen MR, Crosby D. Systemic disease in subacute cutaneous lupus erythematosus: a controlled comparison with systemic lupus erythematosus. J Rheumatol. 1994 ;21:1665–9.
- (5) Sontheimer RD. Subacute cutaneous lupus erythematosus: a decade's perspective. Med Clin North Am 1989;73:1073-90
- (6) Tebbe B, Mansmann U, Wollina U, Auer-Grumbach P, Licht-Mbalyohere A, Arensmeier M, et al. Markers in cutaneous lupus erythematosus indicating systemic involvement. A multicenter study on 296 patients. Acta Derm Venereol. 1997;77:305–8
- (7) Sontheimer RD, Maddison PJ, Reichlin M, Jordon RE, Stastny P, Gilliam JN. Serologic and HLA associations in subacute cutaneous lupus erythematosus, a clinical subset of lupus erythematosus. Ann Intern Med. 1982;97:664–71