

Infiltrat lymphocytaire cutané
bénin (ILCB)
de Jessner et Kanof



- Affection rare et **bénigne**
- Décrite par Jessner et Kanof en 1953 ⁽¹⁾
- **Individualité controversée**
→ serait apparentée au LE
- Etiologie inconnue
→ Due à un **infiltrat lymphocytaire T dermique**
- Considéré comme un **pseudolymphome cutané non épidermotrope**



- Lésion élémentaire: Papule rouge à rose-brun, de surface plane, discoïde
- **Asymptomatique++**
→ Parfois: sensation de prurit ou de brûlure
- Guérison centrale
- Une seule (**forme papulonodulaire**) ou plusieurs lésions pouvant se regrouper sous un aspect arciforme (**forme annulaire**) ^(1,2,3)



- Pas d'altération de l'état général
- Pas d'adénopathies palpables ni organomégalie associée
- Topographie prédominante **photodistribuée** ^(2,3)
 - visage, oreilles, cou, **partie haute du tronc et région médiodorsale**
- Localisation aux membres rare, exceptionnelle à l'abdomen

Jessner-Kanof

Collection Professeur Delaporte, CHRU Lille



Jessner-Kanof





Bilan autoimmun et infectieux négatif



Eliminant les diagnostics différentiels (*cf diapositive dédiée*)



Bilan autoimmun et infectieux négatif

Bilan à réaliser:
→ doit être **normal**

- NFS, plaquettes, VS
 - ASAT, ALAT, GGT, PAL
 - Créatinine, clairance créatinine
 - Anticorps anti-nucléaire, anti ADN, anti ENA
 - Sérologie Borréliose avec 2 prélèvements à 15 jours d'intervalle
 - LDH
 - Typage lymphocytaire avec rapport LT CD4/CD8
 - Sérologie VIH, VHB, Syphilis
- + Radiographie pulmonaire, échographie abdominopelvienne



Cf chapitre spécifique « Histologie »

- **Infiltrat lymphocytaire peu dense** essentiellement constitué de
 - **Lymphocytes T matures**
 - Associés à quelques lymphocytes B polyclonaux

- Modifications épidermiques faibles
- Dépôts de mucine peu abondants ⁽⁴⁾



- Evolution chronique par **poussées** entrecoupées de phases de rémission complètes
- Poussées parfois photodéclenchées
- Evolution sur plusieurs mois, voire années, **sans séquelles**
- **Pas (ou peu) de cicatrices**

- Persistance des lésions de façon chronique dans 15% des cas
- Facteurs déclenchant connus:
 - UV
 - stress



- Pas de transformation maligne ^(2,3)

Diagnostic = confrontation
Anamnèse + **Clinique** + **Biologie** + **Histologie**

Association

Arguments positifs

+

Arguments négatifs

- Aspect clinique évocateur
 - Evolution compatible
 - Histologie compatible



Infiltrat lymphocytaire
périvasculaire et périannexiel
sans modification épidermique

- IFD négative
- Bilan biologique normal



Locaux

Photoprotection++

- **Corticoïdes topiques** ⁽⁵⁾
- **Tacrolimus pommade à 0,1%** ⁽⁶⁾
→ Essais cliniques contradictoires
- **Laser à colorant pulsé 595 nm** ^(7,8)



Systemiques

- Pas indispensable: **rémission spontanée possible**
 - APS++
 - Thalidomide



Systémiques

APS ⁽⁹⁾

- Dose d'attaque jusqu'au contrôle des lésions  Diminution de la posologie de ½
- Sulfate de chloroquine (Nivaquine[®]) 200 mg/j
ou
- Hydroxychloroquine (Plaquenil[®]) 400 mg/j
- Indiqués **en première intention**
- En cas de photosensibilité, des cures intermittentes durant les mois ensoleillés peuvent suffire pour contrôler la maladie
- Pas de durée précise



Systemiques

➤ Méthotrexate

→ Case reports montrant une efficacité après échec des APS ⁽¹⁰⁾

➤ Thalidomide

- Seul traitement qui ait fait l'objet d'une étude contrôlée ⁽¹¹⁾
- Indiqué **en seconde intention** en cas d'échec des APS

- **LE tumidus++** : Principal diagnostic différentiel
 - Certains auteurs considèrent l'ILCB de JK comme une variante dermique du lupus érythémateux, le lupus tumidus ^(12, 13)
- Lymphomes cutanés T
- Lymphomes cutanés B
- Granulome annulaire
- Granulome facial de Lever
- Sarcoidose cutanée en plaque



Éléments pour le diagnostic différentiel

Lymphomes cutanés T

→ Principalement mycosis fongoïde stade 2 (sous formes de **plaques infiltrées**)

- N'évoluant pas par poussées

➤ Histologie

- Infiltrat lymphocytaire T dermique superficiel dense
- Epidermotropisme (=migration épidermique de lymphocytes atypiques, sans spongiose ni nécrose kératinocytaire)
- Atypies cellulaires = Plus grands que des petits lymphocytes, noyaux hyperchromatiques et convolutés, halo clair péri-nucléaire
- IHC: Classiquement CD3+, CD4+, CD8-
- Clone lymphocytaire T dominant



Mycosis fungoïde
stade 2

Service de Dermatologie
CHU Nord

Lymphomes cutanés B

Eléments pour le diagnostic différentiel

Lymphome de la zone marginale	Lymphome centrofolliculaire
Clinique: Papules ou nodules violacés Rarement ulcérés Tronc et extrémités ++	Lésions arciformes du tronc d'évolution chronique Extrémité céphalique caractéristique ++
Histologie: Infiltrat dermique fait de petits lymphocytes B peu atypiques parfois différenciés en plasmocytes IHC: BCL2+ BCL6- Monoclonalité B	Infiltrat dermique fait de centrocytes et centroblastes en proportions variables IHC: BCL2- BCL6+ Monoclonalité B



Lymphome cutané B

*Service de Dermatologie
CHU Nord*



Granulome annulaire

Éléments pour le diagnostic différentiel

➤ **Clinique:** *Affection granulomateuse bénigne, d'étiologie inconnue*

- Lésion élémentaire: papule ou petit nodule, bien limité, de couleur peau normale ou rosée
- Asymptomatique
- Extension centrifuge → aspect en anneau de quelques centimètres, caractéristique
- Topographie préférentielle:
 - Formes localisées (un à quelques anneaux) : extrémités digitales, dos des mains et des pieds, saillies articulaires
 - Formes généralisées: tronc >> membres

➤ **Histologie:**

Granulome nodulaire dermique se disposant de façon palissadique
→ autour d'altérations du tissu conjonctif dermo-hypodermique

Granulome annulaire



Forme localisée



Forme généralisée

*Service de Dermatologie
CHU Nord*



Granulome facial de Lever

Éléments pour le diagnostic différentiel

- **Clinique:** *Affection granulomateuse bénigne*
 - Une ou de plusieurs papules, plaques ou nodules ou plaques de quelques millimètres à plusieurs centimètres
 - Bien limités
 - Couleur rouge-brun ou violacée
 - Consistance ferme
 - Surface lisse avec accentuation des follicules pileux en peau d'orange et souvent quelques télangiectasies
 - Habituellement asymptomatique +/- léger prurit, picotements, brûlures, sensibilité à la palpation
 - Topographie préférentielle: moitié supérieure du visage
- **Biologie:** parfois éosinophilie sanguine modérée
- **Histologie:**
 - Granulome éosinophilique dermique
 - Pas d'altération épidermique

Granulome facial de Lever



Sarcoidose cutanée

➤ Sarcoides en plaques

- Plaques érythémato-violacées, infiltrantes, de plusieurs centimètres de diamètre, parfois légèrement squameuses en surface ou surmontées de lésions nodulaires
- Fréquemment localisées sur les membres ou les fesses, parfois au visage
- Guérison centrale et évolution périphérique pouvant donner un aspect annulaire



Histologie: granulome gigantocellulaire sans nécrose caséreuse

Sarcoidose

cutanée

En plaque annulaire

Collection Professeur Delaporte, CHRU Lille



Bibliographie

- (1) Jessner M and Kanof B. Lymphocytic infiltration of the skin. Arch. Dermatol., 1953; 68 : 447-449
- (2) Remy-Leroux V, Leonard F, Lambert D et al. Comparison of histopathologic-clinical characteristics of Jessner's lymphocytic infiltration of the skin and lupus erythematosus tumidus : Multicenter study of 46 cases. J Am Acad Dermatol. 2008; 58 : 217–225
- (3) Abensour M. Maladie de Jessner-Kanof. Ann Dermatol Venereol. 1998; 125 : 739-742
- (4) Poenitz N, Dippel E, Klemke CD et al. Jessner's lymphocytic infiltration of the skin : a CD8+ polyclonal reactive skin condition. Dermatology. 2003; 207 : 276-284
- (5) Zhang S, Li S, Wang T et al. Jessner-Kanof lymphocyte infiltration responded well to impulse intralesional corticosteroid. Dermatol Ther. 2018;31:e12730
- (6) Tzung TY, Wu JC. Topical calcineurin inhibitors in treating Jessner's lymphocytic infiltration of the skin : report of a case. Br J Dermatol. 2005; 152 : 383-384
- (7) Borges Da Costa J, Boixeda P, Moreno C. Pulse dye laser treatment of Jessner's lymphocytic infiltration of the skin. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2009; 23 : 595-596
- (8) Michel JL, Perrin D. Pulsed dye laser treatment for Jessner's lymphocytic infiltration of the skin. Ann Dermatol Venereol. 2010; 137 : 803-807

Bibliographie

- (9) Adamski H, Labrousse AL, Sparsa A. Positive photobiological investigation in Jessner's lymphocytic infiltration of the skin. *Ann Dermatol Venereol*. 2002;129:1370-3.
- (10) Laurinaviciene R, Clemmensen O, Bygum A. Successful treatment of Jessner's lymphocytic infiltration of the skin with methotrexate. *Acta Derm Venereol*, 2009, 89 : 542-543
- (11) Guillaume JC, Moulin G, Dieng MT et al. Crossover study of thalidomide vs placebo in Jessner's lymphocytic infiltration of the skin. *Arch Dermatol*. 1995; 131 : 1032-1035
- (12) Lipsker D, Mitschler A, Grosshans E, Cribier B. Could Jessner's lymphocytic infiltrate of the skin be a dermal variant of lupus erythematosus? An analysis of 210 cases. *Dermatology*. 2006; 213: 15–22
- (13) Sparsa L, Afif N, Goetz J, Sordet C et al. Jessner-Kanof disease induced by leflunomide: a dermal variant of cutaneous lupus? *Rheumatol Int*. 2011;31:255-8