La revue de Médecine Interne : Images

Une fausse pelade

A False alopecia areata.

Nombre de mots : 564.

C. Rouger^a, Y. N’Guyen^{a*}, F. Bani-Sadr^a.

^a Service de Médecine Interne, Maladies Infectieuses et Immunologie Clinique. Hôpital Robert Debré, Reims, France.

* auteur correspondant : Service de Médecine Interne, Maladies Infectieuses et Immunologie Clinique. Hôpital Robert Debré, Reims, France. Phone : (+33)326789422. Fax : (+33)326784090. mail: yohan.nguyen@wanadoo.fr.

Résumé: aucun.

Abstract: none.

Mots clés : syphilis ; crane ; alopecie

Keywords : syphilis ; skull ; alopecia.

Histoire :

Un homme de 41 ans consultait pour céphalées fébriles et asthénie évoluant depuis une semaine. Il était connu pour être séropositif pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH-1) depuis 18 ans. Les derniers résultats de sa charge virale VIH-1 plasmatique et de son phénotypage lymphocytaire étaient indétectable et 200 CD4/mm³ respectivement sous trithérapie antirétrovirale hautement active par emtricitabine/tenofovir disoproxil et lopinavir/ritonavir.

La température corporelle était à 39°C sans frisson et il n'y avait pas de raideur de nuque ni d'anomalie à l'examen neurologique. Deux nodules sous cutanés douloureux augmentant de taille depuis quelques jours étaient palpés au niveau de la partie supérieure de chaque os pariétal et confirmés par le scanner du crâne sans injection (figure 1). Une biopsie chirurgicale a été réalisée afin de ne pas méconnaître un granulome éosinophile, un plasmocytome ou une étiologie néoplasique. L'examen macroscopique d'un de ces nodules retrouvait une pseudotumeur inflammatoire hypervasculaire. L'anatomopathologie confirmait la présence de foyers de nécrose au sein d'un infiltrat inflammatoire mixte avec un contingent plasmocytaire polyclonal. Aucun micro-organisme n'a été mis en évidence par les colorations usuelles.

La biopsie aurait pu être évitée mais le patient avait dissimulé avec du maquillage une lésion de la barbe apparue précédemment (figure 2).

Diagnostic:

Une syphilis secondaire avec ostéite du crâne et alopecie syphilitique de la barbe.

Commentaires:

La sérologie VDRL (Venereal Disease Research Laboratory slide test) et les anticorps spécifiques totaux (*Treponema pallidum* hemagglutination assay test) étaient respectivement positif au 1/32e et positif, alors qu'ils étaient précédemment négatifs. L'évolution était favorable sous-ceftriaxone.

L'ostéite du crane était une manifestation classique de la syphilis tertiaire au début du XXe siècle. Plusieurs cas d'ostéites du crane ont été décrites durant des syphilis secondaires dans les dix dernières années, notamment depuis l'épidémie de syphilis parmi les hommes homosexuels dans les pays développés [1,2]. Bien que rares, les lésions sont typiquement des nodules douloureux et infiltrés du scalp avec ostéolyse de l'os sous jacent chez des patients séropositifs pour le VIH [1,2]. L'anatomopathologie retrouve en général un infiltrat inflammatoire avec des foyers de nécrose sans mise en évidence de *Treponema pallidum* [1]. L'évolution est habituellement favorable en quelques mois après un traitement par pénicilline [2].

Une biopsie chirurgicale a été réalisée chez notre patient, car le diagnostic différentiel incluait des tumeurs primitives malignes ou non, ainsi que des métastases d'un autre cancer [3]. Une telle biopsie aurait pu être évitée si nous avions vu avant la zone d'alopecie d'aspect « mitée » de la barbe de notre patient. Une telle zone d'alopecie était apparue quelques semaines avant les nodules sous cutanées du scalp et était très évocatrice d'une alopecie syphilitique [4].

L'alopecie syphilitique est une alopecie non inflammatoire qui est présente dans une minorité des syphilis secondaires [5]. Elle peut être diffuse ou d'aspect "mitée" et cette dernière présentation est la plus évocatrice de syphilis secondaire [5]. Les localisations habituelles sont le scalp, les cils, les sourcils mais elle peut toucher les jambes ou la poitrine [4]. L'alopecie syphilitique est liée à un infiltrat lymphoïde périfolliculaire, où l'on ne détecte pas *Treponema pallidum* habituellement. Le principal diagnostic différentiel est la pelade, qui a une présentation clinique et histopathologique très proche de l'alopecie syphilitique [5]. L'alopecie syphilitique est habituellement résolutive quelques mois après pénicilline, traitement de référence des différents stades de la syphilis [5,6].

Remerciements: Dominique Hentzien.

Conflits d'intérêts : aucun.

Financements: Société Rémoise de pathologie Infectieuse et Interne.

References:

- 1- Gurland IA, Korn L, Edelman L, Wallach F. An unusual manifestation of acquired syphilis. Clin Infect Dis.2001;32:667–9.
- 2- Etienne M, Bencteux P, Gueit I, Abboud P, Caron F. Déjà vu in the catacombs: skull syphilitic osteitis. Lancet Infect Dis.2008;8:455.
- 3- Hsieh CT, Sun JM, Tsai WC, Tsai TH, Chiang YH, Liu MY.. Skull metastasis from hepatocellular carcinoma. Acta Neurochir(Wien).2007;149:185–90.
- 4- Pareek SS. Unusual location of syphilitic alopecia: a case report. Sex Transm Dis.1982;9:43–4.
- 5- Bi MY, Cohen PR, Robinson FW, Gray JM. Alopecia syphilitica-report of a patient with secondary syphilis presenting as moth-eaten alopecia and a review of its common mimickers. Dermatol Online J.2009;15:6.
- 6- Trad S, El Hajjam M, Dupin N, Émile JF, Hanslik T, Sène D. « Tous les Printemps,nous allons à Berlin ! ». Rev Med Interne 2012;33:713–7.

Tableaux: aucun.

Légendes des figures.

Figure 1: Photographie et scanner du crâne : nodule sous-cutané de la partie supérieure de l'os pariétal droit (A), ostéolyse de l'os pariétal gauche, en regard du nodule sous-cutané pariétal gauche (B).

Figure 2: Photographie de la barbe : plaque d'alopécie de la barbe non inflammatoire non cicatricielle d'aspect « mité ».