



ISSN NO. 2320-5407

Journal Homepage: -www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI:10.21474/IJAR01/19041
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/19041>



INTERNATIONAL JOURNAL OF
ADVANCED RESEARCH (IJAR)
ISSN 2320-5407
Journal Homepage: <http://www.journalijar.com>
Journal DOI:10.21474/IJAR01

RESEARCH ARTICLE

POROKERATOSE ACTINIQUE SUPERFICIELLE DISSÉMINÉE: À PROPOS D' UN CAS

Jawad El Azhari, Elkhali El Bakali, Youssef Zemmez, Mustapha Azzakhmam, Mohamed El Amraoui,
Rachid Frikh and Naoufal Hjira

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 06 May 2024

Final Accepted: 10 June 2024

Published: July 2024

Key words:-

Porokeratose, Porokeratose Actinique
Superficielle Disséminée (PASD),
Lamelle Cornéoïde, Dermoscopie,
Traitement

Abstract

Les porokératoses sont un groupe de maladies rares et d'étiologie inconnue, caractérisées par un trouble de la kératinisation, avec des présentations cliniques différentes ayant toutes en commun histologiquement la présence d'une lamelle cornéoïde. Elles sont souvent mal diagnostiquées et mal traitées. La forme actinique superficielle disséminée étant la plus fréquente. Nous rapportons le cas d'un adolescent de 18 ans, chez qui le diagnostic de porokeratose actinique superficielle disséminée (PASD) a été suspecté par la clinique et la dermoscopie, et confirmé par l'histologie. Un traitement doit être instauré afin de diminuer le prurit et d'améliorer les lésions cutanées, et une photo-protection rigoureuse et une surveillance régulière sont nécessaires.

Copy Right, IJAR, 2024,. All rights reserved.

Introduction:

Les porokératoses sont un groupe de maladies rares et d'étiologie inconnue, caractérisées par un trouble de la kératinisation, avec des présentations cliniques différentes ayant toutes en commun histologiquement la présence d'une lamelle cornéoïde.

Au moins six formes cliniques ont été identifiées, la plus fréquente reste la Porokeratose actinique superficielle disséminée. Les lésions apparaissent habituellement pendant la 3^{ème} ou la 4^{ème} décennie de vie, parfois plus tardivement, elle se présente cliniquement sous forme de multiples papules et plaques légèrement rougeâtre ou brunâtres bilatérales sur les zones photo-exposées avec une prédilection pour les membres distaux. Lorsque l'évolution est centrifuge, les lésions peuvent avoir une configuration irrégulière ou annulaire.

Le diagnostic est suspecté cliniquement et confirmé par la dermoscopie et l'histologie.

Présentation de cas:

Un adolescent de 18 ans, sans antécédents notables, consulte pour une éruption prurigineuse apparue depuis environ deux mois et d'évolution extensive. Il s'agit du deuxième épisode avec exacerbation des lésions après une longue exposition solaire. Il n'y a pas de cas similaires dans la famille.

L'examen clinique objective des lésions annulaires brunâtres de 4 à 15 cm, confluentes par endroits (surtout au niveau du visage); entourées d'une bordure keratosique surélevée, ainsi que des lésions papuleuses lichenoides confluentes en plaques, parfois excoriées par le grattage. Ces lésions sont localisées exclusivement au niveau des zones photo-exposées: face, cou, jambes et avant-bras, et sont bilatérales et symétriques. Le reste de l'examen clinique est sans particularités (**Figure.1**).

La dermoscopie montre une bordure kératinienne, des vaisseaux glomérulaires au centre des plaques, des squames centrales, et des points bruns le long de la bordure.

L'histologie montre un épiderme discrètement atrophique, présentant une dépression surmontée par une superposition de lamelles parakeratosiques en pile d'assiettes. Le derme superficiel est le siège d'un infiltrat lichénoïde marqué (**Figure.2**).



Figure 1:- Lésions annulaires confluentes par endroits entourées d'une bordure keratosique surélevée, et lésions papuleuses lichénoïdes au niveau du visage (A), des avant-bras (B) et des jambes (C).

La présentation clinique, l'évolution, la dermoscopie et l'histologie ont permis de poser le diagnostic de porokeratose actinique superficielle disséminée.

Le patient a été mis sous isotretinoïne à une dose de 20mg/jr associée à une photo-protection active. Une amélioration moyenne des lésions et du prurit a été notée après deux mois de traitement.

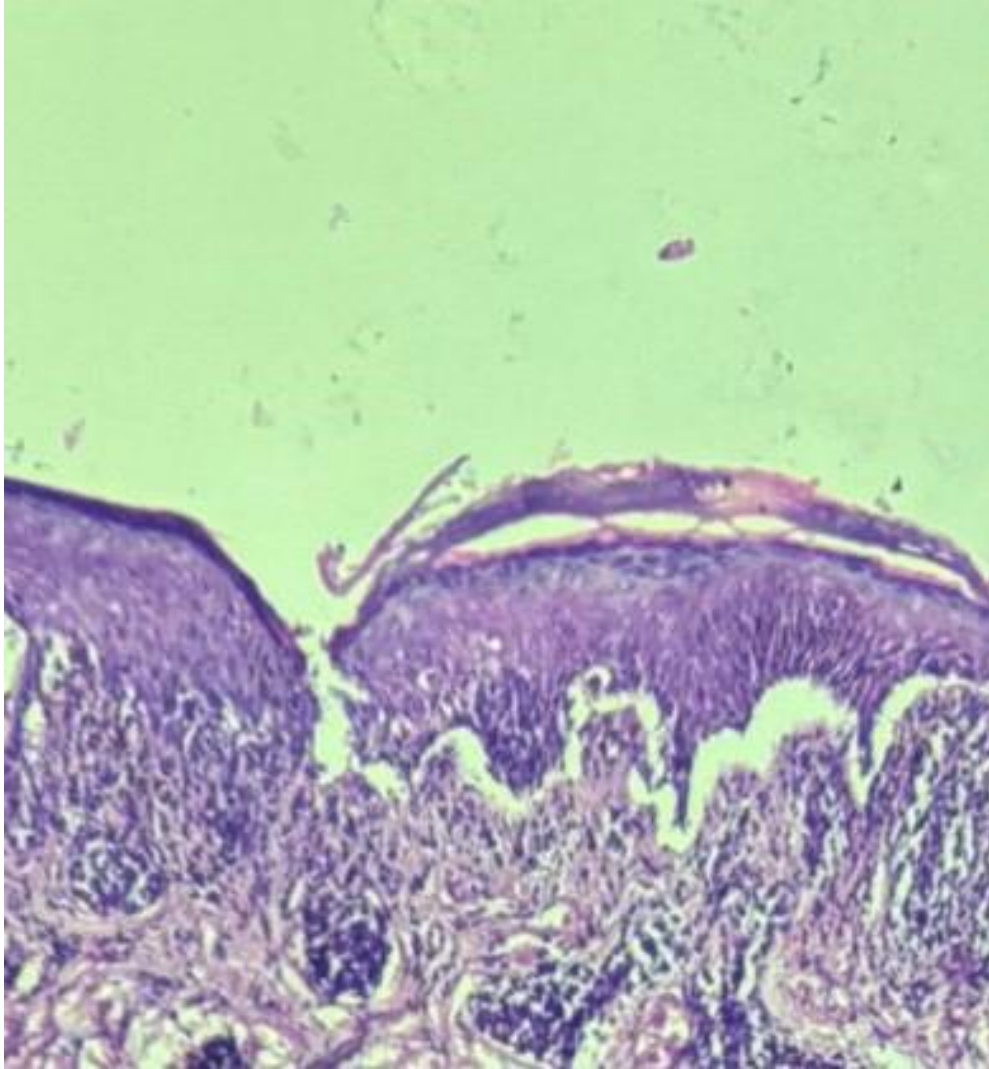


Figure 2:Epiderme discrètement atrophique, présentant une dépression surmontée par une superposition de lamelles parakeratosiques en pile d'assiettes.

Discussion:

La porokératose est un trouble chronique progressif de la kératinisation, et bien que sa pathogénèse soit inconnue, elle pourrait résulter de la combinaison de facteurs génétiques et environnementaux (la lumière ultraviolette, un traumatisme, l'immunosuppression et agents infectieux)[1].

La porokératose actinique superficielle disséminée (PASD) est la forme la plus fréquente[2, 3]. Les lésions apparaissent habituellement pendant la 3^{ème} ou la 4^{ème} décennie de vie, parfois plus tardivement, et sont un peu plus fréquentes chez les femmes[4].

La PASD se présente fréquemment sous forme de macules et papules kératosiques et atrophiques annulaires, rosâtres ou brunâtres, de bordure filiforme, localisées sur les zones photo-exposées et peuvent atteindre le visage dans 15 % des cas[5, 6]. Le plus souvent la PASD est confondue avec une kératose actinique, un granulome annulaire, une dermatite nummulaire, un psoriasis, un lichen plan, une dermatophytie ou même une xérose cutanée[7, 8]. Les lésions s'aggravent et le prurit s'intensifie lors d'une exposition solaire intense avec un risque de transformation maligne en carcinome épidermoïde ou en carcinome basocellulaire dans 7,5 à 10 % des cas[9, 10].

L'aspect dermoscopique est caractérisé par la présence d'un rebord kératinique et de structures associées (vasculaires et non vasculaires) [7, 11].

L'histologie se distingue par la présence d'une colonne de cellules parakeratosiques appelée « lamelle cornéenne » et d'un infiltrat lympho-histiocytaire péri-vasculaire pouvant être localement lichénoïde [12].

Plusieurs options thérapeutiques ont été proposées avec des résultats insatisfaisants dans la plupart des cas. Elles comprennent la cryothérapie, les dermocorticoïdes, l'imiquimod, le 5-fluorouracile, les rétinoïdes, les analogues de la vitamine D3, le diclofénac, la thérapie photo-dynamique et le laser [13, 14].

Cependant, une protection solaire méticuleuse, des émoullissants et une surveillance régulière sont nécessaires vu le risque de transformation maligne [14].

Conclusion:

La PASD est une maladie rare due à un trouble de kératinisation, qui touche généralement la femme et qui apparaît sur les zones exposées au soleil. Nous rapportons le cas d'une PASD sporadique apparue à un âge précoce. Le diagnostic est suspecté par la clinique et la dermoscopie, et confirmé par l'histologie. Il existe un risque de transformation maligne, d'où la nécessité d'un traitement précoce, d'une photo-protection méticuleuse et d'une surveillance régulière.

Référence:

- 1 : Patrizi A., D'Acunto C., Passarini B., Neri I.: Porokeratosis in the elderly: a new subtype of disseminated superficial actinic porokeratosis. *Acta Derm Venereol* 2000; 80: pp. 302-304.
- 1 : Kanitakis J, Euvrard S, Faure M, Claudy A. Porokeratosis and immunosuppression. *Eur J Dermatol*. 1998;8:459–465.
- 2 : Chernosky ME, Anderson DE. Disseminated superficial actinic porokeratosis. Clinical studies and experimental production of lesions. *Arch Dermatol*. 1969;99:401–407.
- 3 : Takahashi H, Takahashi I, Inuma S, Honma M, Iizuka H. Disseminated superficial actinic porokeratosis in a psoriasis patient with a long-term sun-bathing habit. *J Dermatol*. 2015;42:532–533.
- 5 : Patterson J.W. *Weedon's Skin Pathology*. 4th ed. Elsevier; London, UK: 2015.
- 6 : Waqar M.U., Cohen P.R., Fratila S. Disseminated Superficial Actinic Porokeratosis (DSAP): A Case Report Highlighting the Clinical, Dermatoscopic, and Pathology Features of the Condition. *Cureus*. 2022;14:e26923. doi: 10.7759/cureus.26923.
- 7 : Zaar O., Polesie S., Navarrete-Dechent C., Errichetti E., Akay B.N., Jaimes J., Cabo H., Cohen Sabban E., Paoli J. Dermoscopy of Porokeratosis: Results from a Multicentre Study of the International Dermoscopy Society. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol*. 2021;35:2091–2096. doi: 10.1111/jdv.17439.
- 8 : Ng D., Brand R. A Precancerous Skin Lesion That Is Often Misdiagnosed. *Aust. J. Gen. Pract*. 2019;48:765–768. doi: 10.31128/AJGP-04-19-4914.
- 9 : Nova MP, Goldberg LJ, Mattison T, Halperin A. Porokeratosis arising in a burn scar. *J Am Acad Dermatol*. 1991 Aug;25(2 Pt 2):354-6.
- 10 : Shoimer I, Robertson LH, Storwick G, Haber RM. Eruptive disseminated porokeratosis: a new classification system. *J Am Acad Dermatol*. 2014 Aug;71(2):398-400.
- 11 : Errichetti E., Zalaudek I., Kittler H., Apalla Z., Argenziano G., Bakos R., Blum A., Braun R.P., Ioannides D., Lacarrubba F., et al. Standardization of Dermoscopic Terminology and Basic Dermoscopic Parameters to Evaluate in General Dermatology (Non-Neoplastic Dermatoses): An Expert Consensus on Behalf of the International Dermoscopy Society. *Br. J. Dermatol*. 2020;182:454–467. doi: 10.1111/bjd.18125.
- 12 : Mibelli V. Contributo allo studio della ipercheratoside iccanalisudoriferi (porokeratosis) *G Ital Mal Vener*. 1893;28:313–355.
- 13 : M. Delfino, G. Argenziano, M. Nino. Dermoscopy for the diagnosis of porokeratosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 18 (2004), pp. 194-195
- 14 : S.P. Shumack, C.A. Commens. Disseminated superficial actinic porokeratosis: a clinical study. *J Am Acad Dermatol*, 20 (1998), pp. 1015-1022.