

L'ÉRYTHÈME NOUEUX, UNE HYPODERMITE AUX ORIGINES DIVERSES

G.E. PIÉRARD (1, 2), C. PIÉRARD-FRANCHIMONT (3)

RÉSUMÉ : L'érythème noueux est une hypodermite nodulaire aiguë atteignant principalement la femme jeune. Ses racines biologiques sont diverses, mais le tableau étiologique est dominé par la sarcoïdose (syndrome de Löfgren), des infections streptococciques, la yersiniose digestive et des entéropathies inflammatoires. Antalgiques et repos au lit sont habituellement suffisants pour contrôler cette affection d'évolution spontanément favorable. Le traitement de la cause est à discuter en fonction de chaque cas, en sachant qu'il sera sans effet sur l'évolution de l'érythème noueux.

MOTS-CLÉS : *Panniculite - Vasculite nodulaire - Sarcoïdose - Yersiniose - Maladie de Crohn - Syndrome de Löfgren - Rectocolite hémorragique*

INTRODUCTION

L'hypoderme est formé de lobules graisseux séparés par des septums conjonctifs. L'hypodermite nodulaire peut atteindre les septums (hypodermes septales), les lobules adipeux (hypodermes lobulaires) ou les vaisseaux sanguins (vasculite nodulaire). Si une biopsie est pratiquée, elle doit être large et profonde. La pathologie inflammatoire de l'hypoderme distingue principalement les hypodermes septales et les hypodermes lobulaires (ou panniculites).

L'érythème noueux est une hypodermite inflammatoire nodulaire aiguë dont le diagnostic clinique est très souvent évocateur. Sa durée d'évolution est souvent inférieure à deux mois. L'inflammation prédomine dans les septums interlobulaires de l'hypoderme. L'affection touche avec prédilection l'adulte féminin, jeune.

L'érythème noueux débute habituellement par des syndromes qui s'étendent sur une période de 3 à 7 jours, en association avec un fébricule (1), une altération de l'état général, des arthralgies et une rhinopharyngite. Par la suite, surviennent des nodules érythémateux chauds et douloureux. Les lésions sont érythémateuses, ovales, mal limitées, peu mobilisables et d'une taille variable, s'étendant de environ 1 à 5 cm de diamètre. Leur nombre va de quelques unités à quelques dizaines. Les lésions siègent essentiel-

ERYTHEMA NODOSUM : A PANNICULITIS OF DIVERSE ORIGINS

SUMMARY : Erythema nodosum is an acute nodular panniculitis, mainly affecting young women. Diverse etiologies are evoked, but the most frequent are sarcoidosis (Löfgren syndrome), streptococcal infections, yersiniosis and inflammatory enteropathies. Analgesic drugs and rest are usually adequate in this condition, which is spontaneously of favourable evolution. Treatment of the cause is open to discussion, considering their lack of effect on the evolution of erythema nodosum.

KEYWORDS : *Panniculitis - Nodular vasculitis - Sarcoidosis - Yersiniosis - Crohn's disease - Löfgren syndrome - Ulcerative colitis*

lement sur les membres inférieurs, avec une distribution bilatérale et symétrique. Chaque lésion évolue en 2 à 3 semaines, sans donner naissance à une cicatrice ou à une fistulisation.

Plusieurs poussées successives peuvent coexister ou se suivre au cours d'une période de l'ordre de 6 semaines. Les épisodes sont accompagnés de fièvre, d'une asthénie et d'arthralgies. Des signes inflammatoires biologiques (vitesse de sédimentation, neutrophilie et hyperfibrinogénémie) sont présents. La biopsie cutanée peut s'avérer difficile à interpréter pour des observateurs peu aguerris à la dermatopathologie.

PRINCIPALES CAUSES

A. SARCOÏDOSE

En Europe occidentale, la sarcoïdose est actuellement la cause la plus fréquente de l'érythème noueux chez l'adulte jeune. L'érythème noueux révèle habituellement une sarcoïdose à début aigu. Il peut s'intégrer dans le syndrome de Löfgren qui est caractérisé par des polyarthrites prédominant aux grosses articulations (genoux, coudes et surtout chevilles), ainsi que par un lymphome hilaire bilatéral révélé par la présence d'adénopathies médiastinales, bilatérales et symétriques, surtout interbronchiques; cependant, celles-ci sont parfois aussi latéro-trachéales, de volume variable, mais non compressives et donc asymptomatiques. Cet aspect est rarement associé à un infiltrat des champs pulmonaires. Devant la forte suspicion radioclinique de sarcoïdose, il faut rechercher d'autres arguments en faveur de ce diagnostic, à savoir des signes cliniques orientant vers certaines autres localisations viscérales de la sarcoïdose (en fait, assez rarement associées au syndrome de Löfgren), tels que des adénopathies périphériques, une hépatomégalie, une splénomégalie et une uvéite. On retrouve, fréquemment, une

(1) Chargé de Cours honoraire, Laboratoire LABIC, Département des Sciences cliniques, Université de Liège et Service de Dermatopathologie, CHU de Liège, site du Sart Tilman, Liège, Belgique.

(2) Professeur honoraire, Université de Franche-Comté, Besançon, France.

(3) Chargé de cours adjoint, Université de Liège. Collaborateur clinique, Service de Dermatopathologie et Consultant, Service de Dermatologie, CHU de Liège, site du Sart Tilman, Liège, Belgique.

anergie tuberculinique, c'est-à-dire une intradermoréaction négative à la tuberculine ou, ce qui est plus évocateur, récemment négativée. Cependant, sa positivité éventuelle ne doit pas faire éliminer, par principe, le diagnostic. On retrouve un syndrome inflammatoire biologique, une lymphopénie, une hypercalciurie, voire une hypercalcémie, une hyperuricémie, une élévation des phosphatases alcalines, ainsi qu'une élévation du taux sérique de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ACE, un taux normal n'éliminant toutefois pas le diagnostic). Les arguments histopathologiques les plus importants pour confirmer le diagnostic (granulome épithélioïde et géantocellulaire) sont à rechercher au niveau de la muqueuse labiale (glandes salivaires accessoires), ainsi que sur d'autres viscères (bronches, foie, ganglion, etc.). La biopsie d'un nodule d'érythème noueux a peu d'intérêt car elle n'apporte aucun argument suggérant une sarcoïdose.

B. INFECTIONS STREPTOCOCCIQUES

Les infections streptococciques représentent la deuxième cause d'érythème noueux chez le sujet jeune en Europe. On retrouve une infection pouvant être due au streptocoque hémolytique du groupe A dans les 2 à 3 semaines précédentes, une angine dysphagique fébrile, une sinusite, un foyer infectieux dentaire, gynécologique ou cutané (2).

Les récurrences sont fréquentes. Une élévation significative du taux d'anticorps antistreptococciques est retrouvée dans deux prélèvements effectués à 15 jours d'intervalle. L'isolement du streptocoque est possible au niveau de certains foyers infectieux.

C. YERSINIOSE

Les yersiniooses doivent être évoquées devant un tableau digestif aigu associé à l'érythème noueux. Une yersiniose à *Yersinia enterocolitica* sera évoquée en présence d'un érythème noueux, survenant surtout chez une femme adulte. La lésion cutanée est volontiers précédée par un épisode d'entéocolite aiguë associant diarrhée, un syndrome dysentérique (douleurs abdominales à type de coliques, ténésme, épreintes, voire selles glairo-sanglantes) et fièvre. La yersiniose à *Yersinia pseudotuberculosis* touche avec prédilection l'enfant et l'adolescent. Elle est caractérisée par l'association, à l'érythème noueux, d'un syndrome abdominal aigu pseudo-appendiculaire. Le diagnostic est confirmé par le sérodiagnostic, voire par l'histopathologie et la

culture d'une adénopathie mésentérique, parfois prélevée lors de l'intervention pour appendicite.

D. ENTÉROPATHIES INFLAMMATOIRES

La maladie de Crohn et, surtout, la rectocolite hémorragique peuvent s'accompagner d'un érythème noueux, notamment lors des poussées digestives de la maladie. Celui-ci peut également en être un révélateur, survenant avant les premières manifestations digestives. Il est parfois associé à d'autres atteintes cutanées (*Pyoderma gangrenosum*, aphtes, signes carentiels, etc.). Le diagnostic devrait être suspecté face à la présence de troubles digestifs chroniques (diarrhée, douleurs abdominales, rectorragies...).

CONCLUSION

L'érythème noueux est constitué de nodules de relief plus ou moins marqué, rouges, mesurant 2 à 4 cm de diamètre, douloureux à la pression. Plusieurs éléments sont répartis sur les membres inférieurs, l'évolution est contusiforme en une quinzaine de jours. Les lésions peuvent former des placards et, éventuellement, atteindre les membres supérieurs. De la fièvre, des arthralgies peuvent être associées. Les principales causes sont : la sarcoïdose, la yersiniose et, parfois, la maladie des griffes du chat.

L'érythème noueux est une réaction immuno-allergique, à localisation septale hypodermique, en réponse à une agression antigénique unique ou multiple, dont la physiopathologie n'est pas parfaitement élucidée. La description clinique des nodules inflammatoires de l'hypoderme ne permet pas de distinguer les étiologies possibles. Le diagnostic différentiel pose habituellement peu de problèmes. Peuvent se discuter une contusion, une phlébite superficielle dans sa forme nodulaire ou une hypodermite chronique en première poussée.

BIBLIOGRAPHIE

1. Piérard-Franchimont C, Hermanns-Lé T, Piérard GE, et al. — Comment j'explore... la carnation de la peau par une approche analytique. *Rev Med Liege*, 2016, **71**, 53-60.
2. Piérard-Franchimont C, Lesuisse M, Piérard GE. — Deux bactéries et une kyrielle d'infections cutanées communes. *Rev Med Liege*, 2012, **67**, 513-519.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. G.E. Piérard, Service de Dermatopathologie, CHU de Liège, Site du Sart Tilman, 4000 Liège, Belgique.
Email : gerald.pierard@ulg.ac.be