

## Confrontation anatomoclinique

# Les infiltrats lichénoïdes

→ M.-D. VIGNON-PENNAME  
Hopital Saint-Louis, PARIS.

Les infiltrats lichénoïdes sont caractérisés histologiquement par des altérations de la couche basale épidermique. On parle aussi de dermatite de l'interface. Le dermatologue attentif au compte rendu du pathologiste verra mentionner les termes d'*apoptose* (corps ronds éosinophiles traduisant la mort de la cellule basale), de *vacuolisation* ou de dégénérescence vacuolaire (formation de vacuoles intracellulaires avec imbibition œdémateuse), d'*incontinence pigmentaire* (mottes de mélanine dispersées dans le derme superficiel, conséquences des altérations de l'interface), et puis d'*infiltrat inflammatoire* de densité, de distribution et de composition variables.

Les infiltrats lichénoïdes regroupent de nombreuses dermatoses hétérogènes ayant en commun des altérations de la basale épidermique. Le diagnostic s'appuie avant tout sur les informations cliniques et sur :

- le type et l'intensité des altérations de la basale ;
- la composition et la distribution de l'infiltrat inflammatoire ;
- l'intensité de l'incontinence pigmentaire ;
- la coexistence avec d'autres altérations tissulaires (spongieuse, infiltrat granulomateux, altérations vasculaires...).

### Lichen plan et ses variants

>>> Le lichen plan est l'archétype des dermatoses lichénoïdes. Sous le microscope, le diagnostic est facile. Il associe un infiltrat dermique superficiel en bande collé à l'épiderme et des altérations épidermiques (hyperkératose, hypertro-

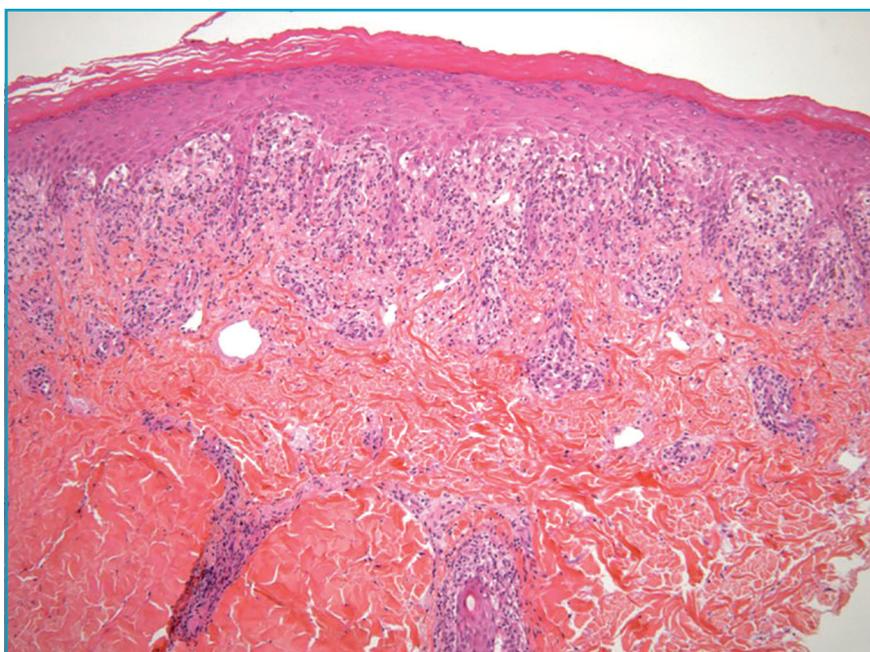


Fig. 1 : Lichen; corps apoptotiques; infiltrat en bande dissociant la basale.

phie kératinocytaire, hypergranulose, kératinocytes nécrotiques sur la basale avec dissociation par des lymphocytes). La silhouette épidermique est très particulière avec une acanthose irrégulière et un découpage de la basale dit en arcades avec des crêtes effilées (fig. 1).

Le lichen plan peut être atrophique, hypertrophique ou verruqueux. Il peut être bulleux par clivage de la zone de jonction en réponse à d'intenses altérations basales, érosif, pemphigoïde (associé à des bulles sous-épidermiques avec dépôts linéaires d'IgG ou C3). Il peut être aussi pigmentogène avec peu d'infiltrat, peu d'altérations de l'interface et une intense incontinence pigmentaire.

>>> Parmi les dermatoses linéaires, le lichen *striatus* peut être évoqué histologiquement si l'infiltrat lichénoïde est

circonscrit et s'il existe une extension de l'infiltrat lymphocytaire en profondeur au contact des pelotons sudoraux.

>>> Dans le lichen *nitidus*, l'infiltrat est également focal, bien limité, collé à l'épiderme qu'il soulève, fait de lymphocytes et d'histiocytes parfois plurinucléés. L'infiltrat est donc ici granulomateux.

### Infiltrats lichénoïdes d'origine médicamenteuse

Les toxidermies lichénoïdes se distinguent du lichen plan par la présence de nécroses kératinocytaires suprabasales, la parakératose, la spongieuse et la présence de polynucléaires éosinophiles. Toutefois, ces signes distinctifs ne sont pas constants et le diagnostic est anatomoclinique.

>>> L'érythème pigmenté fixe est un diagnostic essentiellement clinique. Au microscope, lors de la phase inflammatoire, il existe un dense infiltrat lymphocytaire dermique superficiel et des altérations lichénoïdes de la basale épidermique. Au cours de l'évolution, l'infiltrat diminue en intensité et l'on voit surtout les mélanophages.

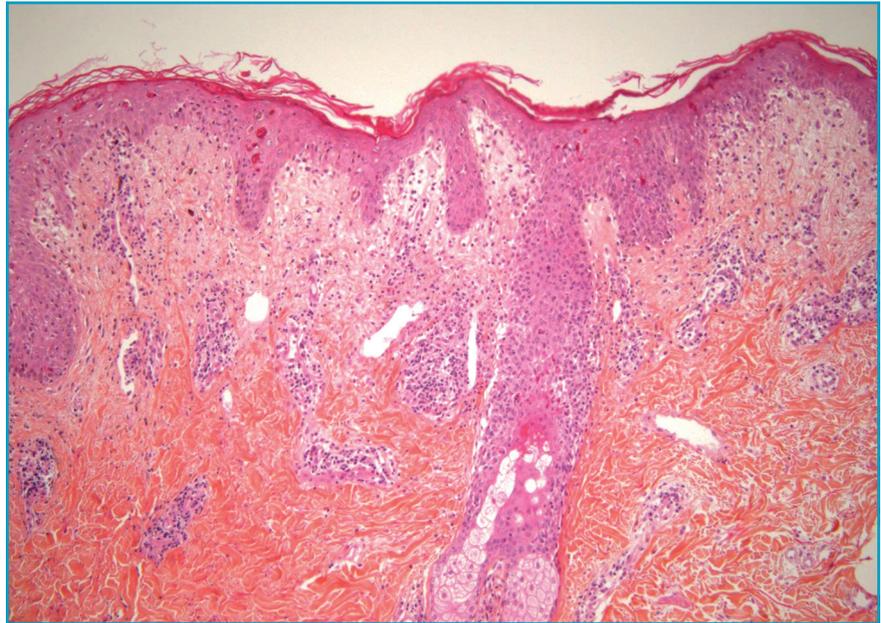
>>> Dans l'érythème polymorphe, les nécroses épidermiques sont plus étagées, les kératinocytes de la basale sont nécrotiques, vacuolisés, dissociés par des lymphocytes et le derme superficiel contient un infiltrat lichénoïde (**fig. 2**).

### Lupus érythémateux et dermatomyosite

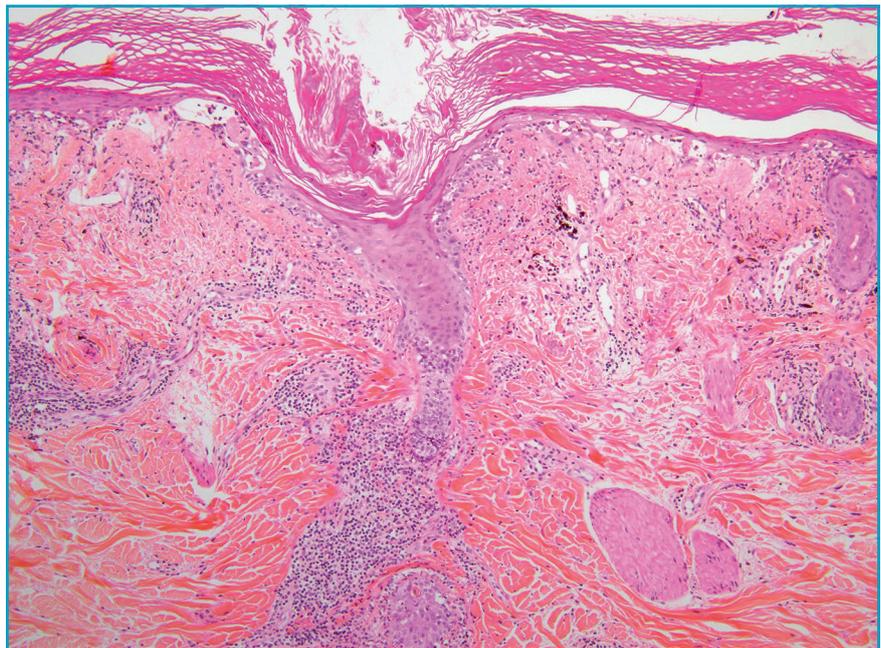
Au cours du lupus et de la dermatomyosite, les altérations de la jonction se traduisent par une vacuolisation plus que par une apoptose. L'infiltrat lymphocytaire est présent dans l'ensemble du derme avec un renforcement péri-pilaire (**fig. 3**). Il est classiquement discret dans la dermatomyosite. Les dépôts interstitiels de mucine sont fréquents. Selon la présentation clinique, d'autres signes peuvent se voir, tels qu'une atrophie de l'épiderme, une hyperkératose folliculaire, une incontinence pigmentaire. Dans certaines formes de lupus, les altérations de l'interface manquent, l'infiltrat lymphocytaire est associé à des polynucléaires neutrophiles. La photosensibilité du lupus peut s'exprimer histologiquement par la présence de nombreuses nécroses étagées dans l'épiderme à la façon d'un érythème polymorphe.

### Pityriasis lichénoïde

Faire le diagnostic de pityriasis lichénoïde n'est pas toujours facile et les signes histologiques varient dans leur intensité selon le stade évolutif des lésions et selon le caractère aigu ou chronique de la dermatose. Ils asso-



**Fig. 2 :** Érythème polymorphe; nécroses étagées; œdème du derme papillaire; lymphocytes s'insinuant dans la basale.



**Fig. 3 :** Lupus érythémateux; hyperkératose orthokératosique; atrophie épidermique; vacuolisation basale; infiltrat périvasculaire et péri-pilaire.

cient une atteinte focale, bien limitée des lésions avec une squame parakératosique épaisse, un infiltrat lymphocytaire qui peut être abondant occupant le

derme superficiel, dissociant les couches basales de l'épiderme et comportant une exocytose en mouchetures dans les couches moyennes et superficielles

## ■ Confrontation anatomoclinique

du corps muqueux. Les nécroses kératinocytaires sont basales à la façon d'un lichen mais aussi étagées (**fig. 4**).

### ■ Maladie du greffon contre l'hôte

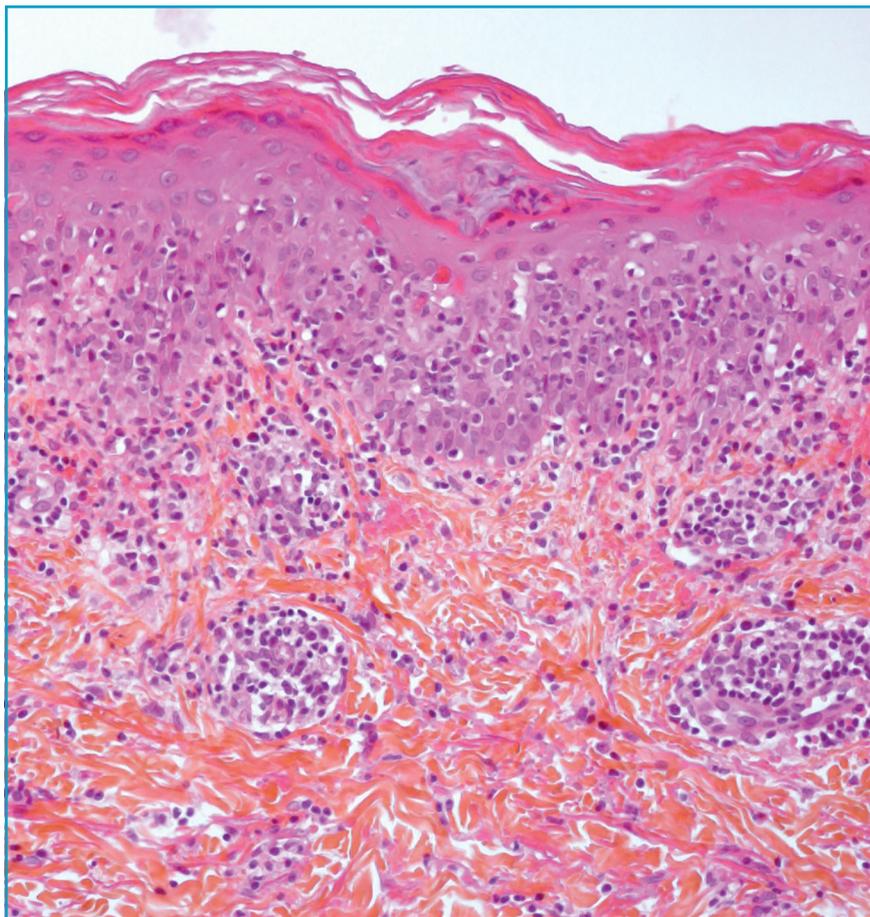
À tous les stades de la maladie du greffon contre l'hôte (GVH), il existe des altérations de l'interface dermo-épidermique caractérisées par une apoptose kératinocytaire basale qui peut aussi toucher les annexes pilaires et sudorales. L'image typique est celle de *satellite cell necrosis* où le lymphocyte est en contact étroit avec le kératinocyte apoptotique. L'infiltrat lymphocytaire dermique superficiel est souvent peu abondant mais peut aussi être tout à fait comparable à celui d'un lichen.

### ■ Kératose lichénoïde striée

Dans cette maladie rare, l'infiltrat est lichénoïde, difficile à différencier d'un lichen en l'absence d'information clinique.

### ■ Autres

De nombreuses dermatoses peuvent comporter une image lichénoïde sous le microscope. Parmi elles, la plus fréquente est certainement la kératose lichénoïde bénigne ou solitaire (forme de kératose séborrhéique inflammatoire), indistinguable du lichen pour le pathologiste. D'autres sont plus rares



**Fig. 4 :** Pityriasis lichénoïde; parakératose; nécroses étagées; migration lymphocytaire dans le corps muqueux.

comme le pemphigus paranéoplasique, le *prurigo pigmentosa*, la maladie de Still dans sa forme persistante. Et puis, il y a celles qu'il ne faut pas oublier comme la syphilis secondaire où les plasmocytes, s'ils sont présents, peuvent alerter, et le mycosis fongoïde

où la corrélation anatomoclinique est particulièrement précieuse à l'établissement du diagnostic.

---

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.