

D'une Lésion Psoriasiforme au Diagnostic de Lupus : Un Cas de Manifestation Trompeuse du Cuir Chevelu

1er Auteur : Bouzgarrou Mohamed, Résident, Service de Dermatologie, Hopital la Rabta, Tunis ,Tunisia

Co-auteurs : Souissi Asmahene, Dermatologue, Service de Dermatologie , Hopital la Rabta, Tunis , Tunisia
 Tabka Mariem, Dermatologue, Service de Dermatologie, Hopital la Rabta, Tunis, Tunisia
 Amri Feriel, Dermatologue, Service de Dermatologie, Hopital la Rabta, Tunis, Tunisia
 Said Fatma, Interniste, Service de médecine interne, Hopital la Rabta, Tunis, Tunisia
 Smiti Monia, Interniste, Service de médecine interne, Hopital la Rabta, Tunis, Tunisia
 Mokni Mourad, Dermatologue, Service de Dermatologie, Hopital la Rabta, Tunis, Tunisia

Introduction:

L'atteinte du cuir chevelu est une manifestation fréquente du lupus érythémateux systémique, survenant dans jusqu'à 60% des cas sous la forme de lupus érythémateux discoïde (LED). Cependant, le LED du cuir chevelu peut mimer cliniquement d'autres affections inflammatoires, particulièrement le psoriasis. Ces deux pathologies peuvent présenter des caractéristiques communes incluant érythème, squames et plaques alopeciques, rendant la différenciation clinique difficile, particulièrement aux stades précoces ou lors de présentations atypiques. Un diagnostic erroné peut retarder le traitement approprié et conduire à une alopecie cicatricielle irréversible. Nous rapportons dans ce contexte un cas de LED se présentant sous l'aspect d'un psoriasis du cuir chevelu, où la dermoscopie a joué un rôle clé dans l'établissement du diagnostic correct.

Observation:

Un patient de sexe masculin âgé de 68 ans a été initialement admis au service de rhumatologie pour exploration d'une polyarthrite. L'examen cutané a révélé une plaque alopecique squameuse du cuir chevelu, initialement évocatrice d'un psoriasis compte tenu du contexte clinique. Le patient a été secondairement transféré dans notre service de dermatologie pour prise en charge complémentaire.



Fig. 1 — Plaque alopeciante squameuse du cuir chevelu

Trichoscopie:

L'examen trichoscopique a montré de larges points jaunes, une pigmentation brun-gris dispersée et ces zones blanchâtres, soulignant une incertitude diagnostique concernant le psoriasis:

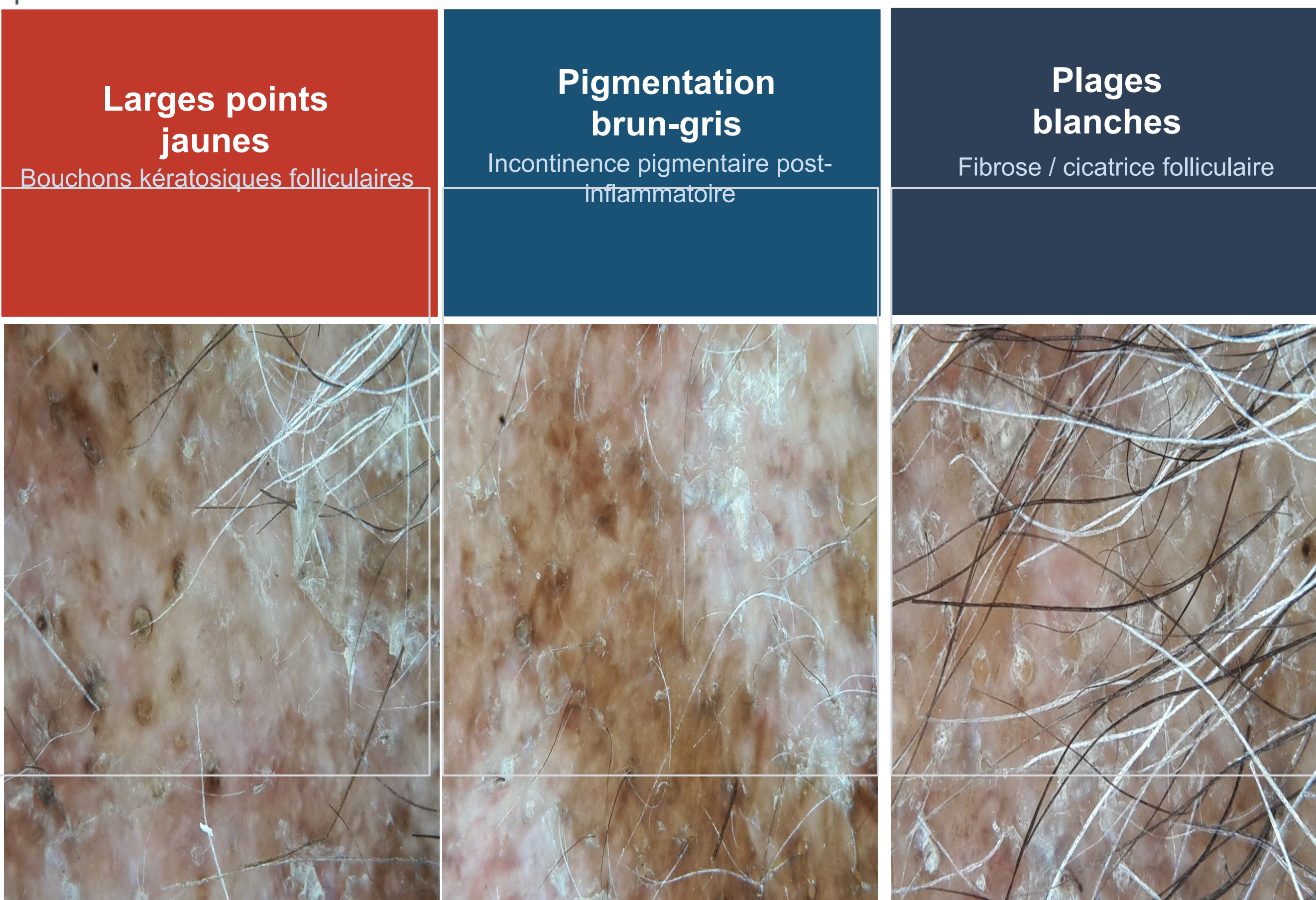


Fig. 2 — Gros points jaunes

Fig. 3 — Pigment brun-gris

Fig. 4 — Plages blanches

Diagnostic positif:

1 Biopsie guidée par Trichoscopie

Hyperkératose, bouchons folliculaires, épaissement de la membrane basale, infiltrat périvasculaire et péri-annexiel lymphocytaire dense.

2 Immunofluorescence directe (IFD)

Test en bande lupique positif : dépôts granuleux d'IgG, IgM et C3 à la jonction dermo-épidermique (JDE) → confirmation du LED.

3 Bilan immunologique

Anticorps antinucléaires (ANA) positifs au titre de 1:1600.

4 Bilan systémique

Atteinte rénale documentée.

5 Diagnostic de LES confirmé

Critères ACR/EULAR 2019 — score total ≥ 10 points.

Prise en charge thérapeutique:

Hydroxychloroquine (systémique) + Corticostéroïdes topiques

→ Rémission clinique complète et repousse capillaire totale en

2 mois.

Discussion:

Aspect clé	Constat	Implication
Mimétisme clinique	Plaque psoriasiforme + arthrite → psoriasis psoriathique évoqué en premier	Élargir le diagnostic différentiel
LED atypique	Présentation psoriasiforme rare, peu documentée dans la littérature	Maintenir la suspicion malgré l'atypie
Trichoscopie	Triade : points jaunes + pigmentation brun-gris + plages blanches = LED	Outil clé non invasif, guide la biopsie
IFD	Bande lupique : IgG, IgM, C3 granuleux à la JDE	Gold standard diagnostique

L'association polyarthrite + plaque squameuse orientait naturellement vers un **rhumatisme psoriasique**. Ce piège diagnostique souligne la nécessité d'un diagnostic différentiel élargi.

Contrairement à la plupart des alopecies cicatricielles, **la repousse capillaire reste possible dans le LED** si le traitement est instauré précocement, comme l'illustre ce cas.

Evolution: — Repousse capillaire à 2 mois



Fig. 5 — Repousse clinique à 2 mois

Fig. 6 — Trichoscopie : récupération folliculaire

Conclusion:

Ce cas illustre le défi diagnostique posé par les présentations atypiques du lupus érythémateux discoïde mimant le psoriasis du cuir chevelu, particulièrement chez les patients présentant des manifestations rhumatologiques sous-jacentes. La dermoscopie représente un outil non invasif inestimable permettant d'identifier des patterns spécifiques pour différencier le LED du psoriasis, guidant ainsi une biopsie appropriée et prévenant tout retard diagnostique.