



Les morphées: une étude rétrospective de 41 cas

1^{er} Auteur : Wejdene, Fakhfekh, Service de dermatologie, CHU La Rabta, Tunis, Tunisie

Autres auteurs, équipe:

- Asmahane, Souissi, Service de dermatologie, CHU La Rabta, Tunis, Tunisie
- Mohammad, Azouagh , Service d’anatomopathologie, CHU La Rabta, Tunis, Tunisie
- Mariem, Tabka , Service de dermatologie, CHU La Rabta, Tunis, Tunisie
- Feriel, Amri, Service de dermatologie, CHU La Rabta, Tunis, Tunisie
- Aida, Khadhar, Service d’anatomopathologie, CHU La Rabta, Tunis, Tunisie
- Tayssir, Ben Achour, Service de médecine interne, CHU La Rabta, Tunis, Tunisie
- Ines, Chelly, Service d’anatomopathologie, CHU La Rabta, Tunis, Tunisie
- Mourad, Mokni, Service de dermatologie, CHU La Rabta, Tunis, Tunisie

Dermatologie, Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie; Anatomopathologie, Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie; Médecine interne, Hôpital des FSI la Marsa, Tunis, Tunisie

Introduction

La morphée est définie par une sclérose de la peau. Trois formes de morphées sont décrites : en plaques, linéaires et généralisées. L’objectif de ce travail est de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des morphées à travers une série hospitalière.

Patients et méthodes

Il s’agit d’une étude rétrospective monocentrique colligeant tous les patients suivis pour une morphée.

Résultats

Quarante-et-un patients étaient inclus. Il s’agissait de 29 femmes et 12 hommes. L’âge moyen était de 41 ans. Aucun antécédent familial de sclérodermie systémique ni localisée n’a été noté. La morphée était en plaques dans 73 % des cas, linéaire dans 20 % des cas, à la fois linéaire et en plaques dans 5% des cas, et généralisée dans 2 % des cas. Le siège des lésions était variable en fonction du type de morphée : la forme linéaire siégeait essentiellement au niveau des membres, alors que la forme en plaques se localisait essentiellement au niveau du tronc (Figure 1). L’histologie a été réalisée dans 33 cas. Quatorze patients ont nécessité un traitement local seul (dermocorticoïde classe forte), vingt-deux ont bénéficié d’un traitement général : corticothérapie orale seule (n=8), méthotrexate seul (n=5), corticothérapie orale associée au méthotrexate (n=9). Cinq patients ont été traités par une photothérapie. L’évolution était favorable dans 44 % des cas.



Figure 1. Présentation clinique de quelques patientes atteintes de morphée dans notre série.

Conclusion

La morphée est caractérisée par une induration scléreuse circonscrite de la peau. Sa physiopathologie associe une prédisposition génétique à d’autres facteurs (traumatique, post radique, médicamenteux). La morphée se différencie de la sclérodermie systémique par une atteinte quasi exclusive de la peau, l’absence d’acroscclérose, de syndrome de Raynaud ou d’atteinte viscérale profonde. Le diagnostic est clinique. La biopsie cutanée est indiquée dans les présentations atypiques. L’évolution est caractérisée par une phase active suivie d’une rémission survenant après un délai variable. Les formes linéaires sont plus fréquentes chez l’enfant et peuvent avoir un retentissement esthétique ou fonctionnel en particulier au niveau du visage et en regard des articulations. Les formes en plaques sont plus fréquentes chez l’adulte. Le traitement dépend de la forme clinique, de l’étendue des lésions et de leur sévérité notamment leur retentissement fonctionnel. Les traitements topiques (dermocorticoïdes et calcipotriol) sont indiqués dans les formes en plaques ou linéaires superficielles. Les formes profondes ou généralisées nécessitent un traitement systémique basé essentiellement sur la corticothérapie générale et le méthotrexate.