

Des papules inesthétiques révélant un syndrome métabolique majeur

Unightly papules revealing major metabolic syndrome

M. Raberahona (1)*, I.M. Ranaivo (1), F.A. Sendrasoa (1),
Z.A. Randriamanantany (2), S. Andriateloasy (1),
L.S. Ramarozatovo (1), F. Rapelanoro Rabenja (1)

(1) USFR de Dermatologie, Hôpital Joseph Raseta de Befelatanana, CHU d'Antananarivo, Antananarivo, Madagascar

(2) UPFR d'ImmunoLogie, Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona, CHU d'Antananarivo, Antananarivo, Madagascar

Il n'est pas rare que les manifestations dermatologiques soient le mode de révélation d'une maladie interne grave. La connaissance de ces signes cliniques surtout cutanés peut orienter rapidement vers une étiologie bien précise permettant ainsi un diagnostic et une prise en charge thérapeutique rapide.

Un homme de 35 ans, sans antécédents personnels et familiaux particuliers, sédentaire, se présentait en consultation pour des lésions papuleuses apparues rapidement depuis 6 mois et se plaignait surtout du caractère inesthétique de ces lésions. Il s'agissait de papules et de petites lésions tumorales de 4 à 7 mm

de diamètre environ, non inflammatoires, de couleur rouge, jaune brun par endroit, multiples, regroupées, fermes, indolores et non prurigineuses. Elles étaient localisées au niveau de la région lombaire, des jambes et des cuisses, en regard des coudes, des faces latérales des genoux, des articulations interphalangiennes des mains et du tendon d'Achille (figure 1). Le reste du tégument ne présentait aucune autre anomalie. Sa tension artérielle à l'entrée était à 150/100 mmHg. Son IMC était à 28 kg/m² et son périmètre abdominal était de 106 cm. Le reste de l'examen physique était sans particularité.



Figure 1a - 1c. Lésions papulo-nodulaires jaunes bruns multiples regroupés au niveau du coude, de l'avant-bras, et de la région lombaire.

La biologie retrouvait une glycémie à jeun à 5,93 g/L (32,92 mmol/L), une hémoglobine glycosylée à 10,1%, une triglycémie à 36,51 mmol/L, une cholestérolémie totale à 28,63 mmol/L et une uricémie à 1295 μ mol/L. La lipasémie était normale. L'aspect du

sérum était franchement lactescent (figure 2). La recherche de cétone dans les urines était négative. L'examen du fond d'œil révélait des signes de rétinopathie hypertensive stade II.



Figure 2. Aspect franchement lactescent du sérum.

L'aspect clinique des lésions pouvait faire penser à un molluscum contagiosum. Les lésions du patient non ombiliquées éliminaient ce diagnostic. Une sarcoïdose à petits nodules pouvait également être discutée, ainsi qu'une histiocytose langerhansienne mais les lésions cutanées n'évoquaient pas ces pathologies. De plus, ces trois hypothèses diagnostiques ne permettaient pas de faire le lien entre les éruptions cutanées et la perturbation très importante du bilan lipidique. Le diagnostic de xanthome éruptif était alors confirmé par l'histologie cutanée qui montrait une infiltration du derme superficiel par des cellules inflammatoires chroniques ainsi que la présence de cellules spumeuses correspondant à des histiocytes bourrés de lipides. Notre

patient présentait un xanthome éruptif dans le cadre d'un syndrome métabolique majeur.

Les xanthomes éruptifs témoignent presque toujours d'une hypertriglycémie majeure primitive ou secondaire, pouvant être associée ou non à un syndrome métabolique et un diabète sucré. Dans de rares cas, ils peuvent être associés à d'autres pathologies (insuffisance rénale sévère, hypothyroïdie, hémopathies malignes, maladies auto-immunes comme la cholangite sclérosante primitive et la cirrhose biliaire primitive...) [1-3]. Les lésions de xanthomes qu'elles soient localisées ou éruptives doivent attirer l'attention des médecins sur la possibilité d'association à des dyslipidémies sous jacentes. Un diagnostic et un traitement précoces permettent de prévenir l'apparition des complications graves d'une hypertriglycémie importante telles une pancréatite aiguë ou des pathologies liées à cette comorbidité cardiovasculaire. Le traitement intensif de la pathologie de fond (dyslipidémie, diabète, syndrome métabolique) aboutit en général à la régression progressive des lésions cutanées comme dans notre cas [4-5].

Références

1. Ronger-Savlé S, Thomas L. Surcharges lipidiques, xanthomes et xanthomatoses. In Saurat JH, Lachapelle JL, Lipsker D *et al.* ed. Dermatologie et infections sexuellement transmissibles. Paris: Elsevier Masson: 2009: 590-92.
2. Arbona E, Balme B. Xanthomes. *Ann Dermatol Venerol* 2010; 137(5): 420-2.
3. Loeckermann S, Braun-Falco M. Eruptive xanthomas in association with metabolic syndrome. *Clin Exp Dermatol* 2010; 35(5): 565-6.
4. Nayak KR, Daly RG. Eruptive xanthomas associated with hypertriglycémie and new-onset diabetes mellitus. *N Eng J Med* 2004; 350(12): 1235.
5. Kala J, Mostow EN. Eruptive xanthoma. *N Eng J Med* 2012; 366(1): 835.