

Prurigo pigmentaire accompagnant l'apparition récente d'une acidocétose diabétique

Jérôme Coulombe MD, Darosa Lim MD, Louis Geoffroy MD

■ Citation : *CMAJ* 2021 November 29;193:E1815. doi : 10.1503/cmaj.210723-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.210723

Un garçon de 13 ans, par ailleurs en bonne santé, s'est présenté au service des urgences avec des papules érythémateuses évolutives hautement urticariennes et prurigineuses accompagnées de plaques confluentes dans une distribution symétrique et réticulée, présentes depuis 1 semaine sur le cou, le dos et le torse (figure 1). Des lésions plus anciennes étaient hyperpigmentées et squameuses.

Le patient a mentionné une perte de poids progressive de 6 kg sur une période de 1 mois, une polydipsie, une polyurie, une polyphagie et de la fatigue. Les résultats d'analyses ont signalé une hyperglycémie, une cétonémie, une glycosurie et une acidose métabolique, compatibles avec une acidocétose diabétique. Nos diagnostics différentiels des lésions cutanées comprenaient un prurigo pigmentaire, une dermatite de contact, une urticaire, une papillomatose confluyente et réticulée (c.-à-d., un syndrome de Gougerot-Carteaud) et une dermatite *a calore* (ou dermatite des chauffettes). Nous avons procédé à une biopsie de la peau qui a montré une spongiose subaiguë, accompagnée d'infiltrats périvasculaires acidophiles et lymphohistiocytaires ainsi que d'un œdème papillaire. Nous avons diagnostiqué un prurigo pigmentaire.

Conformément à notre protocole local en matière d'acidocétose diabétique, nous avons prescrit de l'insuline par intraveineuse, puis par injection sous-cutanée, ce qui a permis un contrôle adéquat des concentrations de glucose et de cétones de même qu'une amélioration de l'état des lésions cutanées sur une période de 3 semaines (annexe 1, accessible en anglais au www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.210723/tab-related-content).

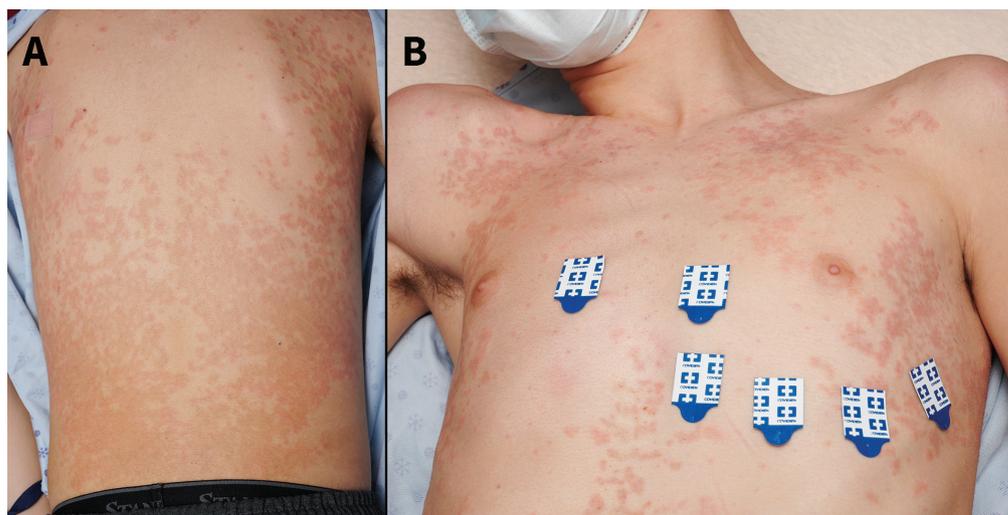


Figure 1 : Photographies d'un garçon de 13 ans atteint de prurigo pigmentaire révélant des papules réticulées érythémateuses et des plaques confluentes sur le dos (A) et le torse (B).

Le prurigo pigmentaire est une dermatite inflammatoire pour laquelle plus de 300 cas ont été recensés¹. Sa cause exacte demeure inconnue; cependant, les états procétogènes contribuent à la pathogenèse, menant à l'accumulation de corps cétoniques en périphérie des vaisseaux sanguins qui peuvent entraîner une inflammation périvasculaire du derme de la peau^{1,2}.

On a recensé des cas de prurigo pigmentaire lors de jeûne intensif, d'anorexie mentale, d'hyperémèses, de chirurgie bariatrique, de diabète de type 1 et, plus récemment, de régimes cétogènes^{1,3}. Les facteurs de risque au développement ou à l'aggravation des lésions comprennent des changements au régime alimentaire, le frictionnement, la sudation, la cétonurie et des changements hormonaux³. Les lésions sont prurigineuses et présentent habituellement des papules réticulées érythémateuses et des plaques situées sur le dos, le torse et le cou, épargnant le visage, les bras, les jambes et les muqueuses. Une hyperpigmentation bigarrée se manifeste à mesure que les lésions se résorbent¹. Le diagnostic d'un prurigo pigmentaire

est largement clinique puisque les observations histologiques demeurent non spécifiques et peuvent varier en fonction du stade des lésions; plusieurs stades peuvent coexister. Chez notre patient, les observations histologiques étaient compatibles avec les résultats cliniques de lésions évoluant à différents stades. Bien que ce ne soit pas un résultat classique, on a rapporté une prédominance d'éosinophiles accompagnant le prurigo pigmentaire, et des kératinocytes nécrotiques ne sont pas toujours présents^{3,4}.

Le traitement est adapté à la cause des états procétogènes. Les spécialistes peuvent prescrire des adjuvants anti-inflammatoires si les symptômes ne s'amenuisent pas; de la tétracycline ou des antibiotiques macrolides, de l'isotrétinoïne, de la dapsone, de la colchicine ou une photothérapie, en particulier¹.

Références

1. Beutler BD, Cohen PR, Lee RA. Prurigo pigmentosa: literature review. *Am J Clin Dermatol* 2015;16:533-43.
2. Ohnishi T, Kisa H, Ogata E, et al. Prurigo pigmentosa associated with diabetic ketoacidosis. *Acta Derm Venereol* 2000;80:447-8.
3. Mufti A, Mirali S, Abduelma A, et al. Clinical manifestations and treatment outcomes in prurigo pigmentosa (Nagashima disease): a systematic review of the literature. *JAAD Int* 2021;3:79-87.
4. Böer A, Misago N, Wolter M, et al. Prurigo pigmentosa: a distinctive inflammatory disease of the skin. *Am J Dermatopathol* 2003;25:117-29.

Intérêts concurrents : Aucun déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Les auteurs ont obtenu le consentement du patient.

Affiliations : Service de pédiatrie (Coulombe, Geoffroy, Lim), CHU Sainte-Justine, Montréal, Qc.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction de tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>.

Correspondance : Jérôme Coulombe, jerome.coulombe@umontreal.ca

Les images cliniques sont choisies pour leur caractère particulièrement intéressant, classique ou impressionnant. Toute soumission d'image de haute résolution claire et bien identifiée doit être accompagnée d'une légende aux fins de publication. On demande aussi une brève explication (300 mots maximum) de la portée éducative des images, et des références minimales. Le consentement écrit du patient au regard de la publication doit être obtenu avant la soumission.