

Ministère de l'Enseignement Secondaire,
Supérieur et de la Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple- Un But- Une Foi

Université de Bamako

**Faculté de Médecine, de Pharmacie
Et d'Odontostomatologie**

Année Universitaire 2007-2008

Thèse N°.....

THESE

ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES ET PRISE EN CHARGE DU LICHEN
PLAN DANS LE SERVICE DE DERMATO- VENEREOLOGIE DU CNAM
(EX Institut Marchoux)

Bamako (Mali)

Présentée et soutenue publiquement le 1^{er} août 2008 à 10 heures.Devant la faculté
de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali

Par **Monsieur Jean Gabriel COULIBALY**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Professeur Hamar Alassane TRAORE

Membre : Docteur Arouna TOGORA

Co-directeur : Docteur Adama DICKO

Directeur de Thèse : Professeur Somita KEITA

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

A.EG : altération de l'état général

A.I.N.S : anti inflammatoire non stéroïdien

C.P : comprimés

G : gramme

HLA : Human lymphocyte Activator

H.T.A : hypertension artérielle

I.F.D : immunofluorescence directe

Ig : immunoglobuline

J : jour

Kg : kilogramme poids

KMnO₄ : permanganate de potassium

LP : lichen plan

M.G : milligramme

IST : infection sexuellement transmissible

N : nombre de patients

S.I.D.A : syndrome de l'immuno déficience humaine acquise

U.G.D : ulcère gastro-duodéal.

LEXIQUE

- **APOPTOSE** : mort cellulaire isolée, terminant le cycle normal d'une cellule et créant les conditions physiologiques de son remplacement.
- **Onychorrhéxis** : fragilité extrême des ongles due à des fissures longitudinales.
- **Onyxis** : atteinte de l'ongle due à une inflammation du derme sous unguéal, le plus souvent imputable aux dermatophytes.
- **Onychomadèse** : décollement de l'ongle à départ proximal aboutissant à sa chute. Elle reste longtemps latente.
- **Onychoschizie** : clivage de l'ongle, habituellement distale.
- **Onychie** : kératine des ongles.
- **Ptérygion** : Fusion entre le repli sus-unguéal et la lame (Ptérygion dorsal) ou entre la face inférieure de la lame et l'hyponychium (Ptérygion ventral).
- **Trachyonychie** : ongles rugueux, ongle grésé.



DEDICACES

Je dédie ce travail à Dieu le père tout puissant créateur du ciel et de la terre et à Jésus Christ son fils unique notre seigneur et à l'esprit saint source de tout savoir qui m'a permis d'apprendre l'art et la science de la médecine.

A mon père :

Feu Joseph COULIBALY, Enseignant et Educateur tu l'as été. Tu nous as inculqué des valeurs réelles de l'humanisme, l'amour du travail bien fait. Tu nous as demandé durant ta vie si courte que d'étudier. Papa ce travail est le fruit de tes années de durs labeurs, j'aurais tant voulu que tu sois là pour l'apprécier à sa juste valeur ; Saches que tu demeures notre référence. Nous te demandons de toujours veiller sur nous. Puisse le Seigneur te donner le repos éternel par l'intercession de Marie notre mère.

A ma mère :

Léonie SANGARE, modèle, Enseignante et surtout Educatrice. Les mots me manquent Maman pour te dire tout ce que je ressens. Ton courage, ton dévouement et surtout ton amour infini ont fait de nous ce que nous sommes aujourd'hui. Tu es demeurée tel malgré le départ précipité de notre papa vers le Père ; Que ce travail soit le couronnement de tes nuits blanches et de tout ce que tu as fait pour nous. Que la Vierge Marie te porte toujours dans ses bras et que Dieu t'accorde longue vie auprès de nous et de tes petits enfants. Merci Maman !

A mon oncle :

Feu Raphaël COULIBALY, calme et nanti d'une grande sagesse tu as toujours guider notre vie par tes conseils et tes encouragements. Merci pour tout et que Dieu nous permette de toujours nous souvenir de toi et qu'il t'accueille dans son royaume éternel.

A mon oncle :

Raymond SIDIBE, malgré le départ précipité de notre papa tu es resté fidèle à votre amitié. Merci pour les conseils, et tout ton soutien ; nous nous souviendrons toujours de tout ce que tu as fait pour nous. Que le Seigneur te comble de ses biens faits et qu'il t'accorde longue vie dans le bonheur et la santé.

A ma tante :

Marie Madeleine TRAORE, merci pour les conseils, nous avons toujours trouvé refuge à tes cotés. Puisse la Vierge Marie intercéder pour toi.

A ma tante :

Sœur Marie Louise SANGARE, malgré tes multiples occupations tu as toujours trouvé du temps pour nous. Tu as tenu à partager ton expérience sanitaire avec moi, à m'encourager et à prier pour nous. Merci pour tout ; que la Reine de l'immaculée Conception t'aide toujours dans ta vie religieuse et que l'esprit saint soit toujours ton guide.

A mes sœurs :

Caroline, Margueritte, Marie Ange. Vos témoignages d'amour fraternel ne m'ont jamais fait défaut, et vous avez été d'un soutien inestimable dans ma vie. Puissions toujours rester uni par la grâce du saint esprit et que Dieu vous protège dans vos foyers.

A mes frères :

Prosper et Guillaume, merci pour la confiance que vous m'avez accordée. Que ce travail soit pour vous un repère et une source de motivation dans les études. Sachez que je vous fais confiance et que je compte sur vous. Restons toujours unis.

A mes cousins :

Frédéric et Léon (la bande des trois), que de bons souvenirs et de complicité. Puisse Dieu nous assister dans toute nos entreprises. Restons toujours unis.

A mes cousines :

Marie Louise, Josiane, Geneviève. Merci pour tout et pardon pour mes plaisanteries de mauvais goût.

A mes tontons et tantes :

Merci pour vos conseils, votre disponibilité et tout vos soutiens. Sachez que je vous serai toujours reconnaissant.

A mes amis :

Abraham, Raoul, Julien, Cyr Mathieu, Bruno, Jean Christophe,

Augustin, Pascal, Moïse, Issa, Yaya, Cheick Oumar, Abdoulaye.
Merci pour tout ce que vous avez apporté de beau et merveilleux ;
pardon pour mes coups de gueule et mon sale caractère.
Demeurons toujours unis.

A mes grands parents :

Merci pour les contes et histoires distrayants et éducatif. Je vous
porterai toujours dans mon cœur.

A ma femme :

Annonciata KONARE, malgré ton jeune âge tu es d'un soutien
inestimable dans ma vie. Ton amour et ta tendresse ne m'ont
jamais fait défaut. Permet moi encore de te réitérer l'expression de
toute ma tendresse et de mon amour infini. Que la sainte famille
de Dieu nous accompagne tout le long de notre vie. Merci pour
tout mon amour !

A mon fils :

Raphaël, que ce travail soit pour toi un repère dans ta vie.
Chaque fois que tu toucheras à ce travail rappelle toi que la vie ne
te sera pas toujours facile, et que tu dois faire preuve de patience
et de courage fiston.



REMERCIEMENTS

- A notre Maître Professeur Somita KEITA, Chef de Service de

Dermato vénéréologie, pour m'avoir accepté et encadré dans votre service. Professeur dès mon arrivé dans votre service j'ai été bien accueilli et bien encadré. La relation paternelle que vous entretenez avec vos étudiants et vos multiples qualités humaines et scientifiques font de vous un homme exemplaire. Puisse Dieu vous accorder longue vie et plein de succès pour le reste de votre carrière.

- Au Dr Colonel Pierre Paul TRAORE, exemple de fermeté, de discipline, votre amour pour le travail et votre esprit patriotique fait de vous un homme à imiter. Pardon pour toutes les fois où nous t'avons qualifié de trop sévère mais aujourd'hui nous avons compris que c'était pour notre propre avenir. Merci Colonel que Dieu vous accorde longue vie et une riche fin de carrière.
- Au Dr Lieutenant Colonel Karim COULIBALY, votre grande simplicité et votre humilité ont forgé l'admiration et le respect de tous les étudiants. Merci et pardon pour toutes les fois où nous t'avons déçu.
- Au Dr Ousmane FAYE, Assistant Chef de Clinique, dès mon 1^{er} jour dans ce service, j'ai été séduit et impressionné de vos grandes connaissances intellectuelles et surtout médicales, votre courtoisie et votre rigueur scientifique et votre amour pour la recherche et la formation continue font de vous un maître à imiter. Merci pour les conseils et pour l'encadrement et pardon pour toutes les fois où nous

n'avons pas été à hauteur de vos attentes. Chef FAYE, puisse Dieu vous aider à atteindre vos ambitions scientifiques, qu'il vous accorde une longue et riche carrière médicale couronné de succès.

- Au Dr Adama DICKO, votre simplicité, votre amour pour le travail et surtout vos soucis constants à former et à partager vos connaissances avec vos cadets font de vous un maître à suivre. Dr merci de m'avoir fait confiance pour effectuer ce travail sous votre encadrement. Sachez que ce travail est de loin le fruit de vos durs labeurs et de vos grandes connaissances médicales. Pardon pour toutes les fois où je n'ai pas pu satisfaire à vos attentes et sachez que je vous serai toujours reconnaissant. Qu'Allah le tout puissant nous accorde une longue et riche carrière médicale pleine de succès. Merci pour tout Docteur.
- Au Dr Hawa SAGARA, merci pour les conseils, pardon pour toutes les fois que je vous ai causé du tort que le seigneur vous protège et vous accorde une brillante carrière médicale.
- A tout le personnel de la Dermato Vénérologie notamment : Guimba CAMARA, Siaka SANOGO, Alexis THIENOU, Youssouf COULIBALY, Sanata KONE, Marthe SAMAKE et Jokebette KONE, merci pour les services que vous m'avez rendus et pardon pour mes mauvais comportements.
- A mes aînés du service : Dr Nouhou WAÏGALO, Dr Sadio

KEITA, Dr Lassine CISSE, Dr Hassan COULIBALY, Dr Amos SIDIBE, Dr Mamadou GASSAMA, Dr Mamadou BAH, Dr Binta GUINDO, Dr Korotoumou COULIBALY, Dr Abraham KONE, Dr Alou KEITA, Dr Gassaga SISSOKO, Dr Kouréïchi TALL, Dr Jacques NIOSSIGUE et Prosper MOUNKORO, merci pour l'attention que vous m'avez accordée pardon pour mes indisciplines que Dieu vous accorde une longue et riche carrière médicale.

- A mes Collègues : Oumar KAMPO, Amadou DICKO, Bakary BAGAYOGO Madou SISSOKO, ce travail est le votre, puisse Dieu nous aider à accomplir notre devoir de médecin future et qu'il nous accorde une fructueuse carrière.
- A mes cadets : Jean DEMBELE, Chacka FOMBA, Adama KEITA, Ousmane SYLLA, je vous exhorte à plus de courage et de persévérance dans le travail.
- A tout le personnel du CNAM merci de la collaboration.
- A tous les professeurs de la FMPOS merci pour l'enseignement reçu.
- Aux Docteurs Bruno Job KEITA et Emmanuel TRAORE, merci pour la formation et les conseils.
- A l'archevêque de Bamako et a tout le collège Presbytéral du diocèse de Bamako.

- Aux Abbés Gérard BLAYAC, Marcellin DIARRA, Moïse DEMBELE, Moïse COULIBALY, Jean Joseph FANE et Joachin SAMAKE. Merci pour les conseils, les encouragements et tout le soutien que vous m'avez accordés. Puisse l'esprit saint vous Illuminer dans vos sacerdoces.
- A messieurs Alexis MAIGA et Noël DIALLO, merci pour l'accueil chaleureux qui m'a toujours été accordé dans vos familles.
- A monsieur Bernard SAGARA, merci pour les conseils le soutien tant moral que financier. Puisse Dieu t'accorder longue vie et plein de bonheur.
- A monsieur Pierre MOUNKORO et toute sa famille, merci pour l'accueil filial qui m'a toujours été accordé, que Dieu vous donne longue vie.
- A monsieur Zéïni Moulaye HAIDARA, merci pour les conseils et pour tout le soutien.
- Au Directeur et à tout le personnel du Centre d'Etude et de Culture pour Jeune "Monseigneur Luc Auguste SANGARE", merci pour l'encadrement et pour la documentation.
- A toute la communauté Chrétienne du Badialan.
- A mes camarades de la COJECC et du groupe des jeunes

volontaires, merci pour les formations reçues et pardon pour mes fautes.

- A mes camarades : Pierre DIALLO, Pierre M KEITA, Emmanuel TOE, Viviane DIONKASSI, Véronique TRAORE, Véronique DIALLO, Djenèba DAMANGO, merci pour tous ces moments de partage et de joie.

- A Mlle Nantènin FOFANA et Mlle Geneviève DOUMBIA, si ce travail est une réussite c'est grâce à vos appuis inestimables et surtout votre disponibilité. Merci que Dieu vous protège et qu'il couronne tous vos travaux de succès. Je vous serai toujours reconnaissant

- Merci à tout ceux qui n'ont pu être cités ici et qui ont contribué à la réalisation de cette œuvre et à tout ceux qui m'ont porté dans leur cœur durant ma vie scolaire et étudiante.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

*** A notre maître et président du jury**

Professeur Hamar Alassane TRAORE

Professeur titulaire de médecine interne, coordinateur des enseignements de thérapeutique et de sémiologie médicale à la FMPOS. Chef de service de médecine interne au CHU du point G.

Cher maître,

Nous saluons la promptitude avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury. Vos qualités d'homme de science et votre rigueur scientifique sont incontournables à nos yeux pour l'amélioration de ce travail. Honorable maître, recevez à travers ces mots l'expression de notre profonde gratitude.

*** A notre maître et juge**

Docteur Arouna TOGORA

Spécialiste en psychiatrie, assistant chef de clinique à la FMPOS, praticien hospitalier au CHU du point G.

Cher maître, la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations, prouve votre générosité et votre modestie. Votre grande pédagogie à transmettre vos connaissances et vos qualités humaines font de vous un maître à suivre. Recevez, ici cher maître l'expression de notre reconnaissance.

*** A notre maître et codirecteur**

Docteur Adama DICKO

Spécialiste en dermatovénérologie

Cher maître,

Nous voulons, en cette circonstance, vous remercier de la confiance que vous nous avez accordée en proposant ce travail sous votre encadrement. Votre assiduité, votre amour pour le travail bien fait, votre souci constant à former et vos qualités humaines inestimables, font de vous un maître à imiter. Recevez par ce travail l'expression de notre admiration et de notre profonde gratitude.

*** Notre maître et directeur de thèse**

Professeur Somita KEITA

Professeur titulaire de l'université en Dermato-Lepro-vénérologie.
Chef du département Dermato-Lepro-vénérologie à la FMPOS.
Chevalier du mérite de la santé.

Chef de l'unité de Dermato-vénérologie au CNAM.

Cher maître,

C'est un privilège pour nous d'avoir travaillé sous votre direction sur ce sujet. Vous êtes toujours resté disponible et c'est le moment pour nous de vous rendre un hommage mérité. Si ce travail est une réussite, nous le devons à votre compétence et à votre savoir-faire. J'ai pu apprécier, cher maître, vos dimensions sociales inestimables. Soyez en remercié.

SOMMAIRE

I -INTRODUCTION

Page
3

II – OBJECTIFS	4
III- GENERALITES	5
A- Rappel anatomique de la structure de la peau	5
B- Historique	8
C- Epidémiologie	8
D- Etiopathogénie	9
E- Aspects cliniques	9
* Type de description: lichen plan de l'adulte.	9
1. Signes cutanés	9
2. Signes muqueux	
3. Signes phanériens	
4. Evolution.	
* Formes cliniques.	14
1. Formes selon l'âge: L.P de l'enfant de moins de 10 ans	
2. Formes morphologiques	14
3. Formes selon le terrain	17
4. Formes topographiques particulières	
5. Formes évolutives	17
6. Formes associées à d'autres maladies	
7. Dermatoses rattachées au L.P.	18
F- Diagnostic	21
G- Traitement	24
IV –NOTRE ETUDE	30
A- Patients et méthodes.	30
B- Résultats.	34
C- Commentaires et discussion	43
V- CONCLUSION – RECOMMANDATIONS	47
ICONOGRAPHIE	48
BIBLIOGRAPHIE	50
ANNEXES	

I - INTRODUCTION:

Le lichen plan (L.P) est une dermatose inflammatoire et chronique. Il est caractérisée dans sa forme typique par des papules fermes, consistantes, polygonales, brillantes à jour frisant, de coloration rouge rosée ou violacée à surface plane de 1 à 3 mm de diamètre discrètement ombiliquée et parcourue de stries grisâtres (des stries de Wickham). Le pronostic est habituellement bon mais l'étiologie reste mal connue [1].

En Afrique, sa prévalence varie de 7p1000 (Pretoria) [4] à 17p1000 à Dakar avec une prédominance chez le sujet jeune de 15 à 35 ans [5]. Dans le service de dermatologie du Centre National d'Appui à la Lutte contre la Maladie (CNAM Bamako), ce taux de prévalence varie selon les années: 8p1000 en 1996; 7p1000 en 1997 [6] et 5p1000 en 1999 [31]. Les cas observés sont caractérisés par un polymorphisme clinique allant des formes banales aux formes sévères, en passant par la forme typique de l'adulte.

Parmi les formes sévères on note:

- Le lichen plan éruptif aigu chez l'enfant dans sa forme vésiculo- bulleuse.
- Les formes inflammatoires à évolution bulleuse ou érythrodermique chez l'adulte.
- Le lichen plan des muqueuses et phanères avec un risque de cancérisation pour les muqueuses et un préjudice esthétique pour les phanères.

L'évolution est toujours chronique, le traitement est laborieux et peut nécessiter souvent une hospitalisation pour les formes bulleuses.

Plusieurs facteurs étiologiques sont évoqués dans la littérature parmi lesquels on cite entre autre: les agressions psychologiques, les stress d'origine diverse qui augmentent de plus en plus dans les villes Africaines notamment au Mali.

Cependant, très peu d'études ont été consacrées au lichen plan en Afrique et au Mali c'est la deuxième étude du genre. C'est pourquoi dans ce travail nous nous sommes proposé de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et une approche thérapeutique de prise en charge des cas de cette affection observée dans le service de dermato vénéréologie du CNAM.

I- OBJECTIFS

A- Objectif Général:

Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du lichen plan dans le service de dermatologie du CNAM.

B- Objectifs spécifiques:

- Décrire les caractères sociodémographiques et épidémiologiques des cas de Lichen Plan observés au CNAM.
- Décrire les aspects cliniques de ces cas.
- Rapporter les schémas thérapeutiques utilisés et leurs résultats.

III- GENERALITES:

A- Rappel de la structure de la peau:

La peau est constituée, de l'extérieur vers l'intérieur par 3 couches distinctes:

1-L'EPIDERME:

L'épiderme est un épithélium malpighien pluristratifié composé de 5 couches cellulaires appelées kératinocytes. Il comporte de l'extérieur vers l'intérieur:

- La couche cornée: est la couche la plus externe. Elle est plus ou moins épaisse, comporte des cellules cornées qui sont dépourvues de noyaux.
- La couche claire: est formée d'une seule assise de cellules kératinocytaires très aplaties et d'aspect clair en vue microscopique.
- La granuleuse: comporte 1 à 4 assises de cellules très aplaties pauvre en mitochondries. Ce sont des kératinocytes à noyau désintégré en granules.
- La couche épineuse ou corps muqueux de Malpighi: c'est la couche la plus épaisse. Elle comporte 3 à 10 assises de cellules polygonales: Les kératinocytes malpighiens. Ces cellules s'aplatissent peu à peu vers la surface. En profondeur elles sont polyédriques et pourvues de filaments d'attache appelés desmosomes ou épines d'union.
- La couche basale ou germinatrice: c'est la couche la plus profonde de l'épiderme. Elle est formée d'une seule assise de cellules cuboïdes reposant sur une membrane basale. Cette

couche germinatrice est le siège d'une forte activité mitotique. Entre ces cellules basales s'intercalent les cellules responsables de la mélanogenèse: mélanocytes et les cellules de Langherans qui représentent la sentinelle immuno-allergique.

2- LE DERME:

C'est un tissu conjonctif constitué d'une substance fondamentale, de fibres conjonctives et d'éléments cellulaires (fibroblastes, fibrocytes). Il est parcouru par un riche réseau vasculaire et nerveux. Par ailleurs il abrite les annexes épidermiques (follicules pilo-sébacés, glandes sudorales).

3- L'HYPoderME OU COUCHE ADIPEUSE:

C'est un tissu conjonctif, constitué de cellules graisseuses appelées adipocytes. Les adipocytes sont rassemblés en lobules et en lobes graisseux, séparés par des travées conjonctivo-vasculaires et nerveuses.

STRUCTURE DE LA PEAU

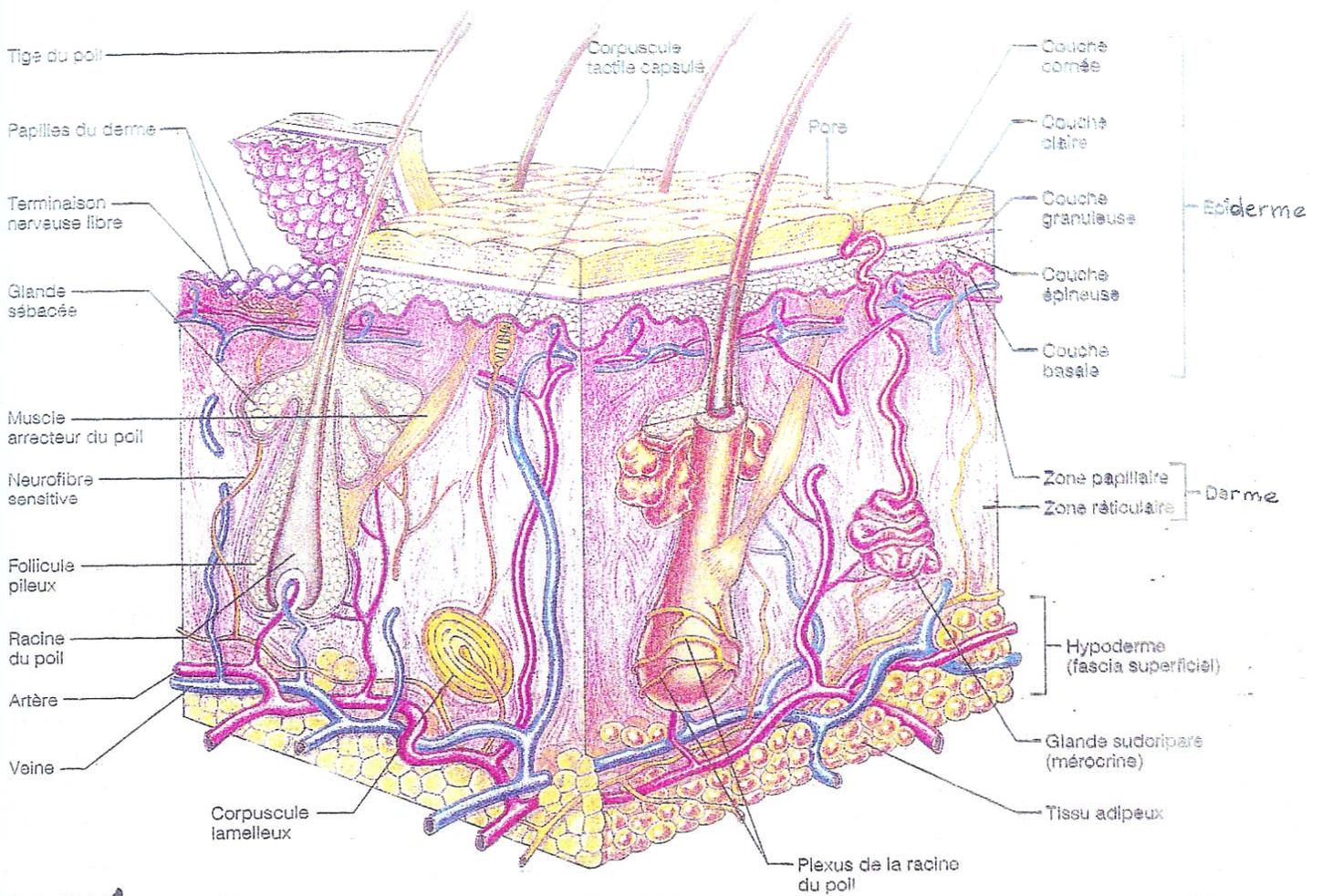


FIGURE 1
Structure de la peau. Vue tridimensionnelle de la peau et des tissus sous-cutanés. L'épiderme et les couches du derme ont été soulevés dans le coin supérieur gauche pour montrer les papilles du derme.

B - HISTORIQUE:

La première description clinique de Lichen Plan a été faite en 1867, par Eranus Wilson, qui porte son nom et qu'il appela « Lichen Planus ». Quelques années après en 1889 cette entité vu son individualité compromise par les descriptions des dermatologistes autrichiens qui voulurent établir deux types de Lichen, le lichen Ruber Planus de Wilson, et le Lichen Ruber acuminatus.

Brocq a consacré une remarquable monographie au lichen Ruber planus de Wilson. L'anatomopathologie de cette affection a déjà été éclaircie par les anciens auteurs dont Sabouraud, et plus récemment, Pautier et Diss.

Son étiologie et sa pathogénie incomplètement élucidées ont retenu l'attention de la plupart des dermatologistes contemporains. Sa prise en charge thérapeutique a bénéficié d'acquisitions nouvelles soit dans le domaine de la chimiothérapie (Aury), soit dans celui de la physiothérapie (Gouin, Pautier). Le 12 juin 1927 une filiale de la société française de dermatologie de Strasbourg, s'était consacrée intégralement à la question du lichen plan [6].

C- EPIDEMIOLOGIE

La fréquence du lichen plan est diversement appréciée chez l'Africain [7]. Elle est comparable à celle que l'on voit en Europe et estimée à 16 p 1000 des cas de dermatoses dans l'enquête de Schulz [8], entre 10 et 20 p1000 en Afrique du Sud, au Sénégal

17 p1000 selon Strobel et N'Diaye [5].

Le lichen plan atteint les sujets plus jeunes en Afrique (51 % entre 15 et 30 ans) contrairement en Europe où il est plus élevé, avec un pic entre 30 et 60 ans (Londres) [9]. Chez l'enfant, le lichen plan est assez souvent profus prenant volontiers un aspect zoniforme.

En Afrique, les femmes sont plus atteintes que les hommes (59 % de prédominance féminine) [5]. A Dakar le lichen plan apparaît plus fréquemment pendant l'hivernage (saison des pluies), et atteint surtout les citadins [10].

A Bamako le lichen plan paraît plus fréquent pendant la saison chaude et pluvieuse (entre Mai et Octobre).

D- ETIOPATOGENIE

Elle portera surtout sur:

- Le terrain: Rechercher de très rares formes familiales;
- Les facteurs déclenchant:
 - Neuro-psychique: ce facteur est évoqué par l'importance des agressions psychoaffectives et des stress recueillis chez les malades, faisant du L P une pathologie psycho sensible.
 - Métaboliques: diabète et ou HTA associé (syndrome de Grinspan)
 - Digestifs: Colopathies associées;
 - Médicamenteux: posant le problème des réactions lichénoïdes externes (lichens des révélateurs de films de radiologie) ou Internes (Toxidermies médicamenteuses)
 - Immunitaires: aspect de lichen au décours des réactions du greffon contre l'hôte (GVA) [3];

- Une corrélation avec l'hépatite virale surtout a été évoquée;
- Egalement une corrélation avec le système HLA a pu être incriminée [13];
- De nos jours l'origine auto-immune du lichen plan est discutée [14].

E- ASPECTS CLINIQUES:

1- Type de Description: lichen plan cutané de l'adulte

Il est évoqué le plus souvent devant une éruption faite de papule luisante prurigineuse caractérisée par:

1.1-Signes cutanés:

a- l'Eruption cutanée lichénienne:

La lésion élémentaire est une papule rosée à contour polygonal, à surface plate et brillante, à jour frisant. Elle est ferme au toucher, à peine infiltrée.

La papule débute par une macule rouge à la limite de la visibilité. Elle atteint 2-4 mm de diamètre, faisant une légère saillie au dessus des téguments quand elle acquière un caractère éruptif. Habituellement polygonales, certaines deviennent plus volumineuses, et peuvent être arrondies, ou globuleuses souvent leur centre se déprime formant une ombilication avec des bords en margelle de puits.

Les papules forment souvent par confluence, des plaques ovalaires planes de 10-20 mm de diamètre. Leur centre est parfois déprimé, entouré d'un talus plus ou moins large et élevé, leur coloration varie du rose ou rouge violet ou bistre et ou brun suivant l'âge des lésions. La coloration est très évocatrice du lichen plan.

Les plaques et les larges papules peuvent être recouvertes d'un enduit squameux fin et adhérent.

L'hyperpigmentation des lésions évoluées est très franche sur la peau noire; la papule est de coloration violette foncée ou grise ardoisée à surface plane et brillante.

A l'examen très attentif de certaines plaques ou larges papules, on observe un réseau blanc grisâtre, appelé réseau de Wickham. Il est constitué par des stries d'un gris peu translucide, dessinant l'aspect d'étoile ou d'arborisation avec des petits renflements nodulaires. L'application d'huile de cèdre le fait mieux percevoir.

Des nappes très étendues peuvent résulter de la juxtaposition de plaques et de papules. L'infiltration reste superficielle, perceptible sur les bords. La desquamation peut être abondante, donnant au placard un aspect psoriasiforme (lichen post-aurique) où elle peut apparaître en raie farineuse après le passage de l'ongle. La surface est parfois quadrillée, hachurée comme le serait un placard de lichénification. L'examen minutieux de la bordure ou du voisinage, révèle des papules isolées de lichen, dont la confluence aboutit à la formation des plaques. [15].

b-Le prurit:

Le prurit est presque toujours présent. Son intensité varie d'un patient à un autre, et dépend en partie, de l'état névrotique du malade. Dans les formes chroniques, le prurit peut déterminer des lésions de lichénification; soit des petites papules très superficielles, à peine teintées, soit des plaques brunes et quadrillées. Ces pseudo-papules et ces placards de lichénification

peuvent s'observer dans tout prurit prolongé. Ils ne sont pas particulier ou lichen plan mais peuvent le masquer: D'où la nécessité de rechercher des papules typiques du lichen plan à distance ou au pourtour [15].

Le grattage peut favoriser l'éclosion de nouvelles papules disposées en stries linéaires: c'est le phénomène de Koebner. Après l'affaissement de la papule lichénienne apparaît une pigmentation gris brunâtre durable [13].

Les lichens invisibles se traduisant par un prurit pur, pouvant précéder de plusieurs mois ou années l'éruption visible de lichen plan [16].

Devant tout prurit isolé, on recherchera un éventuel lichen plan buccal.

1.2-Les signes muqueux:

a- L'atteinte buccale:

Le lichen plan est une maladie inflammatoire chronique de la peau, des muqueuses malphigiennes et des phanères. Il a été révélé que la moitié des patients atteints de lichen plan cutané ont également un lichen buccal, en revanche seulement 25 % des patients ayant LP buccal développe un lichen cutané [17].

On distingue, plusieurs aspects de LP buccal: réticulé, papuleux, en plaque atrophique (44 %) alors que les formes érosives sont rares (10 %) [18].

Des lésions de lichen plan kératosique sont habituellement symptomatiques en dehors de sensation de brûlures ou d'un goût métallique. La localisation préférentielle est la muqueuse buccale ou la langue, en revanche, un LP est exceptionnellement localisé

au plancher buccal et au palais. L'aspect peut parfois se limiter à des ponctuations blanchâtres. L'aspect papuleux ou en plaques (souvent localisé au dos de la langue) est identique à celui d'une leucoplasie et impose donc une biopsie pour éliminer une dysplasie ou un carcinome débutant.

Le type atrophique est caractérisé par une muqueuse rouge atrophique avec en périphérie des stries blanchâtre, le centre érythémateux doit être biopsié pour éliminer un carcinome in situ souvent difficile à distinguer cliniquement.

Les modifications histologiques observées au cours du LP buccal sont moins masquées que celles des lésions cutanées; elles associent des modifications épidermiques (hyperacanthose, hypergranulose), une dermite de l'interface et un infiltrat lymphocytaire du chorion en bande [19].

b- L'atteinte de la muqueuse génitale:

Chez l'homme les lésions sont localisées au niveau du gland, du fourreau, et du scrotum les papules sont souvent assez volumineuses, plus ou moins prurigineuses, faisant penser à une gale. Elles sont parfois petites, se disposant en anneaux très fins ou disséminés, faisant alors discuter un Lichen nitidus ou une mucinose. Devant des lésions scléro-atrophique balano-préputiale il faut rechercher un LP du voisinage. Sur les muqueuses balaniques, balano-préputiales, vulvaires et anales, le lichen peut reproduire l'aspect qu'il a sur la muqueuse buccale, celui de stries ou de nappes blanchâtre. On doit également le distinguer du Lichen scléroatrophique qui est plus fréquent sur les organes génitaux féminins [15].

1.3-Les signes phanériens

a- Le lichen plan unguéal:

Environ 10% des patients présentant un lichen plan cutané ont une atteinte unguéale [20]. La localisation strictement unguéale partielle ou totale est rare. Les doigts sont plus atteints que les orteils [21].

L'atteinte unguéale apparaît soit de façon simultanée sur tous les ongles, soit progressivement atteignant les ongles les uns après les autres, ou apparaît dans les années qui succèdent, indiquant de la sévérité de l'atteinte extra unguéale. IL se rencontre surtout chez les patients quinquagénaires et sexagénaires. Elle précède souvent les lésions cutanées, du cuir chevelu et des muqueuses, ou apparaît dans les années qui succèdent indépendamment de la sévérité de l'atteinte extra unguéale.

Des examens cliniques minutieux sont nécessaires pour dépister les signes extra unguéaux qui sont presque minimes. Un diagnostic et une prise en charge précoce sont nécessaires afin d'éviter, les complications compte tenu de son évolution rapidement cicatricielle [22].

La symptomatologie de l'atteinte unguéale dépend de la zone atteinte de la sévérité et de l'ancienneté. Une atteinte de la face ventrale du repli sus unguéal peut se traduire par une coloration érythémateuse ou violacée. L'atteinte de la matrice est plus fréquente, et se traduit le plus souvent par une onychorrhexie, une hyperstriation longitudinale.

Lorsque toute la longueur de la matrice est envahit par une papule lichénienne on observe alors un défaut longitudinal bordé latéralement de deux ailerons latéraux, parfois Koïlonychique, ce

défect longitudinal est souvent comblé au stade cicatriciel par un ptérygion.

L'atteinte de la matrice peut également se traduire par un amincissement total ou localisé de la tablette unguéale: une onychomadèse.

Une atteinte totale de la matrice peut aboutir à l'ononychie. Ce dernier loin d'être constant, est un signe très évocateur du lichen même s'il n'est pas pathognomonique.

Un aspect de trackynonychie parfois observé chez l'enfant peut traduire un lichen matriciel proximal, de pronostic favorable sans évolution cicatricielle.

Une onychoschizie proximale, une mélannonychie longitudinale, un érythème lunulaire ou des macules érythémateuses lunulaires peuvent être observés.

Les atteintes du lit unguéal et de l'hyponychium peuvent se traduire par des papules rondes ou linéaires, érythémateuses ou violacées, visibles à travers la lame unguéale, ou encore par une onycholyse avec ou sans hyperkératose sous unguéale. Certaines formes de lichen évolué sévère, aboutissent à une atrophie cicatricielle totale de l'aire unguéale.

En cas de suspicion de lichen unguéal isolé, une confirmation diagnostique s'impose avant l'institution du traitement (biopsie) [23].

b. Le lichen plan du cuir chevelu

Au cuir chevelu, le lichen revêt très rarement le type habituel de papules ou de plaques rosées lichéniennes; sauf chez les sujets chauves. Il se confond le plus souvent avec le lupus

érythémateux, formant des plages atrophiques, déprimées, recouvertes ou entourées d'une hyperkératose ponctuée. Il peut aboutir à des alopecies cicatricielles, réalisant alors une pseudo-pelade. En absence de lésions de lichen sur d'autre partie du corps, le diagnostic est difficile à affirmer cliniquement confirmé le plus souvent mais non toujours par l'histologie [24].

1.4-Evolution

L'évolution peut être spontanément résolutive après quelques poussées. Mais la persistance de macules hyperpigmentées post inflammatoire augmente le préjudice esthétique. Seul un traitement approprié et précoce permet d'écourter la durée d'évolution. Mais les récurrences sont fréquentes.

2- Les Formes cliniques:

De nombreuses formes cliniques sont possibles, et nos descriptions porteront sur:

2.1-Les Formes selon l'âge:

Le lichen plan de l'enfant de moins de 10 ans:

Exceptionnel il se caractérise par:

- Une dermatose prurigineuse dont le type éruptif est variable il peut soit s'agir de minuscules papules rouges ayant l'aspect de vésicules et simulant souvent un eczéma aigu (lichen miliaire);
- Par des papules hémisphériques de type prurigo, mêlées à des plaques plus ou moins lichénoïdes, des placards diffus

oedématisés parfois urticariens, des nappes érythémateuses et squameuses pouvant conduire à l'érythrodermie.

2.2- Les formes morphologiques:

a- Les lichens bulleux:

Rares mais souvent observés dans les lichens aigus, ne sont parfois que de simples vésicules rondes, ou de très petites bulles surmontant certains éléments de lichen, ne modifiant ni l'aspect, ni l'évolution de l'éruption (lichen visiculones). C'est en fait la Clinique des fentes sous épidermiques souvent observées histologiquement, qui pose le diagnostic. Mais dans d'autres cas, il s'agit de véritables bulles séreuses.

Apparaissant sur les nappes lichéniennes ou en dehors de celles-ci (lichen pemphigoïde).

Ces éléments bulleux sont d'une interprétation parfois délicate.

Il est logique de considérer comme de nature lichénienne les bulles, même de grande taille, posées sur une papule de lichen histologiquement typique, en plus ces soulèvements bulleux ont la même évolution que le reste de l'éruption.

Dans les autres cas, en absence de cette concordance, histotopographique et évolutive, il est difficile de conclure une variété de lichen, on doit alors rechercher une toxidermie médicamenteuse, ou une dermatose bulleuse, type de maladie de Durhing ou pemphigus, qui s'associerait à un lichen et évoluerait ensuite pour son propre compte sans qu'on puisse expliquer cette curieuse substitution.

Ces graves éventualités sont rares et dans presque tous les lichens vésiculo-bulleux, le pronostic de la dermatose n'est pas

modifié [15].

b- Le lichen érythémato-squameux:

Le diagnostic est très difficile voire souvent impossible à affirmer cliniquement lorsqu'il est isolé. Cette forme ne se manifeste que sur des tâches lenticulaires nummulaires, ou assez larges, nullement infiltrées, recouvertes de squames pityriasiformes ou psoriasiformes. Elle est tantôt parakératosique, tantôt psoriasique ou para psoriasique. C'est la biopsie qui confirmera le diagnostic de lichen devant ces lésions mal définies [24].

c- Le lichen plan folliculaire:

Peut être associé ou non à des papules typiques de lichen plan. Il est caractérisé par des micros papules péries pilaires, souvent cornées, siégeant surtout au cuir chevelu [24].

d- Le lichen plan hypertrophique:

Les lésions sont verruqueuses, très prurigineuses, localisées en général à la face antérieure des jambes. Les lésions peuvent être secondaires à la lichénification d'éléments papuleux ordinaires [24].

e- Le lichen érosif des orteils:

Cette forme a longtemps été peu connue, sur laquelle l'attention a été attirée par R. Degos et Mme L. Schnitzler (1965-1967). L'affection atteint avec prédilection le sexe féminin à l'âge moyen de la vie. Elle est caractérisée par des lésions érosives, parfois

précédées, ou accompagnées de bulles, siégeant sur la pulpe des orteils, avec une électivité pour le gros orteil.

Les deux pieds sont presque atteints de façon symétrique dans quelques cas, les érosions intéressent le talon, la cheville, le cou-de-pied. Les altérations unguéales destructrices, souvent les premières en date sont très importantes, entraînant la lyse totale de l'ongle. Les examens histologiques confirment le diagnostic de lichen plan en bordure des érosions ou sur les papules à distance.

Le caractère douloureux des lésions entraîne une impotence souvent très marquée, faisant de ces malades infirmes. Une dégénérescence cancéreuse a été observée dans le cas de L.H Jansen et F.G. Goothius suivi pendant 38 ans, avec deux épithéliomas successifs, l'un en bordure d'une érosion d'un pied, l'autre sur une tâche atrophique d'un coude. Mais le caractère exceptionnel de cette transformation s'oppose à la fréquence des cancers développés sur les lichens érosifs buccaux.

Les lichens érosifs cutanés ont été exceptionnellement observés sur d'autres régions du tégument: doigts (F. Vanbremeesch, 1966) cuir chevelu, plis de flexion (P Sourreil et collaborateurs 1969), jambes (R Durepaire et collaborateurs 1972), dos et gland (A Dupré et collaborateurs 1973). Le lichen érosif serait pour certains (A Dupré et coll) un lichen bulleux dont la bulle se rompt souvent avant un développement clinique visible.

Le lichen pigmentaire d'emblé (H Gougerot 1939) apparaît comme une pigmentation d'apparence primitive le plus souvent localisée au visage et au cou, prenant alors l'aspect de la poïkilodermie cervico-faciale de A. Civatte ou de la mélanose de Riehl. L'aspect

pointillé et réticulé visible en bordure des plages brunes de ces lichens pigmentaires (lichen actinique) peut revêtir cet aspect de lichen pigmenté [15].

f-Les formes selon la disposition des lésions

Le groupement des papules dessine souvent des anneaux (lichen annulaire), des Arabesques (lichen serpigineux), des stries (lichen linéaire, lichen zoniforme).

La disposition annulaire est fréquente, surtout sur le gland, le prépuce, et sur le scrotum.

Sur la lésion figure un cercle rose blanchâtre, constitué par des papules brillantes étroitement juxtaposées ou même par un trait curviligne de la peau de 30 à 40mm de diamètre. Un aspect annulaire ou circiné peut également être réalisé par l'affaissement progressif du centre d'une papule lichénienne, une teinte jaune bistre persiste au centre de l'anneau résiduel.

- La disposition en stries résulte du groupement de petites papules en une file de quelques millimètres; le long d'une strie de grattage: c'est le phénomène de Koëbner.

- La disposition linéaire en bandes, est surtout fréquente aux membres, en particulier aux membres inférieurs. Elle est parcourue sur toute sa hauteur par une traînée verticale, étroite et plus ou moins continue, d'éléments roses ou bruns, lisses ou verruqueux. Ces bandes linéaires semblent suivre le trajet d'un nerf ou d'une racine rachidienne (lichen zoniforme), et reproduisent l'aspect des nævi linéaires [15].

2.3- Les formes selon le terrain:

Le lichen plan (rare chez l'enfant), est une affection de l'adulte, les cas survenant dans la même famille sont exceptionnels et aucune association très significative à un groupe HLA-A ou B n'a été rapportée. Enfin, le lichen plan atteint les sujets anxieux [13]. Le lichen plan est un marqueur dermatologique des formes chroniques de la réaction du greffon contre l'hôte (Graft Versus Host Disease: GVH)

2.4-Les formes Topographiques particulières:

- Les organes génitaux de l'homme: les formations papuleuses sont en général très caractéristiques et fréquentes, elles prennent souvent une disposition annulaires;
- L'atteinte du cuir chevelu se traduit par les lésions très comparables à celles du lupus érythémateux chronique. Elle peut aboutir à un état pseudo-peladique;
- Les régions palmo-plantaires prennent souvent un aspect pseudo vésiculaire puis porokératosique.
- L'atteinte oesophagienne est rare, le plus souvent associée à un lichen plan buccal érosif, entraînant parfois une sténose.

2.5-les formes évolutives:

Le lichen plan est une affection cutanéomuqueuse, d'évolution variable selon les formes:

- La forme habituelle de l'adulte jeune après plusieurs semaines de poussées, peut subir spontanément une

résolution complète laissant des cicatrices pigmentées, qui mettent plusieurs mois pour disparaître.

- Les formes profuses, bulleuses et erythrodermiques sont considérées comme assez graves. Elles peuvent subir une évolution chronique et une altération de l'état général avec risque de surinfection, ces formes graves nécessitent un traitement adapté sous surveillance hospitalière.

2.6-Les formes associées à d'autres pathologies:

L'association du lichen plan à de nombreuses affections auto-immunes a été rapportée, du fait de sa nature probablement immunologique. Une association avec:

- Le lupus
- La pemphigoïde
- La pelade
- La rectocolite hémorragique
- La maladie de Crohn
- La réaction du greffon contre l'hôte (GVH)

Egalement l'association avec d'autres maladies non dysimmunitaires a été rapportée tel que:

- Hépatite virale chronique B ou C
- HTA
- Diabète
- Carie dentaire

- Colopathies fonctionnelles
- Les dermatoses lichénoïdes

2-7 Les dermatoses rattachées au L.P

Certaines dermatoses présentent des ressemblances avec le lichen plan. Leur situation nosologique par rapport à celui-ci est mal définie.

a- Le lichen nitidus

Affection rare, de causes inconnues, caractérisée par de petites éruptions étendues ou groupées dans certaines zones (région génitale, abdomen, surfaces de flexions). Les lésions sont rarement prurigineuses, leur structure histologique est assez différente de celle du lichen plan: il s'agit de petits infiltrats très superficiels, enchâssés par deux bourgeons inter papillaires étirés et composés d'histiocytes, de lymphocytes et de cellules épithéloïdes [24].

b- Le lichen plan actinique ou lichen plan tropicales ou lichen plan solaire,

C'est une dermatose rare observée surtout dans les pays tropicaux. L'affection semble atteindre électivement les enfants et les adultes des pays chauds (Égypte, Israël). Trois aspects cliniques sont réalisés:

- **Forme pigmentée:** prédomine sur ce visage surtout le front,
- **Forme dyschromique pseudo vitiligoïde** siègent surtout sur le dos des mains ou sur la nuque,

- **Forme à type de granulome annulaire** de topographie distal.

Les différents aspects sont caractérisés par la majoration des lésions. Au cours de l'exposition solaires et par l'absence de prurit les examens histologiques montrent le plus souvent une image lichenienne typique ou lichénoïdes, bien que dans quelques cas elles sont assez proches d'un lupus érythémateux. Les tests de provocation par irradiation UV ont été le plus souvent négatifs [15].

c- Le lichen scléreux et atrophique:

S'observe surtout dans la région périnéale, les régions scapulaires et la région lombosacrée. Il s'agit de petites taches blanches atrophiques, de quelques millimètres ou centimètres de diamètre, comportant de petits bouchons cornés dans un ostium folliculaire. Sur la région vulvaire, le lichen scléreux et atrophique provoque des lésions presque identiques.

La structure histologique est très particulière: l'épiderme est aminci et rectiligne, le derme superficiel déshabité et fibreux, le derme moyen occupé par un infiltrat lympo-histiocytaire régulier à limite rectiligne. La place nosologique du lichen scléreux et atrophique par rapport au lichen plan d'une part, à la sclérodermie en gouttes d'autre part, est discutée [24].

d- Le lichen plan obtusus:

Confirmé par des grosses papules papules hémisphériques rose, brun, parfois violacées, lisses non squameuses, à localisation souvent régionale (surtout les membres) pouvant se dessiner sur

différentes parties du tégument. Il convient de distinguer au moins deux types de lichen obtusus:

- lichen plan obtusus modérément prurigineux est souvent associé à des lésions de lichen et dont la structure histologique en confirme l'authenticité.
- Le lichen obtusus corné (prurigo nodulaires de Hyde) dont les éléments sont habituellement plus volumineux, déterminant un prurit très intense, de durée indéfinie et rebelle à toute thérapeutique [15].

e- Le lichen Aureus

C'est une affection exceptionnelle, la maladie débute par des plaques lichénoïdes, peu nombreuses, de couleur rouge, se groupant ensuite en plaques bien limitées de quelques millimètres à plusieurs centimètres de diamètre. Le grattage provoque l'apparition d'un placard pigmenté et purpurique. L'évolution est chronique atteignant 12 ans.

L'histologie montre un infiltrat lymphohistiocytaire sous épidermique grignotant la basale. Au sein de l'infiltrat existent des dépôts d'hémosidérine libres ou intra histiocytaires [15].

f- Le Lichen Verruqueux ou lichen corné hypertrophique

Il est composé d'élevures arrondies et de plaques de plusieurs centimètres de longueur à contours irréguliers roses ou brunes très saillantes, recouvertes de squames plâtreuses très adhérentes et de masses cornées grisâtres. Leur surface présente souvent des dépressions alvéolaires. Le prurit est généralement intense, mais il peut être modéré ou même absent.

Les lésions siègent électivement à la face antérieure de la jambe. Elles peuvent prendre parfois, une disposition linéaire en bande allongée sur toute la hauteur du membre inférieur, simulant un noevus verruqueux [15].

g- Le lichen Ruber monilliformis (Kaposi):

D'intérêt historique, cette dermatose est si rare, qu'il est habituellement difficile de l'intégrer dans un cadre précis. Elle est constituée par des élevures allongées, en stries, rouges ou cirueuses, dures, d'aspect chéloïdien avec à leur intervalle des papules plates et des tâches brunes [15].

F- DIAGNOSTIC:

1- Diagnostic positif:

1.1-Anatomie pathologie:

La structure histologique du lichen plan papuleux est absolument caractéristique. Les lichens plans atypiques empruntent à cette image certains caractères qui permettent habituellement leur identification.

La papule du lichen plan est essentiellement constituée par leur infiltrat dense, homogène de petites cellules rondes, mononuclées, occupant les papilles dermiques, à limites inférieures et latérales nettement arrêtées. Cet infiltrat arrive en haut au contact de la basale, qu'il effrite et qu'il pénètre. Cet effritement de la basale, dont les cellules sont dissociées par l'infiltrat dermique et par des petites suffusions séreuses est un des signes histologiques majeurs du lichen. Dans l'infiltrat dermique on peut reconnaître quelques cellules malpighiennes

émigrés et quelques cellules mononuclées en état de dégénérescence colloïde.

Les papilles dermiques, gonflées par l'infiltrat, s'arrondissent en coupole, alors que les prolongements interpapillaires prennent un aspect effilé, donnant à la ligne dermo-épidermique un tracé festonné à grands arcs de cercle ou même un tracé rectiligne.

L'épiderme est tantôt épaissi, tantôt aminci comme usé au dessus de la papule dermique.

La couche cornée est habituellement en état d'hyperkératose orthokératosique, parfois parakératosique. Cette image histologique, malgré son aspect presque caractéristique, peut se rencontrer au cours de certains lupus érythémateux rendant le diagnostic différentiel difficile entre ces deux affections. Cette caractéristique fut décrite en 1966 par Shapiro et A.B. Achermon dans les lésions préépithéliomateuses ou épithéliomateuses sous l'appellation de « Solitary lichen planus like Keratosus » [15].

1.2- Immunofluorescence directe:

Des études en J.F.D ont permis de mettre en évidence sur la basale épidermique des dépôts d'immunoglobulines. Ces dépôts surtout composés d'IgM ont été retrouvés par E.Abell et Coll, sur 46 des 53 biopsies des lésions lichenniennes et dans la moitié des biopsies en peau saine. Ses dépôts de fibrine ont également été retrouvés dans le derme capillaire et autour des structures folliculaires (H.Von Barthelmes et U.F Haustein 1970). La présence d'Ig et fibrine n'est pas propre au lichen plan, puisqu'on les retrouve dans d'autres affections: Lupus érythémateux, eczéma, dermite herpétiforme, érythème polymorphe. Il s'agit très

certainement d'un phénomène secondaire. Notons que dans le sérum une baisse significative des IgA et IgM circulants a été rapportée par L.Stahkler en 1975 [15].

1.3- Etudes Ultra- Structurales

Les études ont démontré que les lésions ne débutent pas seulement dans le derme mais également au niveau de la basale épidermique, par une lyse cellulaire, ce qui est confirmé par l'apparition de lichen secondaire à des greffes de moelle [15].

2- Diagnostic différentiel:

- Le Diagnostic clinique éventuellement confirmé par l'examen histologique est en général très facile. Cependant le grand polymorphisme des lésions surtout les formes atypique, en fait une des affections les plus déroutantes pour ceux qui s'initient:

2.1-Les verrues planes:

Se différencie du lichen plan par leur couleur très pâle, souvent celle d'une peau normale, par leur petite saillie, elles sont peu infiltrées, de surface véloutée, siégeant de façon préférentielle sur les membres, et l'absence habituelle du prurit.

2.2-La Syphilis secondaire:

Elle se manifeste par des papules soit plus volumineuses, rondes, hémisphériques, rouges cuivrés, très indurées exceptionnellement prurigineuses, atteignant tous le corps et surtout la face palmaire des mains.

2.3 -Les papules dysmétaboliques:

Peuvent parfois être discutées et se rencontre au cours de la mucinose papuleuse et de la mucinose folliculaire. Elles sont caractérisées par l'aspect lupoïde (jaunâtre) surtout à la vitropression.

2.4-Le lupus érythémateux:

Cette affection, pose avec le lichen plan, des problèmes complexes surtout dans leur localisation au cuir chevelu. Il est impossible parfois de distinguer cliniquement les deux affections, et l'examen histologique ne permet pas toujours de donner un Diagnostic précis. Cette difficulté rend compte de l'attitude du clinicien à adopter l'appellation Lupus Lichen.

2.5-Les Lichénifications:

La névrodermite, l'eczéma lichenifié, et les lichenifications provoquées (Frottement intempestif par pierre ponce, brosse, éponge rugueuse), sont d'un diagnostic souvent plus délicat. La distinction peut être difficile entre la petite papule de lichen plan et les « pseudo papules » de lichenification, certaines formes sont exubérantes.

G - TRAITEMENT:

1- Buts:

Obtenir la disparition de l'éruption, de son prurit et son préjudice esthétique.

2 -Moyens thérapeutique, Posologie, Contre indication.

2-1 Moyens locaux.

- Dermocorticoïde de classe I:

a- Posologie et Mode d'emploi:

Une application matin et soir en léger massage pour une meilleure pénétration du produit dans la lésion en traitement d'attaque. Après sédation de l'éruption et du prurit, le traitement d'entretien se fera avec une application par jour, voir tous les deux (2) jours jusqu'à disparition des lésions.

b- Contre Indication:

- Infection bactérienne, virale, fongique primitive et parasitaire même si elles comportent une composante inflammatoire
- Lésions ulcérées,
- Acné et rosacée,
- Hypersensibilité à l'un des produits contenus dans la préparation

2-2 Moyens Généraux

2-2-1 Corticothérapie Générale

a- La Prednisolone

a-1 Posologie et mode d'administration:

L'administration se fait en une prise quotidienne de préférence le matin selon le schéma suivant:

- Adulte: 0,5 à 1 mg/Kg /jour
- Enfant: 1 à 3 mg /Kg/jour

L'administration se fera de façon dégressive jusqu'à la dose minimale efficace.

a-2 Contre Indication:

- Etats infectieux ou mycosiques;
- Herpès, le zona ophtalmique;
- La goutte;
- Etats psychotiques;
- La cirrhose (surtout alcoolique avec ascite);
- Le Diabète, l'infection à VIH (Immunodépression); HTA.

b- Bétaméthasone (injectable en traitement d'attaque)

b-1 Posologie et Mode d'emploi:

Une Injection intra musculaire profonde (IM) du contenu d'une seringue pré remplie de dipropionate et phosphate disodique de bétaméthasone (Diprostène) de 1ml doser à 2mg à renouveler éventuellement ou bout de 2 à 3 semaines en fonction des indications et de l'état du malade.

b-2 Contres Indications:

Sont celles de la corticothérapie.

2-2-2 Les Antihistaminiques:

Sont utilisés dans le but de soulager le patient du prurit.

a -Antihistaminique de classe 1 ou Anti H1: d'efficacités variables:

- Dexchlorphéniramine maléate (Poloramine 6 mg, 2 mg)
- Desloratadine (Aérius 5 mg, sp)
- Loratadine (Tirlor 10 mg)
- Méquitazine (Primalan 10 mg, 5 mg, sp)
- Fexofénadine (Fexihist 180 mg, 120 mg)

a-1 Posologie et Mode d'Emploi:

La posologie varie selon le dosage du produit de l'âge du patient.

- Adulte: 1 cp /j
- Enfant de 6 – 15: 1 cp/j

a-2 Contre Indication:

- Glaucome à angle étroit,
- Insuffisance rénale, risque de rétention urinaire liée à des troubles urétroprostatiques,
- Insuffisance hépatique;

b- Antihistaminiques sédatifs nerveux et anxiolytiques:

- Hydroxyzine (Atarax 25 mg, sp.)
- Adulte: 25 à 37,5 mg/j soit ½ cp matin 1 cp le soir,
- Enfant 1 mg/kg/j

2-2-3 Rétinoïdes: (Soriatane, Tigason)

a- Posologie et Mode d'emploi:

La contraception systématique débuté un mois avant l'institution du traitement et poursuivre un (1) mois après l'arrêt) à la dose de 0,5 à 1 mg/kg/j.

b- Contres Indications:

- Grossesse,
- Surveillance lipidique et hépatique.

2-3 Moyens adjuvants:

• Traitement antiseptique préalable:

- Bain permanganate: 1cp dans 10 litres d'eau (1/10 000)
- Antibiothérapie: en cas de surinfection.
 - . Erythromycine cp 500 mg: 2g/j
 - . Amoxiciline gel 500mg: 2g/j
- Pansement occlusifs simples (feuille de plastique simple ou avec sparadrap) ou Hydro colloïdes:
 - Infiltration intra lésionnelles
 - Corticoïdes en glossettes
 - Psychothérapie
 - Cures thermales: douches filiformes.

• Puvathérapie:

Posologie et mode d'emploi: Une ou plusieurs immunofluorescences

Contre indication: Pemphigoïde bulleuse.

3- Indications:

3 – 1 Lichen Plan Vulgaire: Forme de l'Adulte et le Lichen Plan Isolé:

* La Corticothérapie locale est le traitement de première intention avec des dermocorticoïdes classe I (bétamétazone) classe II (bétamétazone) ou classe III (désonide).

- **Anti histaminique:** l'Hydroxyzine ou desloratadine ou la loratadine.

3-2 Lichen Plan Profus:

La corticothérapie générale est le traitement de choix: Prednisolone per os/ ou bétamétazone injectable.

La corticothérapie locale est souvent associée: Dermocorticoïde de classe I, II et III.

L'antihistaminique utilisé: Hydroxyzine ou desloratadine.

3-3 Lichen Plan érythrodermique:

- La corticothérapie générale: Prednisolone ou bétamétazone injectable
- La corticothérapie locale: Dermocorticoïde de niveau I, II ou III
- L'antihistaminique: L'Hydroxyzine ou desloratadine

On y associera éventuellement un traitement antiseptique à base de permanganate et si besoin une antibiothérapie de couverture: Amoxicilline 500 mg, érythromycine 500 mg si les lésions sont ulcérées.

3-4 Lichen Plan érosif:

- Corticothérapie générale: à base de Prednisolone per os, ou corticoïde retard (bétamétazone)
- Corticothérapie intra lésionnelle
- Les rétinoïdes.

3-5 Lichen Plan bulleux:

- Corticothérapie générale: Prednisolone per os
- Antihistaminique
- Traitement antiseptique à base de permanganate de potassium, et Antibiothérapie de couverture si nécessaire faite d'Amoxicilline 500 mg ou d'érythromycine 500 mg à la dose de 2g/jour dans les surinfections.

3-6 Lichen Plan buccal:

- Formes simples: Corticothérapie locale bétamétazone (glossettes)
- Formes très kératosiques: vitamine A acide, traitement local ou général
- Formes étendues: corticoïdes per os, rétinoïde per os.

4- Résultats:

- les dermocorticoïdes de classe I, II, ou III permettent de trouver une amélioration des lésions à partir de la deuxième semaine du traitement.
- les corticoïdes généraux: Prednisolone et bétamétazone injectables permettent une stabilisation des lésions dès la première semaine du traitement.

- les antihistaminiques permettent l'arrêt du prurit dès la première semaine du traitement.

5- Effets secondaires des dermocorticoïdes:

Ce sont ceux souvent de la classe I et II qui peuvent occasionner: Atrophie cutanée, télangectasies, vergetures, purpura ecchymotique, dermatite péri orale, éruption acnéiforme ou pustuleuse, hypertrichose, dépigmentation infections opportunistes bactériennes, virales ou fongiques.

6-Effets secondaires de la corticothérapie générale:

Les effets secondaires qui sont à craindre lors de traitement prolongé, sont surtout:

- Troubles endocriniens et métaboliques : hypertension artérielle, diabète, obésité fascio tronculaire, acné stéroïdienne, troubles de la menstruation, les retards de croissance.
- Désordres hydroélectrolytiques : rétention hydrosodée, les oedemes, les troubles du métabolisme glucidique, lipidique et protidique.
- Troubles musculo-squélettiques (ostéoporose et atrophie musculaire)
- Troubles digestifs (ulcère gastro duodénale)
- Troubles cutanés (similaires à ceux des dermocorticoïdes)
- Troubles neuropsychiques (états confusionnel, délire)
- Troubles oculaires (le glaucome, la cataracte).
- Déficits immunitaires: Un phénomène de rebond, une insuffisance surénalienne aigue, et aussi une hypertension

intracrânienne peuvent être observés à l'arrêt du traitement, surtout si les doses n'ont pas été diminuées assez lentement.

7- Effets secondaires des Antihistaminiques:

Ils sont généralement transitoires et disparaissent à l'arrêt du traitement, ce sont :

- La sédation
- L'excitation
- La sécheresse buccale
- La rétention urinaire
- La somnolence discrète et transitoire.

A- PATIENTS ET METHODES

1°) Cadre et Période d'Etude:

Notre étude a été menée dans le service de dermato vénérologie du CNAM ex institut Marchoux sur une période de 12 Mois allant d'Avril 2007 à Mars 2008.

Le CNAM est un centre spécialisé dans la recherche, il est implanté dans la commune IV du District de Bamako précisément dans ce quartier de Djicoroni-Para. En plus de ses activités de recherche il est spécialisé dans la lutte contre la lèpre, les maladies dermatologiques et les IST la recherche vaccinale et la prise en charge thérapeutique des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Il comporte plusieurs unités fonctionnelles qui sont: la léprologie, la dermatologie, la biologie, la chirurgie réhabilitation, le centre de développement des vaccins (C.V.D), un bureau des entrées, une direction, quatre blocs d'hospitalisation et une unité de suivi, conseil dépistage et prise en charge thérapeutique des personnes affectées et infectées par le VIH/Sida.

2) Population et type d'étude:

La population d'étude était constituée de tous les consultants du service de dermato-vénérologie du CNAM.

3) Echantillonnage:

3-1 Critères d'inclusion:

Nous avons convenu d'appeler Lichen Plan cutané, tout malade ayant une éruption faite de papules polygonales brillantes à jour

frisant; prurigineuses, et ou de macules hyper pigmentées de survenue récente avec ou sans confirmation anatomopathologique et la négativité de la recherche de signes évocateurs d'une autre dermatose éruptive prurigineuse.

Tout patient satisfaisant à la définition ci-dessus citée et ayant accepté de participer à l'étude a été inclus dans l'étude.

3-2 Critères de non inclusion:

- Patient ayant une éruption prurigineuse évoquant une autre dermatose.
- Les patients qui ont refusé de donner leur consentement pour faire partie de l'étude,
- Les patients perdus de vue.

4) Recueil des données:

Une fiche individuelle (voir en annexe) a été utilisée pour le recueil prospectif des données épidémiologiques, cliniques, para cliniques et thérapeutiques des cas:

- Renseignements épidémiologiques: âge, sexe, profession, ethnie, résidence des malades, situation matrimoniale, les événements sociaux et/ou professionnels qui ont précédé l'éruption.
- Données cliniques et anamnestiques, notamment les circonstances d'apparition, les traitements antérieurs (modernes, traditionnels), l'aspect clinique des lésions et les signes fonctionnels d'accompagnement.
- Données para cliniques: quelques examens para cliniques ont été demandés notamment: La glycémie, les

transaminases, les selles POK et l'ECBU ont été demandés et quelques rares fois la sérologie VIH et les anticorps anti hépatique B ont été demandés.

L'anatomie pathologique a été faite pour certaines éruptions d'aspect atypique. Les schémas thérapeutiques et leurs résultats ont complété le questionnaire.

5) Les Schémas thérapeutiques utilisés pour les cas étaient les suivants:

5-1 Protocole 1 (P1):

Il a concerné le lichen plan simple non compliqué c'est-à-dire une surface corporelle atteinte $\leq 30\%$.

- **Corticoïdes topiques:** La molécule utilisée a été la bétaméthasone dipropionate en une application matin et soir jusqu'à l'affaissement des papules puis la réduction à dose régressive du rythme d'application jusqu'à l'arrêt après guérison.
- **Les Antihistaminiques:** Ont été administrés à la posologie suffisante.
 - Hydroxyzine: 25 mg à 37,5 mg/ J
 - Destaloratodine: 1 Cp/ J
 - Fexofénadine: 1 Cp/ J.

5-2 Protocole 2 (P2):

Il concerne le lichen plan profus. C'est-à-dire une surface corporelle atteinte $\geq 30\%$ et le lichen plan érythrodermique.

5-2 -1 Lichen Plan Profus:

Corticothérapie générale: Bétaméthasone injectable (Diprostone): 1 injection en IM profond toutes les deux (2) semaines.

- Corticoïdes topiques associées à de la vaseline blanche à quantité égale (50%) ont été appliquées sur les lésions sèches étendues.
- Hydroxyzine comprimés: a été administré à la dose de 25 à 37,5 mg/J.

5-2-2 Lichen Plan Bulleux:

Peau atteinte $\geq 30\%$ de la surface corporelle.

- Le traitement spécifique est la corticothérapie générale.

Prednisolone: 1 mg/Kg/J jusqu'à l'affaissement des papules et disparition des bulles, puis des doses dégressives seront administrées jusqu'à l'obtention de cicatrices pigmentées et la disparition du prurit.

Des corticoïdes topiques associés à de la vaseline blanche à quantité égale (50%) seront appliquées sur les lésions sèches pour compléter le traitement général.

- **Traitement adjuvant:** Bains permangananté dilué à 1/10.000
- Antibiothérapie: Amoxicilline ou érythromycine administrée à la dose de 2 g/J pour traiter les surinfections.
- Hydroxyzine: sera administrée à la dose de 25 à 37,5 mg/J contre le prurit et le retentissement neuro psychique.

5-2-3 Lichen plan érythrodermique:

- La corticothérapie générale: La Prednisolone administrée à raison de 1 mg/kg /J per os.
- Les corticoïdes topiques (Bétaméthasone) associée de la vaseline blanche à quantité égale (50%) appliquée sur les lésions cutanées.
- Traitement adjuvant: Bain permangananté dilué à 1/10.000.
 - Hydroxyzine à la dose de 25 à 37,5 mg/J.

6) Suivi:

Chaque patient inclus était vu à J15, J30. Puis chaque mois jusqu'à stabilisation des lésions, voir leur guérison.

Ces deux (2) protocoles et leurs variantes étaient complétés selon le cas par la prise en charge des autres pathologies associées au lichen plan, aussi par des conseils pratiques et la prise en charge psychologique.

Les critères d'évaluation des schémas thérapeutiques reposaient sur la stabilisation (arrêt des éruptions, disparition du prurit et affaissement des papules) et guérison c'est-à-dire la disparition totale des cicatrices.

7) Saisie et Analyse des données:

Elle a été effectuée à l'aide du logiciel Epi-Info version 6.04 CDC Atlanta /OMS, et un test khi 2 avec $P \leq 0,05$.

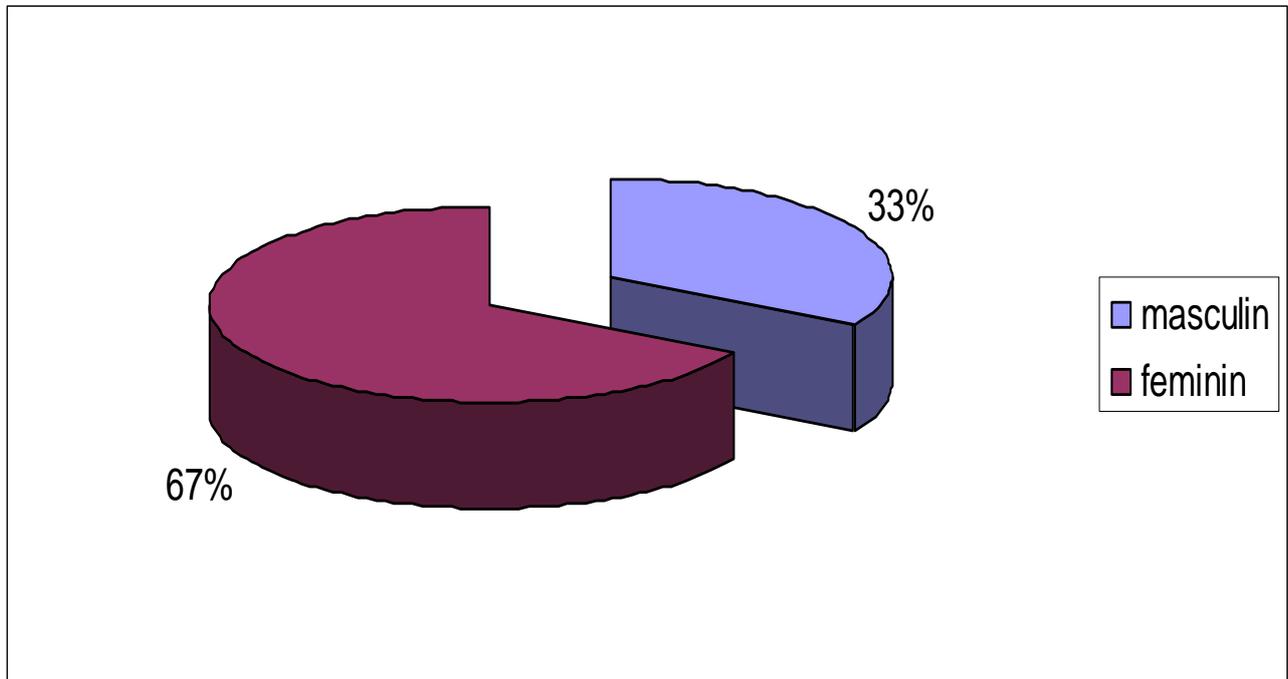
B- RESULTATS :

1-Résultats globaux :

Au cours de la période d'étude, sur 14360 consultants nous avons recensé 106 cas de lichen plan. Seulement 90 cas ont été inclus dans l'étude (16 cas exclus pour soit avoir refusé de donner leur consentement ou pour être perdu de vue), 60 femmes contre 30 hommes, ce qui donne un Sexe ratio (F /H) de 2. L'âge des patients variait entre 8 à 63 ans soit un âge moyen de $33 \pm 12,43$ ans.

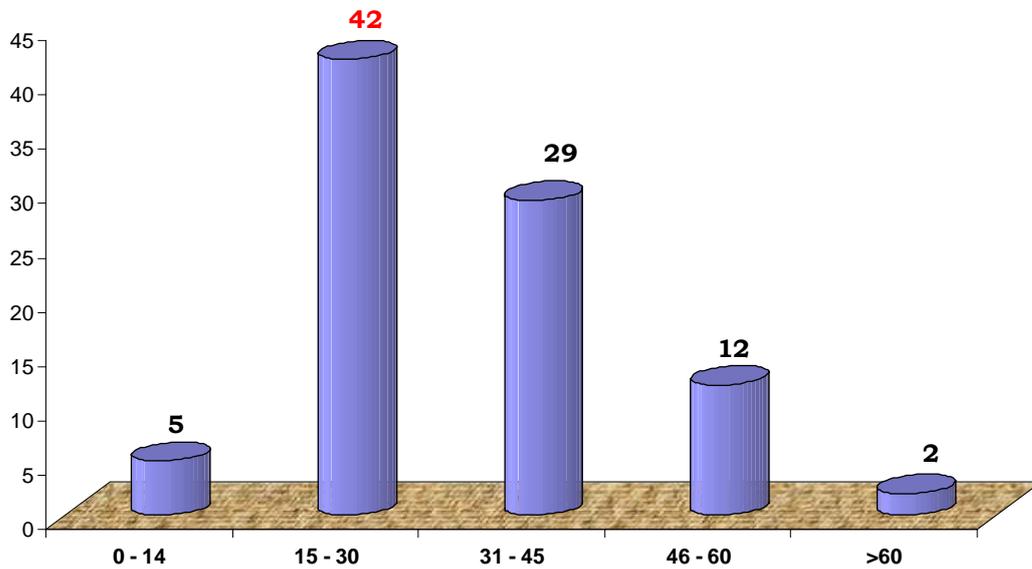
Tous nos patients avaient une éruption cutanée: 28 cas d'atteinte localisée contre 52 cas d'atteinte cutanée diffuse. L'atteinte muqueuse était notée chez 4 patients (plaque blanchâtre de la joue et du palais); celle du cuir chevelu chez 3 patients (plaque atrophique pseudo peladique); l'atteinte unguéale chez 2 patients; L'ensemble des résultats épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques a été consigné dans les tableaux suivants :

2- résultats descriptifs :



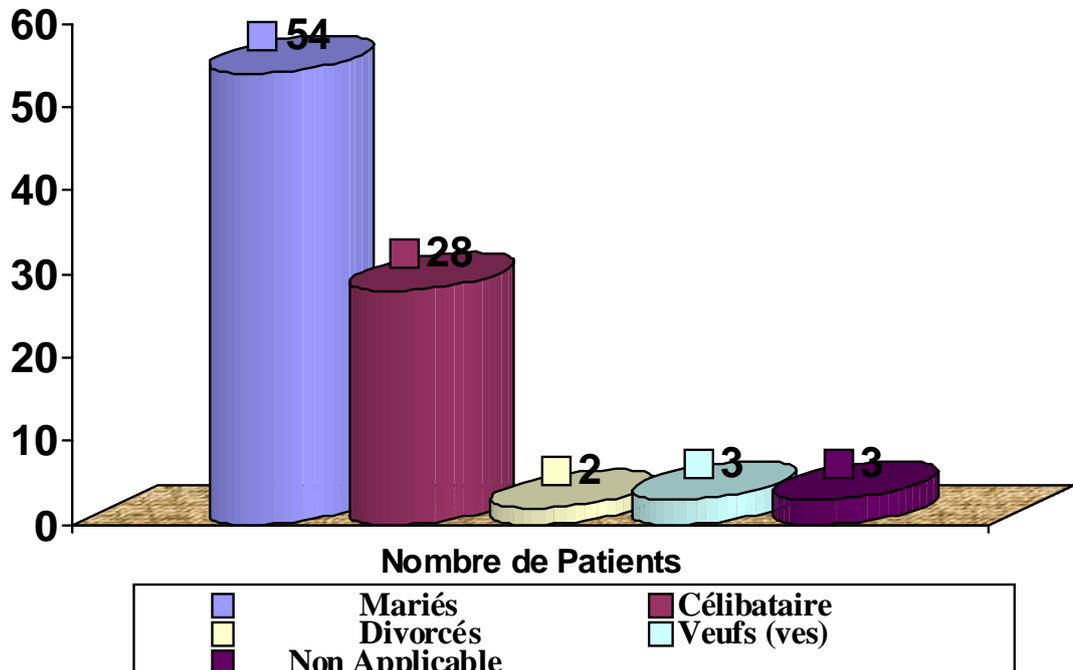
Graphique I: Répartition des patients selon le sexe

La majorité de nos patients était de Sexe Féminin (67%);



Graphique II: Répartition des Patients selon l'âge

La majorité des cas a été observée chez l'adulte jeune (46,7 % des cas).



Graphique III: Répartition des patients selon leur Statut matrimonial;

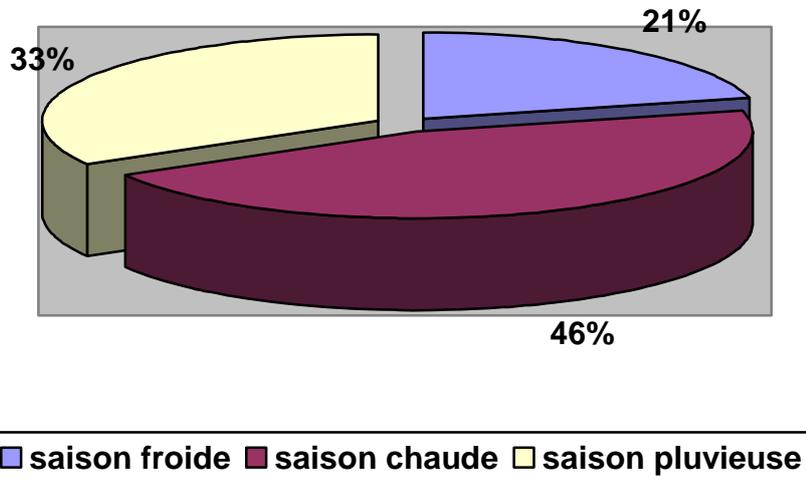
Les sujets mariés représentaient 58,1 % soit 54 cas.

Tableau I: Répartition des patients selon leur Profession;

Profession	Nombre de patients	Pourcentage
Elèves / Etudiants	18	20
Fonctionnaires	6	6,7
Ménagères	33	36,7
ouvriers	16	17,8
Commerçants	9	10
Cultivateurs	8	8,8
Total	90	100

Dans notre étude les ménagères ont représenté 36,7% de notre

échantillon



Graphique IV: Répartition des patients selon la Saison;

La majorité de nos patients a été recruté en saison chaude (Mars à Juin) soit 41 cas.

Tableau II: Répartition des patients selon leur Ethnie;

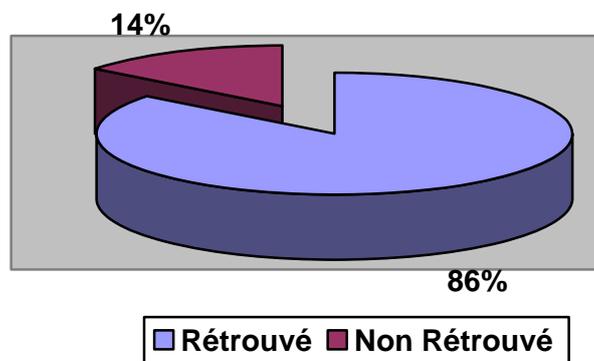
Ethnies	Nombre de Patients	Pourcentage
Bambaras	27	30
Bobos	4	4,4
Malinkés	9	10,
Peuhls	19	21,1
Sarakolés	12	13,3
Sonrhais	7	7,8
Autres	12	13,3
Total	90	100 %

Les bambaras ont représenté 30% de notre échantillon soit 27 cas.

Tableau III: Répartition des patients selon les événements survenus avant l'éruption des lésions.

Événements Survenus	Nombre de Patients	Pourcentage
Notion de décès dans la Famille	17	18,9
Problème dans le foyer:	48	53,3
Problème relationnel hors foyer	9	10
Problème professionnel	2	2,2
Aucun	14	15,6
Total	90	100 %

Chez 14 patients (15,6%) aucun événement troublant n'a précédé la survenue de l'éruption.



Graphique V: Répartition des patients selon le terrain névrotique

Le terrain névrotique a été retrouvé chez 86% de nos patients.

Tableau IV: Répartition des patients selon les pathologies associées

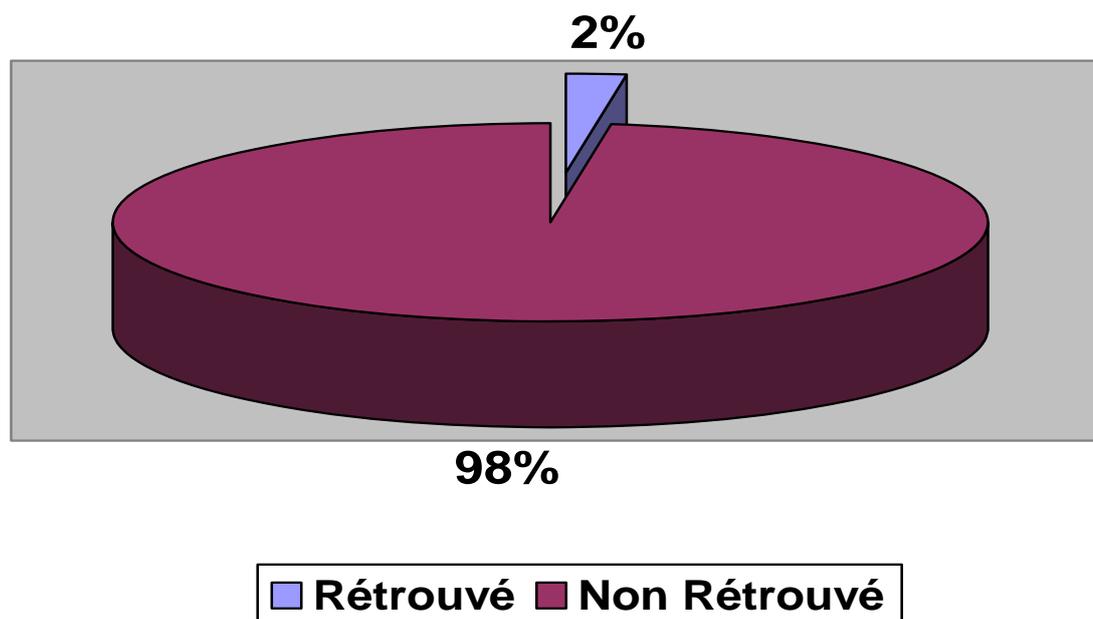
Pathologies	Nombre de Patients	Pourcentage
Carie dentaire	24	26,7
Gastrite	13	14,5
HTA	3	3,3
Diabète	1	1,1
Céphalée	11	12,2
VIH	1	1,1
Leucorrhée	4	4,4
Aucun	33	36,7
Total	90	100 %

Dans notre étude 63,3% de nos patients atteints de lichen plan avaient une ou plusieurs pathologies associées à l'éruption.

Tableau V: Répartition des patients selon les Médicaments pris avant l'éruption.

Médicaments	Nombre de Patients	Pourcentage
Antibiotiques	3	3,3
Paracétamol (Antalgiques)	14	15,6
Médicaments Traditionnels	7	7,8
Aucun	66	73,3
Total	90	100

La notion de prise médicamenteuse (Moderne ou Traditionnel) a été retrouvée chez 24 de nos patients soit 26,7 % des cas.



Graphique VI: Répartition des patients selon la notion de lichen plan familial.

Seuls 2 patients (2%) ont signalé l'existence de cas similaires dans la famille.

Tableau VI: Répartition des patients selon la durée d'évolution avant la consultation dermatologique.

Durée d'évolution	Nombre de Patients	Pourcentage
≤ 1 Mois	33	36,7
≥ 1 Mois	57	63,3
Total	90	100

La majorité de nos patients est venue consulter après un mois d'évolution soit 63,3 % des cas.

Tableau VII: Types de traitements reçus avant la consultation dermatologique.

Type de Traitement	Nombre de Patients	Pourcentage
Traditionnel	5	5,6
Moderne	13	14,4
Auto médication	4	4,4
Absence de traitement	68	75,6
TOTAL	90	100

La majorité de nos patients n'avait pas reçu de traitement avant la consultation dermatologique.

Tableau VIII: Répartition des patients selon les médicaments reçus avant la consultation dermatologique.

Nature du Traitement	Nombres de Patients	Pourcentages
Triamcinolone inj	5	22,7
Griséofulvine Cp	6	27,3
Nitrate d'isoconazole topique	2	9,1
Bétaméthasone topique	2	9,1
Benzatinepéniciline ou autres Antibiotiques	2	9,1
Médicaments traditionnels	5	22,7
Total	22	100

La majorité de nos patients avait reçu une ou plusieurs de ces molécules.

Tableau IX: Répartition des patients selon l'existence du prurit;

Existence du Prurit	Nombre de Patients	Pourcentage
Absent	7	7,8
Présent	83	92,2
Total	90	100

Au cours de notre étude 92,2 % soit 83 patients avaient un prurit associé à l'éruption.

Tableau X: Répartition des patients selon la surface corporelle atteinte.

Surface corporelle	Nombre de Patients	Pourcentage
Surface corporelle <30%(P1)	28	31,1
Surface corporelle >30%(P2)	52	68,9
Total	90	100

La majorité de nos patients avait un lichen plan profus de plus de 30% d'atteinte de la surface corporelle (68,9%).

Tableau XI: Répartition des patients selon les cas de récurrence après 8 semaines de traitement.

Cas de Récurrence	Nombre de Patients	Pourcentage
Récurrentes	6	6,6
Absence de récurrences	84	93,4
Total	90	100

Dans notre étude 6 cas soit 6,6 % de nos patients ont fait des récurrences.

3- Tableau analytique :

Tableau XII: Répartition des patients selon l'évolution sous traitement ;

Protocoles	Nombre de Patients	Favorable	Non Favorables
Protocole 1			
P1	28	26 (92,96 %)	2 (7,1%)
Protocole 2			
P 2	52	49 (94,2 %)	3 (5,8 %)

P = 0,06

L'évolution a été favorable chez 92,9% des cas avec le protocole (P1°) et chez 94,2% des cas avec le protocole (P2). La différence n'est pas statistiquement significative.

C- ICONOGRAPHIES

IMAGE I- Lichen plan profus phase active



IMAGE II- Lichen plan profus phase active



Images Dr A. Dicko

IMAGE III: lichen plan Profus phase de rémission



IMAGE IV: lichen plan Profus phase de rémission



Images J.G.Coulibaly

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1°) Les Méthodes:

C'est une étude descriptive menée au sein des consultants du service de dermato vénérologie du CNAM. Elle a permis de nous faire une idée : sur les profils épidémiolo-cliniques des patients atteints du lichen plan ; de proposer des schémas thérapeutiques et d'apprécier leur résultat sur les lésions actives. Les résultats de cette étude ne peuvent pas être extrapolés à la population de Bamako, à plus forte raison celle du Mali. D'autres études d'approches méthodologiques plus adaptées sont nécessaires pour vérifier nos opinions par rapport à la population générale de Bamako ou du Mali afin de mieux cerner cette affection à manifestation polymorphe.

2°) Sur le Plan Epidémiologique:

Nous avons noté les faits suivants:

- Une augmentation de (2p1000) de la fréquence du L.P entre 1999 (5p1000) et 2007 (7p1000), année de notre étude. Cette augmentation du nombre de cas au CNAM semble être liée à la forte affluence des patients vers le service de dermato vénérologie. Cela peut s'expliquer par la qualité des soins, et aussi par le manque crucial de spécialistes dans beaucoup de structures sanitaires de Bamako et du Mali. Cependant STROBEL [5] HEROUIN [25] et DIAWARA [30] ont signalés dans leurs études une tendance à la baisse de la fréquence du L.P d'année en année.
- Selon l'âge, classiquement le L.P est une maladie de l'adulte. Notre étude révèle que l'adulte jeune (15 à 30 ans: 46,7% des cas)

est le plus fréquemment atteint. Cette tendance élevée du L.P chez le sujet jeune a également été observée par STROBEL à Dakar [5] et DIAWARA à Bamako [30] et PITCHE à Lomé [31]. Par contre à Londres, selon SAMMAN [27], on note un vieillissement de l'âge des patients (30 à 60 ans : 51%). Le faible taux du L.P chez les enfants de moins de 10 ans (3,3% des cas) révélé dans notre étude similaire aux études de STROBEL 4% [5] et DIAWARA [30] qui ont observé une atteinte exceptionnelle de l'enfant de moins de 10 ans. Ces résultats sont similaires à d'autres études sur le L.P en zone tropicale [3; 25; 27].

- Selon le sexe: La prédominance féminine était assez marquée avec un sex-ratio estimé à 2 en faveur des femmes (66,7%). Cette prédominance féminine a été révélée dans l'étude de STROBEL [5] et DIAWARA [30].

- Plus de la moitié de nos patients ont consulté en saison sèche et pluvieuse (79%), qui peut s'expliquer par le prurit qui est très important en ces moments (tenue vestimentaire, l'hypersudation, etc.) entraînant une exacerbation de la symptomatologie du LP. Cette notion a été retrouvée chez des auteurs sénégalais et ivoiriens [5; 25].

- Selon les facteurs psychologiques déclenchants (86 % de nos patients) ne se souviennent d'aucun événement déclenchant l'éruption, ceci peut s'expliquer à notre avis par le fait que la majorité de nos patients ont consulté après 1 mois d'évolution, d'où la difficulté de certains patients de livrer leur sentiment au cours de la consultation; ainsi comme dans les études de STROBEL [5] à Dakar et DIAWARA [30] à Bamako. Ce

traumatisme psychologique est classiquement évoqué dans l'étiologie probable du L.P.

- Le rôle de l'Association du L.P à d'autres affections est très difficile à interpréter. Cependant, dans notre étude la carie dentaire a été retrouvée chez 26,7% de nos patients, considéré comme une affection algique (épine irritative). Cette notion a été retrouvée chez DIAWARA [30] avec 48% des cas.

- Plus de la moitié de nos patients 58,1% étaient mariés. Les ménagères et les ouvriers étaient majoritairement représentés 54,5% des cas. Privat et Faye [28] avaient déjà noté dans leurs études que 38% étaient de secteur informel et 37% des travailleurs réguliers. DIAWARA [30] avait retrouvé 60% des mariés et 70% des non fonctionnaires.

- Dans notre étude 24% des patients ont pris des médicaments avant l'éruption. Ce taux est à cheval sur les résultats observés dans d'autres études. STROBEL et Collaborateurs (11%) [5] à Dakar et DIAWARA (28%) [30] à Bamako. Les médicaments utilisés par nos patients étaient variés (Médicaments Traditionnels, Modernes tels que: les AINS, les Antibiotiques, les Antalgiques, les Antipaludiques et dans certains cas les Médicaments de la rue). Leur responsabilité dans la survenue du L.P reste donc difficile à affirmer.

3°) Les Aspects Cliniques:

La majorité de nos patients (63,3% des cas) ont consulté en dermatologie après 1 mois d'évolution. Cela peut s'expliquer par le fait que le L.P est une pathologie sans douleur, et leur prise en charge mal adaptée. Dans l'étude de STROBEL [5] il est ressorti

que 70% des patients consultaient entre 1 à 3 mois après l'éruption, également DIAWARA [30]

a retrouvé 71,7% dans cette série.

- Le prurit constant a été retrouvé dans 92,2% des cas, avec une intensité variable. Il a été retrouvé 93% des cas dans l'étude de Dakar [5] et dans 88,3% des cas dans celle de Bamako [30].

- Selon les localisations: la localisation cutanée a été retrouvée chez tous nos patients (100% des cas), par contre l'atteinte muqueuse était de 4,4% et celle des phanères (2,2% des cas). Dans l'étude de DIAWARA [30] 9% avaient une localisation muqueuse et 5% des localisations phanériennes; dans l'étude Dakaroise [5] 12% des patients avaient une localisation muqueuse. Dans la revue de la littérature, il est dit que le L.P buccal est 6 fois plus fréquent que le L.P cutané, alors que seulement 25% des patients ayant un L.P buccal ont également un L.P cutané [17, 26,29]. Cette différence de localisation peut s'expliquer par le fait que les patients ayant une lésion exclusivement buccale consultent préférentiellement en Odontostomatologie ou en Oto-rhino-laryngologie.

4°) Thérapeutique:

Tous les patients ont eu droit à des séances d'Information d'Education et Communication pour la santé sur la maladie lichénienne et les préjudices esthétique qu'elle peut engendrer.

Le Protocole P2 a été plus utilisé (68,9%) que le Protocole P1 (31,1%) des cas, ceci était dû au nombre élevé des formes profuses, conséquences du traitement inadapté et du temps mis

avant la consultation dermatologique. Dans tous les cas les patients ayant bénéficié de l'un de nos deux protocoles ont eu une disparition du prurit dès la première semaine du traitement.

Au cours de notre étude, nous avons observé 92,9% d'évolution favorable sous le Protocole P1, et 94,2% sous le Protocole P2. Nous avons observé 6 cas soit 6,6% de récurrence après 8 semaines d'évolution. Ces cas de récurrence pourraient s'expliquer probablement par le manque de moyen de certains patients à se procurer les médicaments. Aucun cas de décès n'a été rapporté dans notre étude.

CONCLUSION:

C'est une étude descriptive, d'une année (Avril 2007 – Mars 2008) sur la population hospitalière. Elle a été la seconde du genre faite sur le L.P au Mali. Les Aspects cliniques affichant, les difficultés de prise en charge des malades atteints de L.P, la chronicité de la maladie et son handicap psycho affectif nous ont motivé à mener cette étude. Cependant la taille de notre échantillon n'est pas représentative de la population du Mali mais nous avons trouvé des résultats concordants avec d'autres études notamment celles de Dakar, Abidjan et Bamako. Certaines différences avec les études Européennes ont été retrouvées notamment sur le plan épidémiolo clinique (vieillessement de l'âge des patients en Europe, forte proportion de la localisation buccale). Au cours de notre étude nous avons recensés 90 patients avec une prédominance féminine de 67%. Le lichen plan a été plus observé chez les adultes jeunes dans la tranche d'âge de 15 à 30 ans qui représentent 46,7% des cas. Les ménagères ont représenté une forte proportion avec 36,7% des cas. Le protocole P2 a été le plus utilisé avec 68,9% des cas et l'évolution a été favorable chez 93,4% avec 6,6% des cas de récurrence.

L'évaluation de notre étude a été positive avec 93% de réussite.

RECOMMANDATIONS:

A l'issu de cette étude nous formulons les recommandations suivantes:

- **Aux autorités administratives:**

- La création d'unité spécialisée en dermatologie dans tous les centres de santé de référence.

- **Aux autorités sanitaires:**

- La formation du personnel de santé pour une bonne prise en charge des pathologies dermatologiques.
- La formation de plusieurs spécialistes en dermatologie vénérologie
- Information Education Communication et Sensibilisation de la population à fin d'éviter les pratiques thérapeutiques néfastes et de consulter rapidement dans les structures spécialisées devant tout cas de dermatose.

- **Aux praticiens**

- La référence immédiate des cas de dermatoses compliquées.
- La prise en charge des patients démunis financièrement.
- L'utilisation standard des Protocoles P1 et P2.

- **Aux autorités Universitaires:**

- L'ouverture immédiate d'un D.E.S en dermatologie.
- L'instauration d'un stage obligatoire en dermatologie (comme la Pédiatrie et la Gynécologie) pour tous les étudiants de la F.M.P.O.S.

REFERENCES

- 1- **Wilson DJ.** Eczématous and pigmentary lichenoid dermalis: atypical Lichen planus: Preliminary report Arch Derm 1946; 54: 377-396.
- 2- **Black M.** The pathogenesis of Lichen planus. Brit J Derm 1972; 86: 302 – 4
- 3- **Singh O.P, Kanvai AJ.** Lichen planus in India: an appraisal of 441 cases. Int J Derm Miner 1976; 15: 752-756
- 4- **Dogliotti M, Schmaman A.** Clinical and structural patterns of lichen planus in South African blacks. G.Itl.Derm.Minerva Derm 1975; 110: 174-182.
- 5- **Strobel, N'Diaye.** Lichen Plan au Sénégal. Dakar Médical 1979; 24: 159-166.
- 6- **J. Gaté.** Lichen Plan. Dermatologie Paris : ellipse ; 1958 : 25, 280-2.
- 7- **Normand ph.** Aspects actuels de Dermatologie sur peau noire. Editions Techniques E.M.C (Paris France), Dermatologie 1993; 12: 945-10
- 8- **Schulz E.** Skin disorders in black South African. A survey of 5.000 patients seen at ga. Rankuwa Hospital.S Afr Med J-1985; 62: 864- 7.

- 9- **Wallach.D.** Particularités du Diagnostic dermatologique sur peau noire. Rev Prat 1981; 31: 3679- 87.
- 10- **Marchand J.P, N'Diaye B. Arnold J. SARRAT H.** Histologie les accidents des pratiques de dépigmentation cosmétique chez la femme africaine. Med Afr Noire 1976; 21: 190- 9.
- 11- **MAHE A, KEITA S, BOBIN P:** Complications dermatologiques de l'utilisation cosmétique des produits dépigmentants à Bamako Ann Dermatol Vénérol 1994; 129 (2): 142-6.
- 12- **F Daniel.** Dictionnaire de Dermatologie, Masson; Paris; 1990, 400-2.
- 13- **Saurat JH, P Laugier, V Piguet:** Lichen Plan et dermatoses lichénoïdes. In JH Saurat. Dermatologie et infections sexuellement transmissibles. Paris : Masson ; 2004: 380-4
- 14- **Marie Sylvie DOUTRE,** Immunopathologie. Paris : Ellipses-Août 1994.
- 15- **R. Degoss.** Lichen Plan: Dermatologie 1981 tome I Flammarion ; 1953 : 606 -08.
- 16- **Gougerot H.** Lichens atypiques invisibles pigmentogènes révélés par des pigmentations. Bull Soc Franç Derm syph 1935; 92: 792- 4.

- 17- **Vaillant L, Huttenberger B.** pathologie de la muqueuse buccale. E.M.C (Elsevier, Paris) Dermatologie 1997, 12-830-A-10, 14 P.
- 18 – **Silverman S, Gorsky M, Lozada-Hur F.** Oral Leukoplakia and malignant transformation. A Follow-up of 257 Patients Cancer 1984; 52: 563- 8.
- 19- **Bricker SL.** Oral Lichen planus. A review. Semin dermatol 1994; 13: 90-7.
- 20- **Goettmann S.** pathologie ungueale (1). E.M.C (Paris-France) Dermatologie 12-885-A-10, 1995, 15 P.
- 21- **TOSTI A, Peluso AM, Fanti PA, Piraccini BM,** Nail lichen planus: clinical and pathologie stdy of twenty four patients. J Am Acad Dermatol 1993; 28: 724-30.
- 22- **Zaias N.** the nail in lichen planus. Arch Dermatol 1970; 101: 264- 71.
- 23- **Hanno R, Mathes BM, Krull EA.** Longitudinal nail biopsy in Evaluation of Acquired nail dystrophies. Jam Acad Dermatol 1986; 14: 803- 9.
- 24- **G. Moulin:** Lichen Plan Dermatologie. Paris Sinnep 1980; 27: 119.

- 25- **Herouin P, Larbière R, Aufray J.C, Gaillard CI et Orio J.** Etude de 118 lichens africains en Côte d'Ivoire. Rev Med Côte d'Ivoire 1970; 16: 73-82.
- 26- **SAMMAN P.O.** Lichen planus: and Lichenoïde éruptions. In: Texbook of dermatology, Rook A, Wilkinson D.S et Ebling F.J.G eds, Blackwell scientific publ oxford 1975; 1334- 52.
- 27- **Privat, Faye.** Une maladie particulière fréquente au Sénégal: le L.P (étude préliminaire). Bull Soc franc Derm Syph 1967; 74: 342- 4.
- 28- **Padonou Do, Ango F.** Le lichen plan au Sénégal (à propos de 314 cas observés à la clinique dermatologique du C.H.U de Dakar). Thèse méd. Dakar, 1978 ; N°22.
- 29- **Kuffer R.** Le lichen plan de la muqueuse buccale. Concours Med 1971; 93: 541- 8.
- 30- **DIAWARA S.** Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du Lichen Plan à l'institut marchoux Bamako-Mali. Thèse méd. Bamako, 1999; 48, 58p.0
- 31- **Pitche P, Saka B, Kombate K, Tchangai - Walla K.** traitement du lichen plan cutané étendu par le dipropionate et phosphate disodique de bétaméthasone: étude ouverte de 73 cas. Ann Dermatol Venereol 2007; 134: 237-40

Aspect épidémiocliniques et prise en charge du lichen plan dans le service de dermatovénérologie du CNAM

FICHE SIGNALEQUE

NOM: COULIBALY **PRENOM:** Jean Gabriel

TITRE DE LA THESE: Aspects épidémiocliniques et prise en charge du lichen plan dans le service de dermatologie du CNAM (EX Institut Marchoux)

BAMAKO MALI

Année Universitaire: 2007-2008

Ville de soutenance: Bamako

Pays de soutenance: Mali

Lieu de dépôt: Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt: dermatologie

Résumé

Le but de ce travail était d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques du lichen plan dans le service de dermatologie du CNAM

Matériels et méthode

Nous avons menée une étude descriptive avec recueil prospectif des données sur une période d'une année (début Avril au 31 Mars 2008). 106 cas ont été recensés mais seulement 90 patients ont été retenus pour l'étude

Résultats:

L'étude portait sur 90 patients dont 60 femmes et 30 hommes avec un sexe ratio F/H de 2. La tranche d'âge de 15 à 30 ans a été la plus représentée avec 46,7% des cas.

Le protocole P2 a été le plus utilisé avec 68,9%, et l'évolution était

Aspect épidémiologique et prise en charge du lichen plan dans le service de dermatovénérologie du CNAM

favorable après 2 mois de traitement chez 92,9% des cas avec le protocole P1 et chez 94,2% des cas avec le protocole P2.

Seulement 6,6% des cas ont fait des récurrences dans le protocole P2

Mots clés: Lichen Plan, Dermato -Vénérologie, CNAM.

ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES ET PRISE EN CHARGE DU LICHEN PLAN CUTANE DANS LE SERVICE DE DERMATO-VENEROLOGIE DU CNAM

I- Identification du patient (e)

- Q1 Dossier N°.....
Q2 Date de la consultation.....
Q3 Nom et Prénom (s)
Q4 Âge (Années).....
Q5 Sexe: Masculin / ____/ Féminin / ____/

Q6 Ethnie:.....
Q7 Profession:.....
Autres occupations:.....
Q8 Lieu de résidence habituel:.....
Résidence à Bamako:.....

Q9 Situation matrimoniale:
- Célibataire / ____/
- Marié(e) / ____/
Préciser:.....
- Divorcé(e) / ____/
- Veuf (ve) / ____/
- Nombre d'enfant(s):.....

Q10- Date d'apparition des premières
lésions:.....

II- Evénements survenus avant l'éruption

- 1- Notion de décès dans la famille: Oui / ___/ Non / ___/
Préciser:.....

2- Problème dans le foyer: Oui / ___/ Non / ___/
Préciser:.....

3- Problème relationnel et /ou professionnel: Oui / ___/ Non / ___/
Préciser:.....

4- Trouble du sommeil: Insomnie / ___/ cauchemar / ___/

5- Notion de prise de médicaments: Oui / ___/ Non / ___/
Préciser:.....
Durée du traitement:.....

III- Etat actuel du malade

- 1- Etat psychologique: Stresser /___/ Emotif /___/
- 2 -Désirs ou vœux actuels: Satisfaits /___/ Non satisfaits /___/

- 3-Habitudes socio comportementales
Tabac /___/ Drogue /___/ Alcool /___/ Café /___/ Thé /___/
Cola /___/
Autres à préciser:

- 4-Maladie(s) associée(s): Oui /___/ Non /___/
Préciser:
- 5- Notion de Grossesse (mois): Oui /___/ Non /___/
Préciser:.....

- 6-Notion de Lichen Plan familial: Oui /___/ Non /___/
Préciser:
- 7-TA (en mm de Hg):..... T°C:..... Poids (en kg):.....

IV- Aspects Cliniques:

- 1-Types de lésion dermatologique:.....
- 2-Prurit: Intense /___/ Modéré /___/ Absent /___/
- 3- Localisation:
-Membre (s) supérieur(s):/___/
-Membre(s) inférieur(s): /___/
-Tronc (à préciser):.....
-Tête (à préciser):.....
- 4-Surface corporelle atteinte (%):.....
- 5-Autre(s) affection(s) associée (s):.....

V- Examens Paracliniques

- 1- Glycémie

-J15:.....
-4semaines.....
-8semaines.....

- 2-Transaminases

Normales /___/ élevées /___/ basses /___/

- 3-ECB +Urine parasitaire
4-SellesPOK.....
.....
5-Biopsie: Oui /___/ Non /___/.

Résultat:

VI- Traitement

- Protocole 1(<30%SC).....
.....
-Protocole 2(>30%SC).....
.....
.....

VII- Evolution

- 2(deux) semaines: favorable/___/ aggravation /___/ stationnaire /___/
-4(quatre) semaines: favorable /___/ aggravation /___/ stationnaire /___/
-8(huit) semaines: favorable /___/ aggravation /___/ stationnaire /___/

-si changement de traitement: Oui /___/ Non /___/
Préciser:.....
.....

- Perdu de vue Oui /___/ Non /___/

VIII-CONCLUSION:

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté de mes chers condisciples devant l'effigie d'HIPPOCRATE, je promets et je jure au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.

Admis à l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre des mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que les considérations de religion de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le secret absolu de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !
