

Des nodules récidivants de l'oreille : Pensez à l'hyperplasie angiolymphoïde avec éosinophilie

1^{er} Auteur : Chaima, MASSAOUDI, Interne, Service de dermatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, TUNISIE

Autres auteurs, équipe:

- Ines, Chabchoub, Assistante, Dermatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie
- Soumaya, GARA, Assistante, Dermatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie
- Mariem, Jones, Professeur, Dermatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie
- Nourredine, Litaiem, Professeur, Dermatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie
- Faten, Zeglaoui, Chef de service, Dermatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

INTRODUCTION

L'hyperplasie angiolymphoïde avec éosinophilie (HALE) une tumeur vasculaire acquise bénigne initialement décrite en 1969 par Wells et Whimster. Le siège de prédilection est la région cervico-faciale. Nous rapportons le cas d'un patient présentant une hyperplasie angiolymphoïde avec éosinophilie récidivante.

OBSERVATION

Un patient âgé de 63 ans nous a été adressé pour des nodules de l'oreille évoluant depuis 3 ans et récidivant après une exérèse chirurgicale. L'examen dermatologique mettait en évidence la présence de quatre nodules érythémato-violacés pseudoangiomateux accolés les uns aux autres au niveau de la conque de l'oreille droite (Figure1). Ces nodules étaient prurigineux. Le reste de l'examen clinique était sans particularités notamment l'absence d'adénopathies loco-régionales. L'examen anatomopathologie révélait la présence d'une prolifération vasculaire constituée de vaisseaux tapissés par des cellules endothéliales au cytoplasme éosinophilie abondant. Un infiltrat inflammatoire composé de lymphocytes avec des nombreuses éosinophiles et histiocytes a été également noté. L'hémogramme n'a pas mis en évidence une hyperéosinophilie. Le patient a été mis sous des infiltrations locales de corticothérapie en association avec la cryothérapie. L'évolution a été marquée par une rémission complète et une absence de récurrence avec un recul de 3 ans.



FIGURE 1 : HALE

DISCUSSION

La HALE touche préférentiellement les femmes âgées de 30 à 40 ans. Elle peut survenir dans quelques cas après un traumatisme ou au cours d'une grossesse. L'aspect clinique typique se présente sous formes de lésions à type de papulonodules érythémateux ou violines, pseudo-angiomateux, parfois croûteux ou saignotants et prurigineux. Des nodules sous-cutanés de petite taille peuvent cependant être observés. Les lésions peuvent être uniques ou multiples « en grappe de raisin » comme c'est le cas de notre patient. La HALE siège essentiellement au niveau de la tête (front, tempes, oreilles) et le cou. L'atteinte du tronc et des extrémités reste néanmoins rare. Des adénopathies loco-régionales peuvent être observées dans environ 20% des cas et sont toujours d'origine réactionnelle à l'histologie. L'hyperéosinophilie est notée dans 20 % des cas. Sur le plan anatomopathologique, la HALE se distingue par la présence d'une prolifération vasculaire dans le derme superficiel et moyen avec un aspect typique des cellules endothéliales turgescentes à cytoplasme vacuolisé dites « histiocytoïdes » ou « épithélioïdes » en « clous de tapisserie », au sein d'un infiltrat polymorphe de lymphocytes, histiocytes et éosinophiles sans formation de vrai follicule lymphoïde. Le traitement de la HALE est encore mal codifié, du fait des doutes concernant la physiopathologie de cette affection rare et du faible nombre d'études disponibles. Les options thérapeutiques rapportées dans la littérature sont essentiellement la chirurgie, la cryothérapie, les infiltrations de corticoïdes, le tacrolimus, la corticothérapie générale et l'isotrétinoïne. La régression spontanée est rare mais possible.

CONCLUSION

La HALE une entité clinico-pathologique rare qui doit être évoquée devant un nodule récidivant de l'oreille.

