

Lichen plan

deuxième partie: la clinique

**Laurence Le Cleach
Henri Mondor
Créteil**

LP cutané

- **Peu d'études, anciennes**
- **H=F**
- **40-50 ans**
- **Prurit, inconfort esthétique**
- **Évolution spontanée vers la guérison en 9-18 mois**
- **Séquelles pigmentées sur phototype foncé**



Phénomène de Koebner



Lichen plan hyperkératosique



Atteinte palmoplantaire



Lichen plan pigmentaire



Lichen plan pemphigoïde



LP buccal (1)

- 7 études rétrospectives descriptives n=4022
- 67% F
- 50-60 ans
- Bilatéral, symétrique
- Muqueuse juguale 80%, gencive 45%, langue 40%,



LP buccal (2)

- Formes blanches (réseau de lignes blanches, papules, plaques) 30-60%
- Formes rouges (lésions atrophiques, érosives, bulleuses) 40-70%
- Guérison spontanée rare: 3 à 15%
- Période d'exacerbation
- Douleur, saignement, difficultés d'alimentation, perte de poids
- Forme réticulée souvent asymptomatique

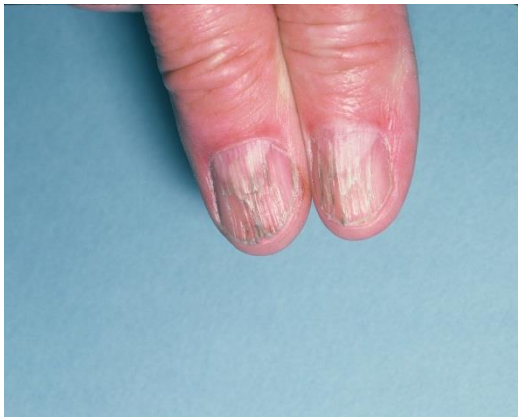


LP génital

- 50-60 ans (F)
- Femme (n = 114): face interne petites et grandes lèvres, orifice vaginal; atteinte vaginale 58%, atteinte anale 28%
- Douleur, prurit, dyspareunie
- Evolution cicatricielle 95% des formes érosives: sténose vaginale, agglutination des petites lèvres, phimosis
- Sd vulvovaginal-, peno-gingival : lichen érosif génital et gingivite desquamative



Lichen plan unguéal



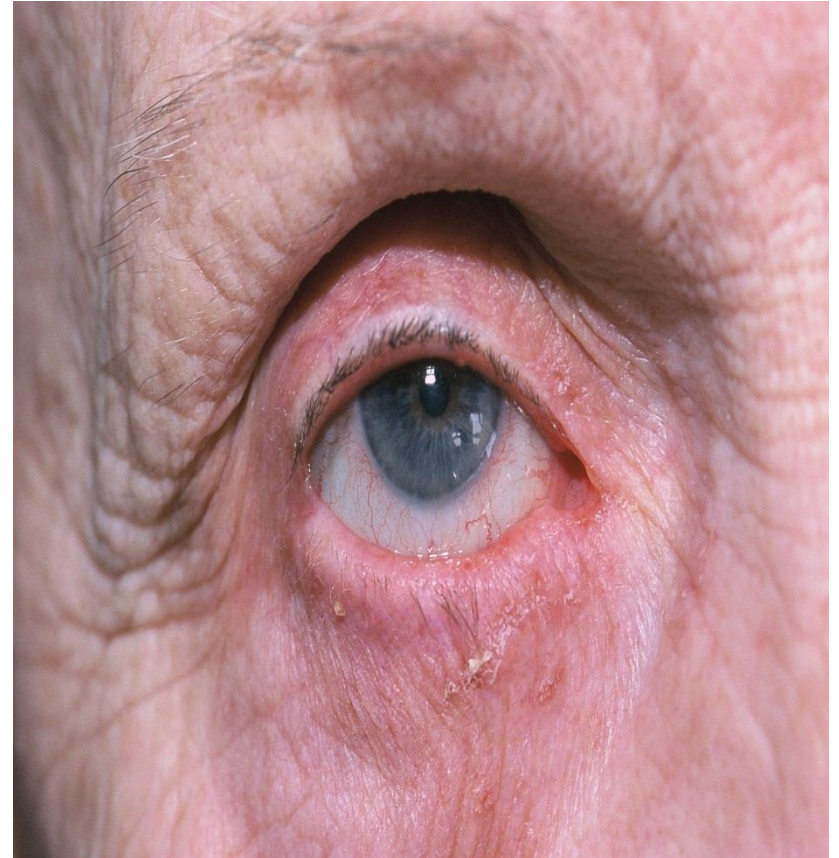
- Ongles mains > pieds
- Atteinte matricielle: ongle aminci, augmentation des lignes longitudinales, fissures distales
- Évolution chronique, récurrences
- Perte définitive de l'ongle ou formation d'un ptérygium rare

Lichen plan oesophagien

- Aspect endoscopique:
 - Desquamation, hyperhémie, papules
 - Proximal
 - Rétrécissement entraînant une dysphagie

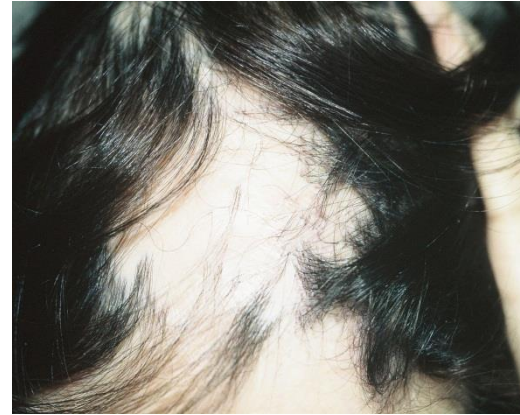
Lichen conjonctival

- Série rétrospective Mayo Clinic
- 11 malades
- Bilatéral
- Excès de larmes, sécheresse, irritation
- Conjonctivite cicatricielle 9/11
- Cécité 1/11



LP pilaire

- Atteinte multifocale du cuir chevelu, vertex++
- Isolé et/ou atteinte d'autres sites pilaires
- Hyperkératose folliculaire, érythème violacé périfolliculaire
- Douleur, brûlures
- Chronique
- Alopécie cicatricielle



En pratique

- Examen complet cutanéomuqueux incluant examen génital
- Si besoin, examen spécialisé ORL, gynécologique, endoscopie œsophagienne
- Test ELISA VHC systématique

A la limite du diagnostic différentiel

Toxidermies lichénoïdes (1)

- Peuvent être non distinguables cliniquement et histologiquement du LP
OU
 - Lésions cutanées plus diffuses, plus polymorphes (eczématiformes, psoriasiformes), photoexposées
 - Lésions orales asymétriques, érosives
 - Histologiquement: Infiltrat plus riche en PNE et plasmocytes
- APS, quinine, sels d'or, D-penicillamine, IEC, beta-bloquants, inhibiteurs calciques, diurétiques thiazidiques, spironolactone, AINS, lithium, interferon...

Halevy S, Shai A. J Am Acad Dermatol 1993;29:249-55.

Toxidermies lichénoïdes (2)

- Plus récemment: anti TNF¹, imatinib², vaccination hépatite B³
- Imputabilité difficile à démontrer
 - clinique et histologie similaire au LP
 - délai très long avant début de l'éruption (jusqu'à 2 ans)
 - délai long entre date d'arrêt et rémission

1-Asarch A et al. J Am Acad Dermatol 2009;61:104-11.

2-Kuraishi N et al. Acta Derm Venereol 2010;90:73-6.

3-Usman A et al. Pediatr Dermatol 2001;18:123-6.

Réactions lichénoïdes de contact

- Lésions lichénoïdes à proximité d'un amalgame
- Principalement amalgames en argent contenant du mercure
- Revue systématique : 19 études de cohortes ou cas contrôles
 - 35 à 100% de guérison après remplacement selon les études
 - Pas de signes spécifiques histologiques
 - Intérêt des tests épicutanés ?

Réaction du greffon contre l'hôte

- 3 mois après la greffe de moëlle
- Atteinte cutanéomuqueuse, la plus fréquente
- Le plus souvent lichénoïde sur la peau mais lichen typique dans la bouche

En pratique

- Rechercher et envisager l'arrêt d'un médicament imputable pris jusqu'à 2 ans avant le début du LP
- Si LP oral à proximité amalgame ou prothèse en argent envisager remplacement ou recouvrement

Risque de carcinome épidermoïde ? LPO

- Controverse:
 - Critères Dg de LP/ lésions orales lichénoïdes
 - Signification dysplasie histologique: cause ou conséquence du lichen
 - Facteurs confondants (tabac, alcool)
- Notion de champs de cancérisation et de localisation multiple simultanée ou séquentielle

- 13,100 femmes avec un diagnostic de LP de 1969–2012. (Finnish Hospital Discharge Registry)
- Le lichen plan était associé à un risque augmenté de :
(Standardized incidence ratios (SIRs) : nombre de cancer observés chez les femmes avec LP / nombre de cancer attendu (national cancer incidence rates))
 - K des lèvres (SIR 5.17, 95% CI 3.06–8.16)
 - K de la langue (SIR 12.4, 95% CI 9.45–16.0)
 - K de l'œsophage (SIR 1.95, 95% CI 1.17–3.04),
 - K du larynx (SIR of 3.47, 95% CI 1.13–8.10)
 - K de la vulve (SIR 1.99, 95% CI 1.18–3.13).

Risque de carcinome épidermoïde. Autres localisations

- Cas isolés rapportés
 - LP cutané formes hypertrophiques
 - LP vulvaire
 - LP oesophagien

En pratique (1)

Place de la biopsie

- **Eliminer un diagnostic différentiel :**
 - Surtout si localisation unique et/ou lésions atypiques
 - Ex: lichen scléreux vulvaire, VIN/PIN, lupus discoïde du cuir chevelu, pemphigoïde des muqueuses, leucoplasie
 - Histologie +/- IFD
- Toujours confirmer le diagnostic car peut nécessiter des années de traitement, eg, LP érosif muqueux
- **DEVANT TOUTE LÉSION NE GUÉRISANT PAS**

En pratique (2)

- **Surveillance annuelle des malades atteints de lichen muqueux oral, génital ou oesophagien**
- **Éducation des malades :**
 - Consultation si lésion persistante, notamment ulcérée ou indurée, ou si adénopathie
 - Suppression des facteurs de risque : alcool, tabac