

## POSTER

### Lichen plan et sulfasalazine : présentation d'un cas

**Campana F<sup>1</sup>, Vigaros E<sup>2</sup>, Sibaud V<sup>2</sup>, Fricain JC<sup>3</sup>**

1. Centre Massilien de la Face - Exercice Privé - Marseille

2. Institut Universitaire du Cancer - CHU Toulouse

3. Pole Odontologie et Santé buccale - CHU Bordeaux

L'objectif de ce travail est de rapporter le cas d'un lichen plan induit par sulfasalazine. Une femme de 75 ans était adressée suite à l'apparition de lésions buccales douloureuses évaluée à 9 sur une EVA. Elle était arthrosique, angineuse et opérée d'un prolapsus génital. Son traitement associée du calcifédiol, de la sulfasalazine, de l'acétylsalicylate de lysine, de la nicardipine et du succinate de solifénacine. L'examen clinique exo-buccal était sans anomalie. L'examen endo-buccal retrouvait de multiples lésions buccales associant leucoplasies en plaque et en réseau avec des ulcérations. Des biopsies étaient réalisées pour un examen en histologie standard et en immuno-fluorescence directe (IFD). L'histologie retrouvait un épithélium irrégulièrement épaissi avec en surface une hyperkératose para et orthokératosique et au centre du prélèvement une zone érosive. Il n'existait pas d'atypie cyto-nucléaire ou de mitoses anormales. Au niveau des assises basales il existait des altérations vacuolaires et une exocytose d'éléments lymphocytaires. Ces derniers réalisaient un infiltrat diffus au niveau du chorion superficiel. L'IFD était négative. Le diagnostic de lichen plan buccal était retenu avec un score de Thongprassom (ST) à 5). Un traitement par corticothérapie locale associant clobétasol 0,05% 2 fois/jours en crème et prednisolone 20mg 2 fois/jours en bains de bouche était instauré. Après deux mois de traitement, la réponse n'était que partielle (EVA=4,5, ST=4) et le rôle de la sulfasalazine dans cette poussée était alors évoqué. Sa substitution était demandée et une nette amélioration était observée (EVA=0, ST=1). La patiente était suivie et aucune nouvelle poussée n'a été observée. A 14 mois, le lichen était stable (EVA=0, ST=1).

Le lichen plan est une dermatose auto-inflammatoire fréquente atteignant 1% de la population. Son étiologie est inconnue mais la pathogénie par apoptose kératinocytaire induite par le TNF alpha libéré par les lymphocytes T CD8 est bien décrite. L'origine médicamenteuse reste rare même si de nombreuses molécules ont été incriminées. Cette imputabilité est toujours difficile à affirmer. Dans le cas de la sulfasalazine, l'effet indésirable est connu et mentionné sur la RCP du médicament. La nette amélioration des lésions à l'arrêt du médicament et l'absence de nouvelle poussée semblent être en faveur d'une implication de la molécule dans la pathogénie et cela malgré la persistance de lésions leucoplasiques depuis l'arrêt. De manière assez surprenante, plusieurs articles rapportent l'utilisation de la sulfasalazine pour le traitement du lichen plan cutané ou muqueux. En conclusion, l'étiologie médicamenteuse et le rôle en particulier de la sulfasalazine doit être recherché devant un lichen plan ou une réaction lichenoïde.

f.campana@centremassiliendelaface.com