

UN CAS D'ERYTHEME PIGMENTE FIXE BULLEUX ETENDU CHEZ UN ENFANT CONSECUTIF A UNE AUTOMEDICATION

Rakotoarison I^{}, Andriatahina T¹, Andrianantenaina A¹, Ramarozatovo LS²*

1. *Service de Pédiatrie. CHR D Moramanga, Madagascar*
2. *Service de dermatologie. CHU-Joseph Raseta de Befelatanana. Faculté de Médecine, Antananarivo, Madagascar*

* Auteur correspondant :

RAKOTOARISON I

Email : tsouhrak@gmail.com

RESUME

Introduction : L'érythème pigmenté fixe (EPF) est une toxidermie bénigne récurrente, rarement étendue chez l'enfant. C'est une toxicité cutanée médicamenteuse dont le délai d'apparition est souvent inférieur à 48 heures. Nombreux médicaments sont imputables dans sa survenue. La cicatrisation laisse une trace particulière à type d'une tache hyper-pigmentée séquellaire. Cet article a pour objectif de rapporter un cas inhabituel d'un EPF vu en consultation au Centre Hospitalier de référence de district de Moramanga.

Observation : Une fille de 4 ans a été emmenée en consultation pour une apparition des lésions bulleuses. Une automédication par du paracétamol associé à du cotrimoxazole comprimé pour traiter un tableau de rhinobronchite est notée deux jours avant l'apparition des lésions cutanées. L'enfant n'a pas d'antécédent particulier en dehors d'un épisode similaire il y a un an sous forme de lésions bulleuses au niveau du tronc après ingestion alimentaire de nature imprécise. Des plaques érythémateuses bien limitées, de forme ovale, multiple, surmontées de bulles sur le tronc ont été décrites à l'admission. Le diagnostic est porté devant l'aspect caractéristique de la lésion d'EPF. Le traitement a été basé sur des soins locaux aux permanganates avec application d'émollient. L'évolution a été favorable au bout d'une semaine malgré une surinfection locale. La forme bulleuse et étendue reste rare chez l'enfant et nécessite une surveillance rapprochée.

Conclusion : La découverte d'un EPF impose une démarche étiologique rigoureuse à la recherche du médicament imputable et son éviction définitive pour prévenir toute récurrence.

Mots-clés : Erythème pigmenté fixe, toxidermie, enfant

INTRODUCTION

Les toxidermies médicamenteuses se définissent comme les effets indésirables cutanés de médicaments utilisés à dose thérapeutique. L'érythème pigmenté fixe (EPF) est pathognomonique d'une toxidermie et représente la seule dermatose de cause exclusivement médicamenteuse. Il se caractérise par la présence de lésions uniques ou multiples, rondes ou ovalaires, érythémateuses puis pigmentées à bordure bien délimitée qui permettent même en présence de lésions cicatricielles de faire le diagnostic [1].

Il existe plusieurs formes cliniques d'EPF dont les plus fréquentes sont l'EPF « non bulleux », EPF muqueux, EPF bulleux limité ou généralisé. Notons que ce sont des formes bénignes de toxidermie, la cicatrisation laisse une trace d'hyperpigmentation séquellaire très particulière [2].

A travers cet article, nous rapportons un cas clinique de toxidermie médicamenteuse chez un enfant.

OBSERVATION

Une fille de 4 ans était venue en consultation en avril 2018 pour des lésions cutanées bulleuses. Une semaine auparavant, l'enfant avait présenté une toux sèche associée à une rhinorrhée apyrétique motivant une automédication par du COTRIMOXAZOLE comprimé à 480mg : ½ comprimé (cp) en trois prises par jour associé à du PARACETAMOL

comprimé à 500mg: ½ cp en trois prises par jour pendant 3 jours successifs.

Vingt-quatre heures après la première prise des médicaments, des lésions érythémateuses prurigineuses arrondies sont apparues au niveau du tronc et de l'abdomen respectant le visage, le cuir chevelu et les phanères (figure 01).

Au bout de 48 heures, les lésions sont devenues bulleuses inquiétant les parents qui ont décidé d'interrompre le traitement et de venir en consultation au service de pédiatrie du Centre Hospitalier de Référence de District (CHRD) de Moramanga.



Figure 01 : Lésions bulleuses à base érythémateuse pigmentée 24 heures après la première prise des médicaments.

Dans ses antécédents, on note l'absence d'allergie maternelle mais une atopie chez le père. L'enfant est vacciné selon le programme national. L'enfant a présenté un an auparavant une éruption cutanée bulleuse au niveau du tronc au décours d'un repas, sans notion de prise médicamenteuse, restée inexpiquée.

L'enfant ne présentait pas d'autres antécédents particuliers. Aucun autre médicament utilisé auparavant n'a provoqué de manifestations allergiques. On note la prise antérieure à plusieurs reprises de paracétamol avant cet épisode, sans réaction allergique, mais il s'agit de son premier contact avec le cotrimoxazole selon les parents.

A l'admission, l'examen physique objectivait un état général conservé, une apyrexie. Le tableau de rhinobronchite était encore présent.

L'enfant présentait des lésions cutanées à type de plaques érythémateuses bien limitées de forme ovale multiple, surmontées de bulles centrales bien circonscrites. Ces lésions étaient prurigineuses et localisées au niveau du tronc, de l'abdomen et du dos respectant le visage. Une lésion érythémateuse légèrement érosive de la langue a été notée; le cuir chevelu et les phanères n'étaient pas atteints. Les signes en faveur d'une atteinte hépatique et d'autres signes extra-cutanés ont été absents (dysphagie, douleur articulaire, troubles de transit,...)

La biopsie cutanée n'a pas pu être réalisée. Cliniquement, nous avons retenu le diagnostic d'un érythème pigmenté fixe bulleux dont les médicaments imputables sont le paracétamol et/ou le cotrimoxazole.

Le traitement était basé sur des soins locaux quotidiens : bain aux permanganates de potassium et application d'émollient et de la vaseline stérile. Cependant, l'évolution est marquée par une impétiginisation des lésions au bout de 72 heures motivant l'administration d'une antibiothérapie à visée anti-staphylococcique : Amoxicilline-Acide

clavulanique par voie générale. L'évolution était favorable après quelques jours aboutissant à une cicatrisation complète laissant des taches séquellaires hyper-pigmentées (figure 02).

Une fiche de notification pré-établie par le service de la pharmacovigilance au sein du Ministère de la santé malgache a été remplie et envoyée dans ce service afin de notifier le cas et d'identifier le médicament imputable, en l'occurrence le paracétamol ou le cotrimoxazole. Une prise ultérieure de ces médicaments est à éviter pour prévenir un accident similaire.



Figure 02 : Tâches hyper-pigmentées cicatricielles au cours d'EPF après 10 jours d'évolution

DISCUSSION

L'érythème pigmenté fixe est une manifestation clinique bénigne d'une réaction immuno-allergique caractérisée par une lésion érythémateuse arrondie ou ovale centimétrique pouvant être bulleuse [3]. Dans notre observation la lésion observée est typique

avec une atteinte de la muqueuse unipolaire qui concorde à la littérature [4]. Le diagnostic de l'EPF bulleux est essentiellement clinique : lésions à centre œdémateux, vésiculeux ou surmontées d'authentiques lésions bulleuses centrales circonscrites, évoluant vers des érosions post-bulleuses mettant à nu le derme sous-jacent [5]. Le délai entre l'exposition au médicament et l'apparition des lésions est de moins de 48 heures. La topographie peut orienter sur le type de médicament responsable. Une atteinte génitale isolée est souvent due aux tétracyclines. Une atteinte du tronc et des membres est due aux antalgiques [6]. Dans notre cas, la première manifestation au niveau du tronc était apparue en moins de 24 heures après la prise des médicaments.

Dans sa forme clinique habituelle, l'EPF est fait d'une, de deux ou de plusieurs lésions isolées multiples non bulleuses mais pigmentées. Notre cas, dont les lésions sont d'emblée bulleuses et étendues, figure parmi les formes les plus rares et graves [7].

Les cas d'érythème pigmenté fixe décrits après l'administration du paracétamol ne sont pas exceptionnels [8]. Notre observation mentionne l'utilisation du paracétamol qui pourrait être responsable de la réaction allergique; néanmoins nous ne pouvons pas éliminer le cotrimoxazole, outre qu'une prise antérieure ne peut pas être exclue.

Dans notre situation, l'automédication sans aucune indication d'un antibiotique conduit à une pathologie assez grave. En effet les toxidermies constituent 37% des urgences dermatologiques hospitalisés en service de dermatologie à Antananarivo [9].

D'autant plus la prise irrationnelle d'antibiotique favorise également l'émergence des bactéries multi-résistantes qui est déjà observé dans notre pays [10].

CONCLUSION

L'érythème pigmenté fixe est une forme clinique de toxidermie médicamenteuse bénigne. Une notion de prise médicamenteuse respectant la chronologie d'imputabilité, une manifestation cutanée typique doivent imposer une recherche étiologique. La forme étendue est rare chez l'enfant. Un EPF doit être éliminé devant toute manifestation cutanée, précédée par une prise médicamenteuse suspecte.

REFERENCES

1. Roujeau JC. Iatrogénie : Diagnostic et prévention. *Annales de Dermatologie et de vénéréologie* 2002; 129:2S163-169S.
2. Valeyrie-Allanore, Lebrun-Vignes B, Bensaid B, Sassolas B, Barbaud A. Érythème pigmenté fixe: épidémiologie, physiopathologie, clinique, diagnostic différentiel et modalités de prise en charge. *Annales de dermatologie et de vénéréologie* 2015;142:701-6
3. Valeyrie-Allanore L, Revuz J. Drug reactions. *Dermatology*. Chapter 21. Third edition. London, Great Britain: 2012. p. 335-56.
4. Brahimi N, Routier E, Raison-Peyron N, Tronquoy AF, Pouget-Jasson C, Amarger S et al. A three-year-analysis of fixed drug eruptions in hospital settings in France. *European Journals of Dermatology*. 2010;20:461-4.
5. Bakayokoa AS, Kalogab M, Kamagatec M, Konea Z, Daixa AT], Ohui E et al. Érythème pigmenté fixe secondaire à la prise d'éthambutol : *Revue des Maladies Respiratoires* 2015;32:48-51

6. Sharma VK, Dhar S, Gill AN. Drug related involvement of specific sites in fixed eruptions: a statistical evaluation. *Journal of Dermatology*.1996;23(8):530-4.
7. Zaouk A, Fenniche. Erythème pigmenté fixe bulleux : une série hospitalière. *Revue française d'allergologie*. 2018 Apr;58(3):248
8. Mahi I, Zehar Y, Boudghene Stambouli O. Erythème pigmenté fixe induit par le paracétamol. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. 2016;143:29.
9. Andrianarison M. Les urgences en dermatologie du CHU Joseph Raseta d'Antananarivo. *Annales de dermatologie et de vénérologie*. 2017; 144(12) : S56-S57.
10. Rasamiravaka T, Rafanomezantsoa H, Rasoanandrasana S, Rakoto Alson AO, Rasamindrakotroka A et al. Présence préoccupante des bactéries multirésistantes dans la communauté malgache. *Revue Médicale de Madagascar*. 2012;2(3):174-5.