

TOXIDERMIES – ALLERGOLOGIE - THERAPEUTIQUE

COMMUNICATIONS

Etude de l'efficacité et de la tolérance de la photothérapie uvbtl01 dans le psoriasis palmoplantaire et comparaison à la puvathérapie

Redon E*(1), Loos C(2), Barbaud A(1), Schmutz J L(1)

(1)Dermatologie, Hôpital Fournier, (2)Epidémiologie, Hôpital Marin, Nancy, France

Introduction

Les traitements locaux sont souvent insuffisants dans le psoriasis palmoplantaire. La photothérapie UVBTL01 fait partie des options thérapeutiques disponibles. Nous avons mené une étude rétrospective pour évaluer l'efficacité et la tolérance de la photothérapie UVBTL01 dans le psoriasis palmoplantaire, et dans un second temps, les résultats ont été comparés sur la même population traitée par puvathérapie localisée.

Matériel et Méthodes: Tous les patients ayant eu une photothérapie pour un psoriasis palmoplantaire de novembre 2001 à avril 2008 au CHU de Nancy ont été inclus. La photothérapie était réalisée au rythme de 3 séances par semaine. L'évaluation était faite à 20, 30 séances et en fin de traitement selon les modalités suivantes : « échec » / « amélioration » / « amélioration nette ou blanchiment ».

Résultats

Quatre vingt douze patients (54 hommes et 38 femmes) ont été étudiés, correspondant à 118 poussées. Cinquante six poussées ont été traitées par UVBTL01. La photothérapie par UVBTL01 était efficace permettant en fin de traitement une « amélioration nette » de 51,8% et une « amélioration » de 16,1% des poussées. En photothérapie UVBTL01 des effets secondaires survenaient dans 34% des cures (érythème 17%, brûlure du premier degré 7%) ayant conduit à l'arrêt de la photothérapie dans 2 cas seulement. En puvathérapie 49 patients, soit 62 poussées ont été traitées. L'efficacité de la puvathérapie était supérieure si l'on considérait l'ensemble des groupes améliorés (84%) par rapport aux UVBTL01 (68%, $p=0.0411$). Les effets secondaires étaient plus nombreux en puvathérapie, essentiellement liés à la prise de methoxy-psoralène. (61% des cures en puvathérapie versus 34% en UVBTL01 $p<0,003$)

Conclusion

La photothérapie UVBTL01 est un traitement efficace et moins contraignant que la puvathérapie. Dans les formes sévères la puvathérapie qui semble être plus efficace devrait être choisie en première intention.

Références

1. Sezer E, Erbil AH, Kurumlu Z, Tastan HB, Etikan I. Comparison of the efficacy of local narrowband ultraviolet B (NB-UVB) phototherapy versus psoralen plus ultraviolet A (PUVA) paint for palmoplantar psoriasis. J Dermatol. 2007;34:435-40.]
2. Nordal EJ, Christensen OB. Treatment of chronic hand dermatoses with UVB-TL01. Acta Derm Venereol. 2004;84:302-4.)
3. Tanew A, Radakovic-Fijan S, Schemper M, Honigsmann H. Narrowband UV-B phototherapy vs photochemotherapy in the treatment of chronic plaque-type psoriasis: a paired comparison study. Arch Dermatol. 1999;135:519-24.]

Traitement de l'hidradénite suppurée sévère par infliximab : amélioration de la qualité de vie et intérêt du traitement d'entretien dans une série de 7 cas

Delage M*(1), Machet L(1), Atlan M(2), Samimi M(1), Lorette G(1), Maruani A(1)

(1)Dermatologie, CHRU, Université François Rabelais, (2)Chirurgie Plastique, CHRU de Tours, Tours, France

Introduction

L'hydrosadénite suppurée (HS) ou maladie de Verneuil est une pathologie suppurative chronique des glandes apocrines, invalidante et dont les traitements actuels sont peu satisfaisants dans les formes sévères. Le retentissement sur la qualité de vie est considérable. Plusieurs cas isolés et 2 séries de 7 cas ont rapporté une certaine efficacité de l'infliximab (Rémicade®) dans l'HS [1,2]. Nous avons donc proposé aux patients atteints d'HS sévère et en échec thérapeutique d'être traités par infliximab.

Matériel et Méthodes: Nous avons étudié rétrospectivement les dossiers de tous les patients traités dans le service par infliximab pour une HS sévère, résistante aux traitements (dont antibiotiques et zinc à forte dose) entre 2006 et 2009. Initialement, leur atteinte était évaluée par le score de Hurley et leur qualité de vie par le DLQI; puis une réévaluation a été faite en mai 2009, par le DLQI et par une auto-évaluation par les patients de leur amélioration ou aggravation (pourcentage d'amélioration globale, de la douleur et de l'écoulement).

Résultats

Sept patients dont 4 femmes (âge moyen de 37 ans) ont reçu de 3 à 19 perfusions d'infliximab (médiane de 6), à la dose de 5mg/kg, aux semaines 0, 2, 6 puis toutes les 8 semaines. La durée de suivi allait de 34 à 149 semaines (moyenne de 72 semaines). Le score de Hurley était de II pour 6 patients et de III pour un. Le score initial de DLQI était de $16 \pm 3,8$. Une amélioration du DLQI a été notée chez 6 patients sur 7, avec une variation moyenne du DLQI de $8 \pm 4,3$. Le score moyen final était de $9,3 \pm 6,3$. Une amélioration a été notée chez 6 patients sur 7 et aucune aggravation n'a été mentionnée. Le pourcentage d'amélioration a été en moyenne de $55 \pm 32,6$ de façon globale, de $55 \pm 36,9$ pour la douleur et de $55,7 \pm 32,7$ pour l'écoulement. Les effets indésirables ont été : une éruption eczématiforme ayant motivé l'arrêt du traitement après 3 perfusions, un cas d'abcès prétragien après 3 cures. La moyenne de la CRP avant traitement était de 21mg/l contre 22 mg/l après, celle des polynucléaires neutrophiles était de 8,7 G/l avant contre 7,3 après traitement.

Discussion

Dans cette série de patients atteints d'HS sévère et en échec thérapeutique, l'infliximab a été jugé efficace avec une amélioration notable de leur qualité de vie. Ces patients demandent à poursuivre le traitement. L'infliximab est un anticorps monoclonal chimérique inhibant le TNF α qui agit sur la réaction inflammatoire mais qui comporte un risque d'infection. Dans notre étude, avec un nombre de cure allant de 3 à 19, aucune infection sévère n'est survenue, mais par prudence, le traitement a été arrêté chez un patient pour un abcès prétragien. Le syndrome inflammatoire biologique (CRP, élévation des neutrophiles) était globalement inchangé pour les 7 patients entre le début et la fin du traitement. Une limite de l'évaluation de l'infliximab dans l'HS est l'absence de placebo. Les autres problèmes sont le coût, l'absence d'AMM, les problèmes parfois de tolérance et les risques éventuels à long terme. Nous ne savons pas si après l'arrêt de l'infliximab, le recours aux traitements précédents (dont le zinc) pourra maintenir l'amélioration clinique, ou si les patients seront demandeurs de la reprise de l'infliximab.

Conclusion

Cette série confirme l'efficacité et l'amélioration de la qualité de vie des patients traités par infliximab pour une HS, et le maintien de l'amélioration avec un traitement d'entretien. Un effet placebo n'est pas exclu. Le maintien du traitement par infliximab ou les alternatives à l'arrêt restent problématiques.

Références

1. Brunasso AM, Delfino C, Massone C. Hidradenitis suppurativa : are tumour necrosis factor-alpha blockers the ultimate alternative ? Br J Dermatol 2008;159:761-3.
2. Fardet L Dupuy A, Kerob D, Levy A, Allez M, Begon E, Bachelez H, Morel P, Lebbé C. Infliximab for severe hidradenitis suppurativa: transient clinical efficacy in 7 consecutive patients. J Am Acad Dermatol 2007;56:624-8

Une épidémie de DRESS ?

Bollaert M*(1), Waton J(1), Jeulin H(2), Gastin I(3), Trechot P(4), Rabaud C(5), Schmutz J L(1), Barbaud A(1)

(1)Dermatologie, Hopital Fournier, CHU Nancy, Nancy, (2)Virologie, CHU Nancy, Hôpital Brabois, (3)Unité INSERM 954, Hopital Brabois, Vandoeuvre-les-nancy, (4)Pharmacovigilance, Hopital Central CHU Nancy, (5)Maladies infectieuses, CHU Nancy, Hôpital Brabois, Nancy, France

Introduction

L'association entre réactivations des Herpès Virus (HV) et le Drug Reaction With Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS) est actuellement admise. Les interférences entre ces 2 facteurs restent

obscur. Nous rapportons 6 cas de DRESS survenus sur 1 mois, avec réactivations virales pour lesquels nous avons recherché un dénominateur commun.

Observations

6 patients ont été hospitalisés entre le 22/03/09 et le 24/04/09 (3 hommes et 3 femmes de 30 à 69 ans). Tous avaient pris un nouveau médicament dans les 6 semaines précédant l'apparition des symptômes dont la classe variait d'un patient à l'autre. Aucun n'était immunodéprimé (CD4/CD8 normaux), 2 avaient une hypogammaglobulinémie. Ils avaient un exanthème maculo-papuleux généralisé avec œdème facial, poly-adénopathies, $T^{\circ} > 38,5^{\circ}C$ et 1 ou 2 atteintes viscérales (foie ou rein), une hyperéosinophilie (6 cas), une hyperlympho-monocytose (2 cas) ou une thrombopénie (1 cas). L'étude des activations du groupe Herpès Virus a été faite par sérologies et PCR (EBV, CMV, HHV-6 et 7). Une primo-infection EBV était constatée dans 1 cas (IgM anti-VCA sans IgG, charge virale EBV par PCR à $3,66.10^4$ copies/ml) associée à une réactivation HHV-6. Dans 3 cas, EBV et HHV-7 étaient réactivés. Enfin, seule une réactivation CMV était notée dans le 5ème cas et le 6ème cas avait une réactivation isolée d'HHV-7. Les sérologies *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, rickettsia, coxsackie, parvovirus B19, VIH, VHB, VHC, Syphilis étaient négatives ou témoignaient d'une infection ancienne.

Discussion

Le dénominateur commun à ces 6 DRESS survenus sur une courte période n'étant pas une classe médicamenteuse particulière, un agent environnemental commun est-il en cause? Certains médicaments provoquent une hypogammaglobulinémie avec diminution des cellules B circulantes (CD19+), production de LTCD8+ spécifiques du médicament et de métabolites réactifs agissant comme des haptènes ou un « signal danger ». Le DRESS n'est pas expliqué uniquement par une réponse cellulaire contre les antigènes médicamenteux [1]. La physiopathologie supposée est : 1. Prise médicamenteuse, 2. Réponse immunitaire (début du DRESS ?), 3. Réactivations des Herpès Virus (ou primo-infection) sur ce terrain immunologique propice (début du DRESS ?) 4. Arrêt du médicament participant à la restauration de l'immunité antivirale 5. Dégâts cellulaires liés à l'intense réponse T CD8+ antivirale à l'origine de la symptomatologie prolongée et des récurrences et pouvant participer aux co-sensibilisations médicamenteuses. Le médicament (valproate de sodium) pourrait entraîner l'augmentation in vitro de la réplication de HHV-6 [2]. Comme observé chez 2 de nos patients, plusieurs équipes ont montré une réactivation séquentielle des Herpès Virus lors du DRESS. Suivant cette théorie, une épidémie virale pourrait être à l'origine d'une « épidémie » de DRESS en présence de prises médicamenteuses variées. Il n'y a pas d'observatoire national des infections à HHV. Nous n'avons pas mis en évidence un type d'Herpès Virus unique en cause dans cette « épidémie » de DRESS qui ne semble pas liée à un biais de recrutement 1 cas de DRESS par mois étant en moyenne hospitalisé dans notre service habituellement.

Conclusion

Nos 6 cas de DRESS en l'espace d'un mois sont à l'image d'une épidémie virale. Ceci soulève la question de l'existence, à un moment donné, du rôle d'un agent infectieux du groupe Herpès ou non ou de facteurs environnementaux favorisant les réactivations d'EBV, HHV-6, CMV, HHV-7. Ces dernières pourraient être alors secondaires à ce phénomène initial environnemental qui reste à déterminer.

Références

1. T Shiohara. et al Allergology International 2006; 55:1-8
2. L Mardirivin. et al Ann Dermatol Venereol 2007; 134:7S71-7S289

Parenté inédite de lésions kystiques, perforantes et prolifératives induites par le sorafenib

Arnault J*(1), Wechsler J(2), Escudier B(3), Spatz A(4), Tomasic G(4), Sibaud V(5), Aractingi S(6), Grange J(7), Poirier-Colame V(1), Malka D(3), Soria J(3), Mateus C(1), Robert C(1)

(1)Dermatologie, Institut Gustave Roussy, Villejuif, (2)Anatomopathologie, Hôpital Henri Mondor, Créteil, (3)Médecine, (4)Anatomopathologie, Institut Gustave Roussy, Villejuif, (5)Dermatologie, Institut Claudius Regaud, Toulouse, (6)Dermatologie, (7)Hépatogastro-entérologie, Hôpital Tenon, Paris, France

Introduction

Le sorafenib (SRF) Nexavar®; est un inhibiteur multikinase inhibant les protéines RAF et les récepteurs des VEGF et du PDGF ayant l'AMM pour le traitement des hépatocarcinomes et des cancers rénaux. Ses effets secondaires cutanés sont fréquents et dominés par un syndrome main-pied parfois handicapant. Nous rapportons l'étude rétrospective de 17 patients ayant développé des lésions kystiques folliculaires parfois perforantes associées à 1 ou plusieurs kératoacanthomes(KA)/carcinomes épidermoïdes(CE) au cours du traitement par SRF. L'évolution clinique et l'aspect histologique des lésions observées chez nos

patients suggèrent un continuum dans la genèse des lésions kystiques puis proliférantes.

Observations

17 patients étaient traités par SRF depuis 1 à 9 mois quand sont apparues des lésions de folliculites perforantes chez 6 patients, KA uniques ou multiples chez 8 patients et des CE chez 4 patients. (tableau 1). L'association à des kystes faciaux étaient retrouvée dans plus de $\frac{3}{4}$ des cas.

21 lésions prolifératives et cratériformes ont été examinées histologiquement, identifiant 16 KA typiques et 5 CE. Plusieurs KA ont regressé spontanément au cours ou au décours du traitement par SRF. Aucun cas n'est apparu après l'arrêt du SRF.

Les folliculites perforantes se développaient quelques mois après le début du SRF à partir d'une papule folliculaire inflammatoire ou à partir d'un renflement kystique folliculaire non inflammatoire bouché par un clou kératosique (comédon-like). L'évolution était commune, vers une accumulation kystique de matériel kératinocytaire, parfois perforant. Les lésions étaient douloureuses. Tous les patients ont souffert d'effets cutanés précoces marqués du SRF (J8). Toutes les folliculites perforantes ont disparues spontanément en 2 à 4 mois après l'arrêt du SRF. Les dermocorticoïdes et les rétinoïdes topiques ou oraux n'ont eu aucun effet sur l'évolution. Aucun cas n'est apparu après l'arrêt du SRF.

Une patiente a présenté successivement l'ensemble de ces lésions entre le 3ème et le 5ème mois de traitement par SRF. A partir d'une lésion initiale kystique et kératosique de petite taille surmontant une base inflammatoire, se développaient des lésions plus inflammatoires à type de folliculite perforante ou des lésions proliférantes : KA ou CE. Le SRF était diminuée à 400mg/j sans résultat puis a dû être arrêté après 24 mois sur demande de la patiente en raison de la sévérité de l'atteinte cutanée. L'ensemble des lésions ont disparues en 4 mois après l'arrêt du SRF.

Discussion

Ces associations dermatologiques à types de lésions kystiques perforantes et/ou prolifératives sont tout à fait originales et n'ont jamais été rapportées en association avec une quelconque prise médicamenteuse. L'observation de cette dernière patiente nous a suggéré la possibilité d'un continuum entre chacune de ces entités : kystes épidermiques, folliculite perforante, KA et CE déclenché par le SRF. Nous discuterons des mécanismes physiopathologiques pouvant être évoqués pour valider cette hypothèse tout à fait innovante car il n'existe pas jusqu'à présent de parenté reconnue entre ces lésions.

Etude descriptive de 1040 dermatoses professionnelles d'origine immuno-allergique chez les professionnels de la coiffure en France déclarées à la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés entre 2004 et 2007

Halioua B*(1), Bouquiaux B(2), Bensefa-Colas L(3), Crepy M(4)

(1)Dermatologie, (2)Service de dermatologie, Institut Alfred Fournier, (3)Service de pathologie professionnelle, Groupe Hospitalier Cochin- Saint Vincente de Paul, APHP, (4)Service de pathologie professionnelle, Groupe Hospitalier Cochin- Saint Vincente de Paul, APHP,, Paris, France

Introduction

La coiffure qui comporte près de 116 000 salariés en France constitue une des professions les plus à risque de dermatoses professionnelles d'origine immuno-allergologique (DPIA) des mains. Notre objectif est de décrire les caractéristiques épidémiologique et les conséquences socioprofessionnelles des DPIA chez les professionnels de la coiffure en France à partir des données recueillies par la Direction des Risques Professionnels de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

Matériel et Méthodes: Toutes les DPIA déclarées et reconnues par le Régime Général du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 chez des professionnels de la coiffure ont été recensées. Il a été incluse celles ayant entraîné un arrêt de travail d'au moins 24 heures, une incapacité permanente et/ou un décès dans l'année considérée. Pour cas retenus, il a été relevé : l'âge, le sexe, le secteur d'activité incriminé, la CPAM de résidence, l'agence causal, le nombre de journées perdus ainsi que l'attribution ou non d'une incapacité permanente partielle (IPP), son taux et le versement d'une indemnité en capital (si IPP <10%) ou d'une rente (si IPP ≥10%).

Résultats

Il a été recensé 1040 DPIA déclarées, constatées et reconnues par le Régime Général au cours de 4 années consécutives (2004 à 2007) ce qui représente 10% de l'ensemble des DPIA professionnels. Il existe une nette prédominance féminine (n=975 soit 94%). Les tranches d'âge les plus touchées par ordre décroissant sont 20-24 ans (31%), moins de 20 ans (25%), 30-34ans (13%), 25-29 ans (12%), 35-39 ans (9%), 40-49 ans (6%) et 50-59 ans (3%)

La population est originaire de la région parisienne dans 25% des cas, de la région Ouest dans 22% des

cas, de la région Est dans 7% des cas, de la région Nord dans 9% des cas, de la région Centre dans 19% des cas et de la région Sud dans 16% des cas et des DOM-TOM dans 1% des cas. Les dix agents responsables les plus fréquemment incriminés responsables de 81% des DPIA sont les persulfates inorganiques (n=305. 29%), les chlorates inorganiques (n=108.10%), nisopropyl'n'phenylparaphenylenediamine (107. 10%), les amines aromatiques (n=93.9%), l'ammonium quaternaire(n=78. 8%), l' hydroquinone 1.4dihydroxybenzene (n=58. 6%) ; les thioglycolates (n=35. 3%), le latex d'hévéa (n=23.2%) ; le baume du Pérou (n=22. 2%), les composés inorganiques du cobalt (n=18.2%) et les chloroplatinates alcalins (n=16.2%). Les DPIA ont entraîné une perte de 49638 journées de travail. Le nombre moyen de journées de travail perdues par personne souffrant de DPIA est de 47,7 jours par patient. 27% des patients ont eu une perte de plus de 60 jours. Les agents les plus fréquemment incriminés étaient par ordre décroissant les chloroplatinates alcalins (6/16 38%), les chlorates inorganiques (33/108 31%), l' hydroquinone 1.4dihydroxybenzene (17/58 29%) , le nisopropyl'n'phenylparaphenylenediamine (30/107 28%), les persulfates inorganiques (83/305 27%), l'ammonium quaternaire(21/78 27%), les amines aromatiques (24/93 26%), les composés inorganiques du cobalt (3/18 17%) le latex d'hévéa (3/23 13%) ; le baume du Pérou (2/22 9%), et les thioglycolates(3/35 9%). Au sein de la population, il a été attribué à 111 personnes (11%) un taux d'IPP inférieure à 10% permettant le versement d'un capital tandis qu'il a été accordé à 44 personnes (4%) un taux d'IPP> ou égale à 10% permettant l'obtention d'une rente.

Conclusion

Cette étude épidémiologique apporte des informations intéressantes susceptibles d'améliorer la stratégie de prévention précoce avant la survenue des troubles dermatologiques chez les professionnels de la coiffure afin de contribuer à diminuer leur fréquence et leur gravité.

L'usage de cosmétiques en vue d'éclaircir le teint peut présenter un caractère addictif

Petit A*(1), Taïeb O(2), de Schaetzen V(1), Chevret S(3), Moro M(4)

(1)Dermatologie, Hôpital Saint-Louis, Paris, (2)Psychiatrie, Hôpital Avicenne, Bobigny, (3)Département de Biostatistiques et Informatique médicale, Hôpital Saint-Louis, (4)Psychiatrie, Hôpital Avicenne, Paris, France

Introduction

L'application de topiques sur le tégument pour en éclaircir le teint naturel, ou Dépigmentation Volontaire (DV), est très répandue les personnes à peau foncée, en particulier des femmes, qui lui prêtent généralement une motivation esthétique. L'intensité de la DV varie selon les produits, leur surface et leur fréquence d'application. A l'extrême, l'usage quotidien de substances dépigmentantes diverses sur le corps entier engendre des complications inesthétiques, telles que dyschromies et vergetures, qui s'opposent à l'embellissement recherché. Mais ce résultat paradoxal est rarement dissuasif : les problèmes majeurs engendrés par la DV sont souvent liés à la difficulté qu'éprouvent certains utilisateurs à interrompre leur pratique intensive, alors même qu'ils en perçoivent les effets néfastes. Cette attitude répond à la définition simplifiée que Goodman donne du comportement addictif (1). Cela nous a incités à explorer un possible caractère addictif de la DV, comme il a été suggéré pour d'autres pratiques corporelles telles que le bronzage (2).

Matériel et Méthodes: A). Dans une première enquête qualitative, des entretiens collectifs semi-directifs avec des femmes africaines ont été analysés pour étudier l'application à la DV de chacun des critères d'addiction de Goodman (1). B). Une seconde enquête, quantitative, transversale et monocentrique, a recherché une corrélation entre l'utilisation de cosmétiques en vue d'éclaircir le teint et une échelle de dépendance à ces substances. Un autoquestionnaire anonyme était distribué pendant un mois à tous les adultes consultant dans un centre de dermatologie accueillant des patients de toutes origines. Les questions portaient sur l'âge et le sexe, les pratiques cosmétiques, leurs effets attendus et la perception de leurs résultats. Une liste de 17 motifs d'utilisation était proposée, parmi lesquels la recherche d'une peau plus claire. La « dépendance aux cosmétiques » était étudiée à partir d'un jeu de 4 critères (cosCAGE) adaptés des critères CAGE utilisés pour le dépistage de la dépendance à l'alcool et récemment pour le bronzage (2). Un score cosCAGE ≥ 2 était considéré comme signe de "dépendance aux cosmétiques".

Résultats

A) La comparaison de la DV avec une « drogue » ou « une addiction » a surgi spontanément chez les femmes interviewées ; la quasi-totalité des critères de Goodman pouvaient selon elles s'appliquer à la pratique.

B) 1500 questionnaires ont été distribués ; 794 ont été retournés parmi lesquels 759 étaient interprétables. 44 personnes (5,8%) ont déclaré utiliser des cosmétiques pour s'éclaircir le teint et 130 (17,1%) avaient un score cosCAGE ≥ 2 . 5 effets recherchés étaient associés à un score cosCAGE ≥ 2 en analyse univariée. En analyse multivariée, seuls les souhaits d'avoir une peau plus claire et plus belle étaient associés au cosCAGE ≥ 2 , avec des odds ratios respectifs de 3,0 (1,4-6,4) et 2,0 (1,3-3,2).

Discussion

D'une part, selon des femmes qui connaissent bien la DV pour l'avoir pratiquée elle-même ou observée dans leur entourage, cette pratique peut présenter les traits d'un comportement addictif. D'autre part, les critères cosCAGE suggèrent qu'il existe une forme de "dépendance aux cosmétiques" corrélée au désir de rendre la peau plus claire. Ces deux résultats confirment le caractère potentiellement addictif de la DV. Les limites méthodologiques des enquêtes seront discutées, de même que le concept d'"addiction sans drogue".

Conclusion

Ces premiers résultats justifient de porter un regard addictologique sur la DV, tant pour la prise en charge individuelle des patients que pour l'orientation des campagnes de prévention, qu'il faut peut-être diriger non contre la DV en général, mais spécifiquement contre une forme d'usage abusif et addictif.

Référence

1. Goodman A. Br J Addiction. 1990;85:1403-8. 2. Whartan MM, et al. Arch Dermatol 2005;141:963-6.

Le tacrolimus local est-il une option thérapeutique dans le pyoderma gangrenosum : analyse critique à partir d'un cas selon les méthodes de la médecine factuelle.

Le Cleach L*(1), Moguelet P(2), Perrin P(3), Chosidow O(4)

(1)Dermatologie, Centre Hospitalier Sud Francilien, Corbeil, (2)Anatomopathologie, Hôpital Tenon, (3)Dermatologie, Centre Hospitalier Sud Francilien, (4)Dermatologie, Hôpital Tenon, Paris, France

Introduction

Une démarche rigoureuse est nécessaire lorsqu'une situation clinique nécessite un choix thérapeutique inhabituel. Dans les Archives of Dermatology, la section Evidence Based Dermatology : « Critically Appraised Topic » propose des exemples de cette démarche. Ces étapes ont été suivies lors de la prise en charge d'une malade présentant un pyoderma gangrenosum (PG).

Observations

Une femme de 32 ans sans antécédent présentait une lésion de (PG) sur la face antérieure de la jambe depuis 5 mois. Le diagnostic avait été posé sur la présence d'une ulcération, douloureuse de 11 cm, parsemée de clapiers purulents. La culture d'une biopsie cutanée était négative. L'examen histologique était compatible avec le diagnostic. Aucune maladie associée n'avait été retrouvée (coloscopie notamment). Un traitement par clobetasol (Dermoval®) sous occlusion, a été appliqué 1X/J pendant 1 mois puis 1J/2. Sous ce traitement, la lésion avait partiellement cicatrisé laissant une cicatrice cribiforme associée à une atrophie cutanée et une hyperpigmentation sur la zone d'application du clobetasol et deux nouvelles lésions étaient apparues sur la même zone.

Une monothérapie par un inhibiteur local de la calcineurine, peut-elle être considérée comme efficace et ayant un bon profil de tolérance dans le traitement du pyoderma gangrenosum localisé ?

Une recherche dans Medline et Cochrane Controlled Trials Register jusqu'en avril 2009 avec les mots-clés « Pyoderma gangrenosum AND « tacrolimus OR pimecrolimus » a été faite.

Résultats

35 références étaient retrouvées sur Medline et 0 sur Central. Vingt-neuf ont été exclues. Les 6 publications restantes étaient: 1 étude non aveugle non randomisée (tacrolimus local (n=11) versus clobetasol) local dans le traitement de PG peristomiaux, une étude prospective non comparative non randomisée (n= 5) évaluant le tacrolimus local et 4 cas cliniques.

Sur les 21 malades traités par tacrolimus local seul : PG peristomial n=14, lésion unique de PG d'autre localisation n=7, taille moyenne de la lésion : 3.6 cm (DS 0.57 n=11), durée d'évolution avant le traitement : 19.2 semaines (DS 16.2 n=7), tacrolimus 0.3%, n=12 (1 x/J) et 0.1% n= 9 (1x/J n=7). La guérison complète était obtenue dans 13 cas. Le délai moyen de guérison était de 5.9 semaines (DS 2.6 n=13). Le dosage sérique du tacrolimus était en dessous des valeurs thérapeutiques dans les 12 cas où il a été dosé. Un tissu de granulation excessif était rapporté dans 11 cas. Aucun autre effet secondaire n'était rapporté.

Discussion

L'analyse des cas de PG traités par tacrolimus local seul montre une efficacité dans 6 cas sur 10 dont certains évoluaient depuis plusieurs mois et un bon profil de tolérance. L'absence d'essai randomisé contrôlé, comparant le tacrolimus local au placebo ou aux dermocorticoïdes ne permet pas d'obtenir un bon niveau de preuve de l'efficacité de ce traitement dans le PG, de connaître la taille de l'effet, d'avoir des données sur le schéma thérapeutique, d'apprécier la place de ce traitement par rapport aux dermocorticoïdes. Les deux biais majeurs des cas cliniques sont la non publication des cas n'ayant pas répondu au traitement et la sélection de cas considérés comme plus susceptible de répondre au traitement et donc non représentatif.

Conclusion

Après analyse des observations rapportées, et devant le résultat seulement partiel obtenu sous clobetasol local et l'apparition d'une atrophie cutanée dans la zone traitée, il a été décidé de traiter la malade par tacrolimus 0,1% local (Protopic®) 2 applications par jour. Une cicatrisation complète a été obtenue en 6 semaines. Aucune récurrence n'a été observée 7 mois après l'arrêt du traitement.

Références

Affleck AG, Williams H. Is leflunomide effective in the treatment of psoriasis in a patient who is unable to benefit from standard first- and second-line therapies and needs an affordable treatment option? Arch Dermatol. 2008;144:1642-3

CAS CLINIQUES

Deux cas de Toxidermie au Lamictal® par erreur de délivrance du Lamisil®

A.Lasek-Duriez¹, A.Duparc¹, C.Gros¹, E.Delaporte², P.Modiano¹.

¹ Service de Dermatologie, Hôpital Saint Vincent de Paul, Université Catholique de Lille, Boulevard de Belfort, 59020 Lille

² Clinique Dermatologique, Hôpital Claude Huriez, CHRU Lille.

Nous rapportons un cas de toxidermie sévère de type nécrolyse épidermique toxique (NET) et un cas d'exanthème maculopapuleux chez une jeune fille de 15 ans après erreur de délivrance du Lamisil® (terbinafine) remplacé par du Lamictal® (lamotrigine)

Une jeune fille de 16 ans était adressée aux urgences pour fièvre à 40°C, altération de l'état général, ulcérations muqueuses et exanthème maculopapuleux diffus évoluant rapidement vers un décollement cutané atteignant plus de 80% de la surface corporelle. A l'interrogatoire, elle signalait prendre un médicament prescrit par son médecin traitant sur une ordonnance manuscrite pour une onychomycose : le Lamisil® 250 mg 1cp/ jour débuté 15 jours auparavant. En examinant la boîte, il s'agissait en réalité du Lamictal® 100 mg 1 cp/jour que lui avait délivré la pharmacie. Après 3 semaines passées en réanimation avec soins locaux intensifs et immunoglobulines en intraveineux, l'évolution a été lentement favorable avec persistance de séquelles pigmentées et psychologiques. Trois mois plus tard, une autre jeune fille âgée de 15 ans était adressée dans le service pour une toxidermie de type exanthème maculo papuleux secondaire à la prise de Lamisil®, prescrit par son médecin traitant sur une ordonnance informatisée pour une mycose plantaire. La pharmacie avait délivrée par erreur du Lamictal® 50 mg 1 cp/ jour. La lamotrigine (Lamictal®) est un antiépileptique de nouvelle génération fréquemment utilisé. Des réactions cutanées sont décrites dans près de 10% des cas, généralement à type d'éruption cutanée bénigne, mais le risque de toxidermie grave existe, favorisé par des posologies initiales trop élevées ou une augmentation trop rapide des doses. Le risque de confusion entre Lamisil® et Lamictal® a déjà été rapporté mais semble sous-estimé. La délivrance de ces deux molécules doit inciter à la plus grande vigilance de la part des professionnels de santé. La bonne lisibilité des ordonnances, la notification de la dénomination commune internationale, la vérification de l'indication pour laquelle le médicament est prescrit et l'information du patient pourraient permettre d'éviter cette erreur.

Le risque de confusion entre Lamisil® et Lamictal® doit être connu et inciter à la plus grande vigilance lors de leur prescription comme de leur délivrance.

Efficacité des diurétiques dans la prise en charge thérapeutique de la maladie de morbihan : trois cas

Messikh R*(1), Bennani B(1), Pelletier F(1), Puzenat E(1), Aubin F(1), Humbert P(2)

(1)Dermatologie, CHU St Jacques, Besan, (2)Dermatologie, CHU St Jacques, Besancon, France

Introduction: La maladie de Morbihan, encore connue sous le nom d'œdème facial persistant solide est une affection peu fréquente mais qui pose un véritable problème de prise en charge thérapeutique. Actuellement, elle est considérée comme un lymphoedème centrofacial chronique, secondaire à une obstruction lymphatique par un granulome péri lymphatique.

Observations

Trois hommes, âgés respectivement de 38, 66 et 67 ans, suivis pour maladie de Morbihan invalidante, évoluant respectivement depuis 2, 5 et 8 ans, présentaient un œdème infiltré, touchant la face et prédominant sur les paupières. Le diagnostic était retenu selon des critères cliniques et paracliniques, après exclusion d'un certain nombre de diagnostics différentiels (lupus cutané chronique, sarcoïdose, pathologie infectieuse chronique, démodécie faciale et enfin rosacée granulomateuse). La biopsie cutanée concluait à un aspect peu évocateur de lupus érythémateux chez le premier et le dernier patient et à une rosacée probable chez le deuxième patient. L'IFD retrouvait chez tous les malades un marquage discontinu et de faible intensité d'IgG et C1q au niveau de la jonction dermo-épidermique. Une diathèse autoimmune était retrouvée chez les deux derniers patients, sans répondre aux autres critères de lupus. Après plusieurs échecs thérapeutiques (cyclines, antipaludéens de synthèse, danatrol, métronidazole, corticoïdes systémiques, et isotrétinoïne), ces patients ont reçu un traitement par diurétiques : furosémide à la dose de 60 mg/j chez les deux premiers malades, et de façon alternative chez le troisième patient avec le spironolactone 75 mg deux fois/j. Ils étaient revus un mois plus tard puis tous les trois mois. Résultats (facultatif pour poster): Nous avons constaté une régression quasi totale voire complète de l'œdème avec un recul allant de quatre mois à 14 ans. A aucun moment les thérapeutiques antérieures n'avaient abouti à un tel résultat. Aucun effet secondaire n'a été rapporté.

Discussion

Nous rapportons pour la première fois l'efficacité du traitement par diurétiques de la maladie de Morbihan. Il s'agit d'une affection décrite pour la première fois par DEGOS en 1957, caractérisée par un œdème érythémateux chronique facial et des paupières et par l'absence d'éléments positifs aux différentes investigations. Son étiologie est mal connue. Différentes hypothèses ont été émises. En effet, elle est considérée par certains comme une rare complication de la rosacée. La formation de granulome épithélioïde périlymphatique pourrait être à l'origine d'une obstruction lymphatique par compression et dommage des lymphatiques.

Les traitements proposés dans la maladie de Morbihan sont : le thalidomide à 100 mg/j compte tenu de son efficacité chez 3 patients sur 5 dans la série de Laugier et al, l'isotrétinoïne justifié devant son efficacité sur l'œdème dur facial consécutif à une acné, le danatrol, les antipaludéens de synthèse, la corticothérapie générale, la clofazimine, de part leur effet sur l'œdème dur facial du syndrome de Melkerson Rosenthal. Enfin, la blépharoplastie par excision chirurgicale ou laser CO2 dans les formes réfractaires au traitement médical est parfois proposée.

Chez nos trois patients, cette efficacité est liée au mode d'action de cette classe thérapeutique sur les lymphoedèmes chroniques, corroborant ainsi avec les données des différentes hypothèses étiopathogéniques l'hypothèse d'un lymphoedème cutané chronique.

Conclusion

Le traitement par diurétique est une alternative thérapeutique à considérer dans cette maladie de Morbihan affichante et invalidante.

Références

1. Laugier P, Gilardi S. L'œdème chronique facial supérieur. Ann Dermatol Venereol 1981 ;108 :507-13.
2. Nagasaka T, Koyama T, Matsumura K, Chen KR. Persistent lymphoedema in Morbihan disease: formation of perilymphatic epithelioid cell granulomas as a possible pathogenesis. Clin Exp Dermatol 2008;33:764-7.

Mycobactériose cutanée à *M. haemophilum* sous methotrexate et adalimumab.

Biron A C(1), Perrot J L*(1), Labeille B(1), Cambazard F(1)

(1)service de Dermatologie, CHU de Saint-Etienne, saint-Etienne Cedex 2, France

Introduction

Les mycobactérioses atypiques cutanées sont des infections transmises par des mycobactéries non tuberculiniques. Leur présentation clinique n'est pas spécifique mais le contexte d'immunosuppression doit alerter. Le diagnostic repose sur l'examen bactériologique fait sur prélèvement cutané de bonne qualité.

Nous rapportons le cas d'une mycobactériose cutanée à *Mycobacterium haemophilum* chez une patiente sous traitement immunosuppresseur associant corticothérapie générale, méthotrexate (MTX) et Adalimumab.

Observations

Une patiente de 71 ans aux antécédents d'hypertension artérielle et de polyarthrite rhumatoïde traitée par corticothérapie générale au long cours et MTX, présente une recrudescence des poussées inflammatoires de sa maladie rhumatismale nécessitant l'introduction en Juillet 2007 d'Adalimumab. En mai 2008, elle consulte pour l'apparition rapidement progressive de nodules des membres inférieurs violacés, douloureux, s'ulcérant secondairement à la peau. Le bilan biologique ne retrouve qu'un syndrome inflammatoire modéré avec CRP à 38. Devant la suspicion de toxidermie ou de vascularite, l'adalimumab puis le MTX sont arrêtés. Les deux premières biopsies cutanées retrouvent des signes indirects d'hypodermite aigue sans argument pour une mycobactériose. Compte tenu de l'absence d'amélioration, cet examen est renouvelé et met en évidence de BAAR. L'analyse bactériologique confirme la présence de *Mycobacterium haemophilum*. L'évolution est favorable sous Bi-antibiothérapie associant un macrolide et une fluoroquinolone pendant 3 semaines.

Conclusion

Les mycobactérioses atypiques cutanées sont dues des bactéries animales (*M.avium*, *M.marinum*...) mais aussi saprophytes (*M.Chelonae*, *M.Gordonae*...). Elles surviennent le plus souvent dans un contexte d'immunosuppression locale (cavités pulmonaires résiduelles) ou générale de nature pathologique (HIV) ou thérapeutique.

La présentation clinique dermatologique est variée (tableau I) mais souvent non spécifique. La chronicité des lésions et le contexte clinique doivent alerter et faire réaliser un examen histologique avec analyse bactériologique. Cependant, il existe souvent un retard diagnostique par « négativité » des prélèvements. Les biopsies doivent donc être profondes et itératives en cas de tableau évocateur.

Le traitement est difficile, ne faisant pas l'objet d'un consensus. Il existe une résistance connue aux antituberculeux et on propose communément une poly antibiothérapie associant un macrolide et une fluoroquinolone d'au moins 3 semaines.

Le risque de survenue de Tuberculose sous biothérapie est bien connu et a fait l'objet de recommandations. Quelques cas de mycobactérioses atypiques extra cutanées notamment pulmonaire, sont rapportés sous etanercept et infliximab. Un cas de Mycobactériose cutanée à *M.chelonae* sous adalimumab a été récemment décrit.

On assiste depuis plusieurs années, à une croissance de l'utilisation des biothérapies notamment dans leurs indications dermatologiques, sans que l'on connaisse la conséquence sur l'incidence de ces mycobactérioses cutanées, comme extra cutanées. Il semble donc nécessaire de surveiller attentivement les patients immunodéprimés au long cours et de déclarer tout évènement infectieux intercurrent en pharmacovigilance.

Toxidermie bulleuse sévère au pemetrexed.

Dhaille F*(1), Christophe O(1), Thielen S(2), Dadban A(2), Lheureux N(3), Chaby G(1), Chassine A(1), Lok C(1)

(1)Dermatologie, (2)Pneumologie, (3)Pharmacovigilance, CHU d'Amiens, Amiens, France

Introduction

Le pemetrexed (Alimta®) est un agent anti-folique utilisé dans le traitement du mésothéliome et du cancer bronchique non à petites cellules (CNAPC). Nous rapportons un cas de toxidermie bulleuse sévère à l'Alimta®.

Observations

Un homme de 69 ans était suivi pour un CNAPC métastatique depuis 1 an. Il avait reçu 6 cures de carboplatine et vinorelbine, suspendues en raison de la progression d'un épanchement pleural droit et d'une mauvaise tolérance hématologique. Une 2ème ligne de chimiothérapie par pemetrexed était débutée. Une prémédication était réalisée par vitamine B12, acide folique et solupred. Le patient bénéficiait d'un traitement par ondansétron et métoclopramide en post cure. A J3 de la première cure était apparue une éruption maculo-papuleuse débutant sur le visage et le décolleté d'évolution descendante associée à une hyperthermie à 38°5 motivant l'introduction d'une bi antibiothérapie probabiliste par amoxicilline-acide clavulanique et ciprofloxacine. Le patient était admis aux urgences 5 jours après devant la persistance de l'hyperthermie et l'extension des lésions cutanées. Le patient

présentait une éruption érythémato-purpurique par endroit bulleuse et nécrotique du visage, du tronc et des membres avec atteinte des plis inguinaux et axillaires. Il présentait des lésions érosives buccales. Le bilan biologique retrouvait une pancytopenie et un syndrome inflammatoire. L'examen histologique d'une lésion bulleuse était compatible avec une toxidermie bulleuse montrant un clivage dermo-épidermique et des nécroses kératinocytaires, l'immunofluorescence était négative. L'ensemble des prélèvements bactériologiques était négatif. L'évolution était défavorable avec extension progressive des placards purpuriques et des lésions bulleuses et persistance de la fièvre. Le patient décédait malheureusement brutalement des suites d'une décompensation sévère d'une cardiopathie préexistante.

Discussion

Le pemetrexed est utilisé depuis 2004 en 1ère ligne de traitement du mésothéliome associé au cisplatine, et depuis 2008 dans le CNAPC métastatique, associé au cisplatine en 1ère ligne, ou seul en seconde ligne de traitement. Les principaux effets secondaires cutanés rencontrés sont des "rashes" ou réactions urticariennes. Un cas de nécrolyse épidermique toxique(1) est décrit dans la littérature, survenant 15 jours après la 2ème cure de pemetrexed, au cours d'une 2ème ligne de chimiothérapie pour CNAPC. Après consultation de la base nationale de pharmacovigilance, on note 4 notifications spontanées de toxidermies purpuriques et/ou bulleuses, survenant entre 4 et 19 jours après la 1ère cure. Chez notre patient, l'absence d'autre cause expliquant l'éruption fait évoquer une toxidermie au pemetrexed. En effet, une cause infectieuse était éliminée et les médicaments introduits avant l'éruption ne sont pas connus pour induire de telles réactions cutanées. L'évolution clinique nous fait évoquer un syndrome de Lyell.

Conclusion

Le pemetrexed, nouvel agent anti folique utilisé dans le CNAPC et le mésothéliome, semble pourvoyeur de toxidermies sévères bulleuses ou nécrotiques dès la première cure.

Référence

1). Tummino C, Barlesi F, Tchouhadjian C, Tasei AM, Gaudy-Marqueste C, Richard MA, Astoul P. [Severe cutaneous toxicity after Pemetrexed as second line treatment for a refractory non small cell lung cancer]. Rev Mal Respir. 2007;24(5):635-8.

Nécroses digitales sous gemcitabine

LEGER S*(1), JENNESSEAU I(1), CARRE D(1), VERDIER C(2), NOBLET C(3), BRAVARD P(1)

(1)Dermatologie, Hôpital Jacques Monod, Montivilliers, (2)Dermatologie, Cabinet libéral, LE HAVRE, (3)Pharmacovigilance, Hôpital Charles Nicolle, ROUEN, France

Introduction

La gemcitabine est un dérivé pyrimidinique utilisé dans le traitement de nombreux cancers. Ses effets secondaires vasculaires sont variés (microangiopathie thrombotique, maladie veino-occlusive pulmonaire et hépatique,...). L'ischémie digitale est un effet indéniable rare. Nous rapportons un cas de nécroses digitales après chimiothérapie par gemcitabine et oxaliplatine (GEMOX®).

Observations

Un homme de 52 ans, tabagique à 35 PA, est hospitalisé pour l'apparition brutale le 11/12/08 de nécroses cutanées des orteils. Il est suivi depuis l'âge de 7 mois pour des épisodes de purpura nécrotique des extrémités déclenchés par le froid et l'humidité, sans phénomène de Raynaud associé. Il est traité pour un cholangiocarcinome hépatique diagnostiqué en octobre 2008 par chimiothérapie de type GEMOX®. Trois semaines après le début du traitement apparaissent des lésions purpuriques nécrotiques des membres inférieurs, du dos des mains et des oreilles, avec nécroses digitales des orteils et plantaires. Le patient est apyrétique et le reste de l'examen clinique est normal. Il existe un syndrome inflammatoire avec hyperleucocytose à 11000/mm³, CRP à 163mg/l. Il n'y a pas de thrombopénie, d'atteinte rénale, de thrombophilie, ni de cryoglobulinémie ou de cryofibrinogène. Les sérologies VHC et VHB sont négatives. L'échographie cardiaque est normale. La biopsie cutanée confirme l'existence d'un purpura thrombotique avec vascularite à minima, avec en immunofluorescence directe des dépôts dermiques discrets d'IgM, C3, C4 et des dépôts discrets d'IgA et C1Q sur quelques capillaires dermiques superficiels.

L'évolution est favorable après arrêt de la chimiothérapie, repos au chaud, traitement vasodilatateur par buflomédil, voluven et nifédipine, corticothérapie IV et soins locaux. Les corticoïdes sont arrêtés après une semaine en raison de la survenue d'une septicémie à E. Coli de point de départ digestif. Une IRM hépatique début janvier montre une progression de la lésion tumorale. Une deuxième ligne de chimiothérapie par 5-fluorouracil et oxaliplatine (FOLFOX®) est débutée fin février sans récurrence des

nécroses.

Discussion

Notre patient présente un tableau de vascularite nécrosante survenant sur un terrain de vasculopathie non étiquetée et dans un contexte de néoplasie évolutive. Une toxicité médicamenteuse est retenue devant la survenue des lésions dans un délai très suggestif après la chimiothérapie et l'amélioration des symptômes à son arrêt. La gemcitabine apparaît plus imputable que le carboplatine en raison de l'absence de récurrence après reprise d'une seconde ligne de chimiothérapie par FOLFOX® et au vu de la littérature. Douze autres cas d'ischémies acrales après chimiothérapie par gemcitabine ont été retrouvés dans la littérature. Le carboplatine est retrouvé en association dans 8 cas sur 12. Chez 3 patients, il existait un terrain de vasculopathie avec deux sujets atteints de sclérodémie systémiques et un de maladie de raynaud. La néoplasie sous-jacente était évolutive dans deux cas et l'imputabilité de la gemcitabine pouvait être discutée. Dans notre observation, l'amélioration prolongée et durable des symptômes alors que la néoplasie était évolutive et nous incite à écarter un syndrome paranéoplasique.

Conclusion

Nous rapportons un nouveau cas de nécroses digitales sous gemcitabine. Il s'agit d'un effet secondaire rare et probablement sous-estimé de la gemcitabine. Une vasculopathie préexistante pourrait être un facteur favorisant la survenue d'une telle toxicité et des précautions d'utilisation pourraient s'avérer utiles.

Références

1. Blaise S, Appeltants H, Carpentier P-H, Debru J-L. Ischémie digitale et gemcitabine. Journal des Maladies Vasculaires, 2005 ; 30 : 53-57.
2. Yildiz R, Coskun U, Kaya AO, Ozturk B, Yaman E. Digital ischemic changes after gemcitabine therapy in a patient with metastatic non-small-cell lung cancer. Ann Pharmacother, 2007; 41(5) : 901-2.

Erythème polymorphe de contact aux huiles essentielles

Blom A*(1), Alexandre M(1), Bouaziz J(2), Caux F(1), Laroche L(1)

(1)Dermatologie, Hôpital Avicenne, Bobigny, (2)Dermatologie, Hôpital Henri Mondor, Créteil, France

Introduction

L'érythème polymorphe (EP) est une éruption en cocardes traduisant une hypersensibilité retardée à un allergène, habituellement présenté par voie systémique (médicament ou agent infectieux). Plus rarement, la voie de pénétration de l'allergène est transcutanée et les produits habituellement incriminés sont des médicaments topiques. Nous rapportons un cas d'EP secondaire à l'application topique d'huiles essentielles.

Observations

Un jeune homme de 21 ans sans antécédent notable, en particulier d'herpès, consultait pour un érythème en nappes du scrotum, de la verge et du pubis, oedémateux et suintant, associé à de multiples lésions en cocarde du tronc et des membres supérieurs, parfois bulleuses en leur centre. Il ne présentait pas de lésion muqueuse. L'éruption avait débuté 8 jours auparavant par de lésions prurigineuses des organes génitaux, s'étendant en 4 jours au pubis et à la face interne des cuisses. Les papules en cible étaient apparues à distance à partir du 7ème jour. L'interrogatoire retrouvait pour seule prise médicamenteuse des comprimés de Strepils® (amylmétacrésol, alcool dichlorobenzyle) pour une douleur pharyngée 10 jours avant l'éruption. Une application locale d'huiles essentielles sur le scrotum à but esthétique avait également eu lieu 2 jours avant l'apparition des premières lésions cutanées. La biopsie cutanée montrait un épiderme décollé, siège d'une nécrose ischémique avec foyers d'apoptose kératinocytaire, et un infiltrat inflammatoire discret du derme superficiel. L'immunofluorescence directe était négative. La sérologie M. pneumoniae était négative. Le diagnostic d'eczéma de contact suivi d'un EP induits par les huiles essentielles était posé.

Discussion

Notre patient présentait des lésions du tronc et des membres en cocarde typiques d'EP et des lésions érythémateuses suintantes prurigineuses des régions génitales évocatrices d'eczéma. En l'absence d'étiologie virale ou bactérienne, cet EP semble attribuable à l'application génitale d'huiles essentielles. Malheureusement, l'imputabilité des huiles essentielles n'a pu être formellement établie car le produit utilisé par notre patient n'était pas disponible pour effectuer des tests épicutanés. L'EP de contact est une réaction d'hypersensibilité très rare, liée à la pénétration percutanée de l'allergène, soit sans effraction de la barrière cutanée, soit par le biais d'un eczéma de contact comme chez notre malade. Il n'a été décrit que

pour une dizaine de produits, principalement des médicaments (AINS, corticoïdes, nitrés, diphenylcyclopropanone) et des produits chimiques industriels (bisphénol, costulonide). Plus récemment, plusieurs végétaux ont pu être incriminés, soit par contact direct pour certaines plantes et bois exotiques, soit par l'intermédiaire d'une préparation artisanale aqueuse dans un contexte de médecine "douce". Il s'agit ici de la 3ème observation d'EP aux huiles essentielles, extraits purifiés obtenus par distillation de feuilles de plantes. Dans les deux autres cas, comme chez notre patient, les lésions en cocarde étaient précédées d'un eczéma de contact. Il semble que ce-dernier augmente l'absorption percutanée de l'allergène, entraînant la production de complexes immuns et favorisant le développement de l'EP.

Conclusion

Nous rapportons le 3ème cas d'EP de contact aux huiles essentielles. Il est essentiel pour les dermatologues de connaître cet effet secondaire rare induit par des produits actuellement très en vogue aussi bien en cosmétologie qu'en médecine alternative.

Références

- Puig L, Alomar A, Randazzo L, et al. Erythema multiforme-like reaction caused by topical application of Thuja essential oil. *Am J Contact Dermat* 1994; 5: 94-97.
- Khanna M, Qasem K, Sasseville D. Allergic contact dermatitis to tea tree oil with erythema multiforme-like id reaction. *Am J Contact Dermat* 2000; 11(4): 238-42.