

SÉANCE DU JEUDI 12 MAI 2005. MATIN

THÈME : MÉDECINE INTERNE, MALADIES AUTO-IMMUNES ET ALLERGIES

ORATEUR INVITÉ : Pr Hermine, Hôpital Necker Paris

Mastocytoses – Quoi de neuf ?

COMMUNICATIONS

– Stomatodynies : enquête allergologique dans une série rétrospective de 33 malades

L. MACHET (1), S. LE DU (1), A. BERNEZ (1),
F. DJILAL (1), M. PILLETTE (2),
B. HÜTTENBERGER (3), L. VAILLANT (1)(1) Service de dermatologie, (2) Consultation
de dermatoallergologie, .(3) Consultation de Pathologie Buccale,
Centre Hospitalier Universitaire, Tours.

Introduction. Les stomatodynies sont des douleurs de la cavité buccale sans cause organique visible. Les principales causes sont le syndrome de Gougerot-Sjögren et les autres causes de syndrome sec et les causes psychogènes. Des tests épicutanés orientés par l'interrogatoire et l'examen, peuvent être réalisés, pour mettre en évidence une allergie chez ces patients demandeurs de trouver une cause et un soulagement à leur douleur [1].

Matériel et méthodes. Nous avons à partir du fichier informatique extrait les 33 dossiers de patients qui avaient été vus en consultation de pathologie buccale entre 1996 et 2003 puis adressés après une ou plusieurs consultations pour chercher une cause allergique. Outre la batterie standard posée à tous les patients, nous avons testé des batteries additionnelles : dentisterie (n = 29), arômes (n = 15), conservateurs (n = 3), métaux (n = 3), plastiques et colles (n = 3).

Résultats. Ces 33 patients (11 hommes, 22 femmes) sont âgés de 60 ans en moyenne (extrêmes 13-81). L'examen endobuccal a montré l'existence de prothèses chez 10 patients, d'un appareillage d'orthodontie chez une patiente, d'un lichen 1 fois, d'aphtes 2 fois, d'un énanthème 4 fois. Un syndrome sec buccal était noté chez 11 patients, des troubles psychiatriques chez 4 patients.

15 patients ont eu test positif, avec un total de 32 tests positifs. Par ordre de fréquence les métaux et dérivés mercuriels (sels de nickel n = 4, de chrome n = 3, de palladium n = 2, de cobalt n = 1, d'or n = 1, mercure n = 1, phenylmercuric acétate n = 2, thiomersal n = 2), les colles (acrylates n = 4). Ces tests étaient pertinents chez 7 patients, et reliés aux prothèses métalliques ou aux résines. Le baume du Pérou était positif 4 fois, associé chez une patiente au fragrance mix, aux essences de citron et de clou de girofle, et le fragrance mix était positif une autre fois, de manière isolée. Ceci pouvait témoigner de l'existence d'une allergie par contact aux arômes (baume du Pérou, vanilline, dérivés cinnamiques, etc), mais la stomatodynie de ces patients était quotidienne, non rythmée par l'alimentation, et ces tests ont été jugés non pertinents. Les tests avec les produits personnels (dentifrices, antiseptiques buccaux) ont toujours été négatifs, sauf 1 fois avec la résine d'une prothèse. Chez 1 patient atteint de stomatodynie de type III (non permanente, avec des épisodes aigus, suivis de rémission), les batteries standard, des dentistes, et des arômes étaient négatives, mais l'interrogatoire a permis de suspecter la moutarde, dont le prick test était positif.

Discussion. Dans cette étude les tests épicutanés ont montré une sensibilisation aux prothèses (métaux et résines) dans 21 % des stomatodynies. La sensibilisation aux mercuriels n'a jamais été tenue pour responsable des douleurs des patients.

Dans la littérature, on trouve peu d'études. Les stomatodynies de type I (quotidiennes avec augmentation progressive au cours de la journée) et de type II (permanentes) ne sont pas habituellement expliquées par une cause allergique ; la principale étiologie est alors un syndrome sec ou une cau-

se psychiatrique [1]. En revanche, dans les stomatodynies de type III l'enquête allergologique, orientée par l'interrogatoire peut être utile pour chercher une cause, principalement alimentaire ou prothétique [2].

Conclusion. L'enquête allergologique ne doit pas être systématique chez les patients atteints d'une stomatodynie de type I ou II. Elle est utile pour les stomatodynies de type III, et aussi quand une dermite de contact au matériel endobuccal ou aux aliments est constatée ou suspectée à l'examen clinique.

Références

1. Zakrzwska JM. The burning mouth syndrome remains an enigma. Pain 1995;62:253-7.
2. Lamey PJ, et al. Type 3 burning mouth syndrome: psychological and allergic aspects. J Oral Pathol Med 1994;23:216-9.

– Nouvelle approche de la prévention de la lucite estivale bénigne : un topique associant des filtres anti UVA (SPF 15) à des antioxydants

M. JEANMOUGIN (1), J.-L. PEYRON (2),
P. THOMAS (3), J.-C. BEANI (4), N. BACHOT (5)

- (1) Dermatologie, Hôpital Saint Louis, Paris.
- (2) Dermatologie, CHU, Montpellier.
- (3) Dermatologie, CHU, Lille.
- (4) Dermatologie, CHU, Grenoble.
- (5) Dermatologie, Laboratoires dermatologiques Eucerin, Savigny le Temple.

Introduction. La lucite estivale bénigne (LEB) est une pathologie fréquente pour laquelle le rôle de la photoxydation induite par les UVA est considérée comme essentielle dans la physiopathogénie. Habituellement une photoprotection avec indices élevés (SPF 60) est préconisée. Une nouvelle approche associant des filtres solaires (SPF15) efficaces principalement sur les UVA (butyl méthoxydibenzoylméthane, éthylhexyl triazone) et d'antiradicalaires puissants (alpha-glucosyl-rutin flavonoïde d'origine botanique et acétate de

tocophérol) topiques a été démontrée efficace pour la prophylaxie de la lucite estivale bénigne dans une étude de photoprovocation randomisée en double aveugle contre filtres UVA et UVB (SPF15) seuls et placebo [1]. Notre étude propose d'évaluer cette association pour des cas de LEB typiques en exposition solaire réelle.

Matériel et méthodes. Inclusion par des dermatologues français dans une étude prospective ouverte multicentrique de sujets présentant une lucite estivale bénigne typique, ayant subi trois poussées de LEB dont une l'année précédente. Application du topique toutes les deux heures dès la première exposition estivale. Aucun traitement topique ou oral présumée efficace dans la LEB était associé. Evaluation clinique par le dermatologue au décours de la période estivale.

Résultats. Sur les 52 observations, deux patients ont interrompu le protocole dont un pour effet secondaire (eczéma de contact). Les épisodes antérieurs de LEB étaient qualifiés de fort dans 38 cas et de faible dans les 12 autres cas. En fin d'étude après application de la protection on notait une absence totale d'apparition dans 68 % des cas et des lésions modérées dans 18 % des cas. Au total l'efficacité jugée par les dermatologues était retrouvée dans 80 % des cas. Le prurit (50 cas) a disparu complètement dans 72 % des cas. Il a été qualifié d'insupportable dans 3 cas seulement (26 cas en pré-inclusion) et supportable dans 11 cas. Les sensations de brûlure (23 patients) ont totalement disparu dans 78 % des cas. La photoprotection avec un SPF 15 a été efficace avec une diminution de 60 % des coups de soleil par rapport à l'année précédente.

Discussion. Actuellement, la prévention non médicamenteuse de la LEB repose sur l'utilisation de produits antisolaires à forts indices de protection, attitude justifiée par des études de photoprovocation [2] mais ne reposant pas sur des essais cliniques en conditions réelles.

L'étude de photoprovocation en double aveugle [1] avait permis de démontrer l'intérêt de l'association d'an-

tioxydants topiques à un filtre solaire d'indice 15 par rapport au filtre solaire seul pour la prévention de la LEB. Les excellents résultats d'efficacité de notre étude en conditions réelles renforcent le niveau d'efficacité de cette association ; cependant, l'interprétation des résultats d'une étude ouverte sur la prévention de la LEB doit rester modeste.

Conclusion. La possibilité d'utilisation d'indices de protections UVB plus faibles associée à des antioxydants puissants est une nouvelle approche pour la prévention de la LEB, d'autant que l'utilisation d'un SPF moins élevé (facilité d'étalement et d'absorption) peut permettre une meilleure observance dans le renouvellement des applications, gage de l'efficacité d'un traitement topique dans la LEB.

Références

1. Hadshiew I, Stäb F, Untiedt S, et al. Effects of topically applied antioxidants in experimentally provoked polymorphous light eruption. *Dermatology* 1997;195:362-8.
2. Ling TC, Gibbs NK, Rhodes LE. Treatment of polymorphic light eruption. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2003;19:217-27.

– Manifestations dermatologiques du syndrome des antiphospholipides

C. FRANCÈS, S. NIANG, E. LAFFITTE,
F. LE PELLETIER, N. COSTEDOAT, J.-CH. PIETTE
Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, 83,
boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris.

À partir de 200 cas consécutifs de syndrome des antiphospholipides (SAPL) vus en médecine interne, nous avons étudié la prévalence des diverses manifestations dermatologiques et leurs associations aux autres manifestations du SAPL. Tous les malades avaient les critères d'un SAPL défini, 100 avaient un SAPL primaire, 100 un SAPL associé à un lupus. Les manifestations dermatologiques ont été confirmées par un dermatologue et biopsiées si nécessaire.

Seules les manifestations en relation avec le SAPL ont été prises en considération. Cette relation était établie sur des données bibliographiques ou histologiques (mise en évidence

d'une thrombose). Les statistiques ont été faites en utilisant le test de Fisher, le chi2 et le test non paramétrique de Mann Whitney.

Des manifestations dermatologiques étaient présentes dans 49 % des cas, inaugurales dans 30,5 % des cas. Le livédo ramifié était la manifestation la plus fréquente, observée dans 25,5 % des cas. Une association significative a été constatée entre ce type de livédo et les accidents ischémiques cérébraux ou oculaires (OR : 10,8, CI 95 % 5,2-22,5), une épilepsie (OR : 6,5, CI : 2,6-16), tous les événements artériels (OR : 6, CI 95 % 2,9-12,5), un épaississement valvulaire échographique (OR : 7,3, CI 95 % 3,6-14,6), et une hypertension artérielle ($\geq 160-90$ mmHg) (OR : 2,9, CI 95 % 1,5-5,7). À l'opposé, le livédo ramifié était moins observé en présence d'accidents uniquement veineux (OR : 0,22 ; CI 95 % 0,1-0,5). Les autres manifestations dermatologiques observées étaient par ordre de fréquence les nécroses digitales (7,5 %), les hémorragies sous-unguéales (5 %), les phlébites superficielles (5 %), les ulcères post phlébitiques (4,5 %), les nécroses cutanées circonscrites (3,5 %), le purpura thrombopénique (3,5 %), les manifestations simulant une vasculite (3 %), les nécroses extensives (2 %) et l'anétodermie (2 %). La prévalence de ces manifestations était trop faible pour une étude statistique de corrélations avec les autres manifestations du SAPL.

En conclusion, les manifestations dermatologiques du SAPL sont fréquentes, souvent inaugurales. Le livédo ramifié est associé au phénotype artériel du syndrome.

– Dyspareunie traitée par vulvopérinéoplastie : 15 cas

C. CORVEN (1), C. FOUCHER (2), G. BODY (2),
L. MACHET (1), G. LORETTE (1)

(1) Service de Dermatologie, CHRU Trousseau, Tours.

(2) Service de Gynécologie obstétrique, Chru Bretonneau, Tours.

Introduction. Les dyspareunies sont un motif de consultation en dermatologie. Elles sont de causes variées ; elles peuvent notamment résulter