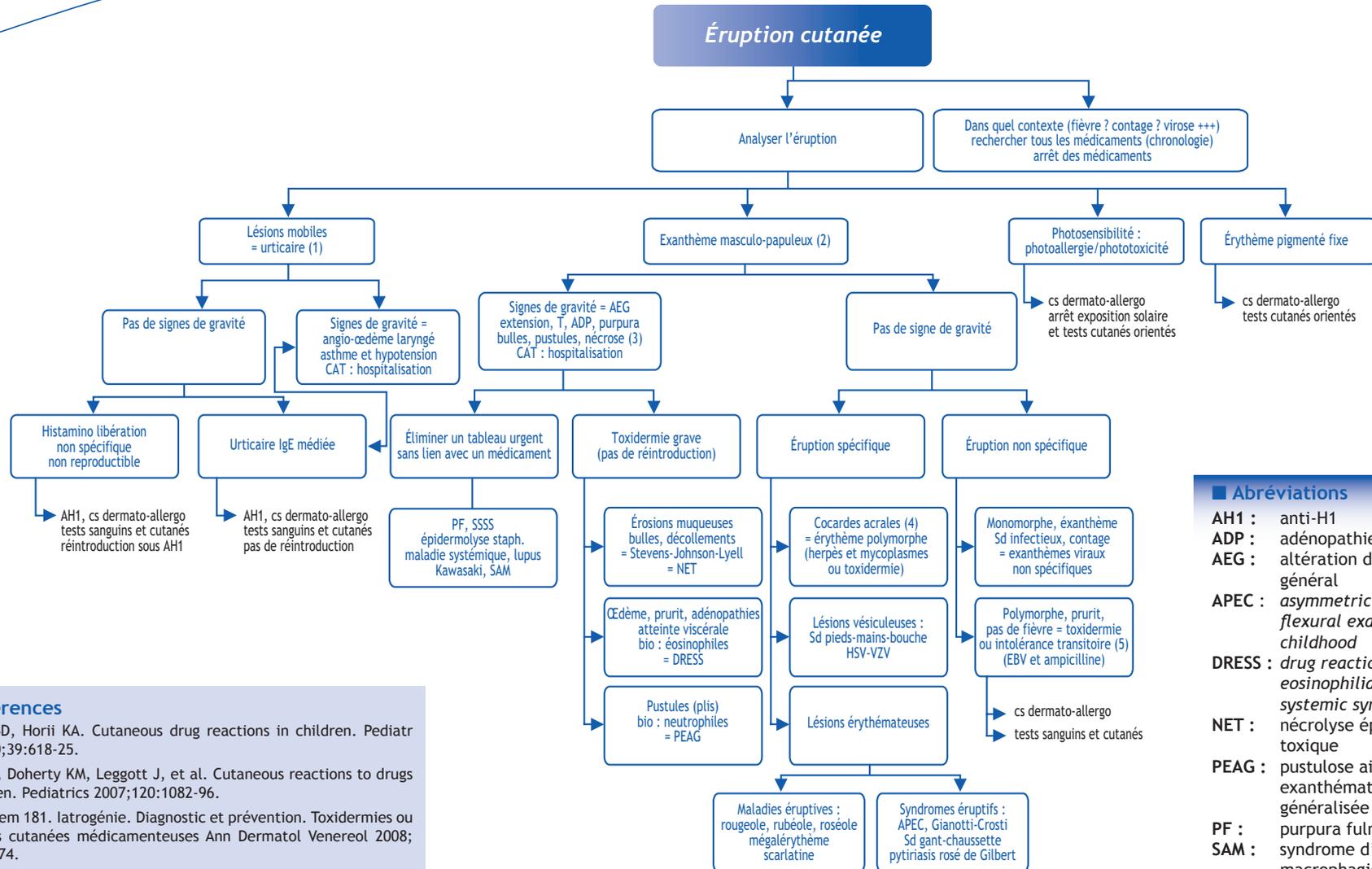


S. Mallet

Service de dermatologie, hôpital Timone, 264, rue Saint-Pierre, 13385 Marseille cedex 05, France

Correspondance.
e-mail : stephanie.mallet@ap-hm.fr



■ Abréviations

- AH1** : anti-H1
- ADP** : adénopathies
- AEG** : altération de l'état général
- APEC** : *asymmetric peri-flexural exanthem in childhood*
- DRESS** : *drug reaction with eosinophilia and systemic syndrome*
- NET** : nécrolyse épidermique toxique
- PEAG** : pustulose aiguë exanthématique généralisée
- PF** : purpura fulminans
- SAM** : syndrome d'activation macrophagique
- SSSS** : *staphylococcal scalded skin syndrom*

■ Références

- Newell BD, Horii KA. Cutaneous drug reactions in children. *Pediatr Ann* 2010;39:618-25.
- Segal AR, Doherty KM, Leggott J, et al. Cutaneous reactions to drugs in children. *Pediatrics* 2007;120:1082-96.
- CEDEF. Item 181. Iatrogénie. Diagnostic et prévention. Toxidermies ou réactions cutanées médicamenteuses *Ann Dermatol Venereol* 2008; 135:168-74.
- Barbaud A. Prise en charge globale des toxidermies. *Ann Dermatol Venereol* 2007;134:391-401.

■ Arbre diagnostique - Commentaires

(1) La survenue d'une urticaire pose toujours le problème de son origine : prise médicamenteuse (< 10 %) ou pathologie ayant nécessité cette prise ? La plupart des urticaires médicamenteuses (> 90 %) ne sont pas liées à une réaction allergique vraie, mais à un mécanisme pharmacologique non allergique par histamino-libération non spécifique. Dans ces cas, le bilan allergologique est inutile et une réintroduction sous couvert d'AH1 peut être proposée.

(2) L'érythème maculo-papuleux viral est difficile à distinguer d'une toxidermie :

- le polymorphisme de l'éruption (macules isolées morbiliformes, avec nappes scarlatiniformes et purpura pétéchial sur les membres), le prurit, l'absence d'évanthème et de fièvre, sont des arguments cliniques en faveur d'une toxidermie ;
- le contagio, le syndrome infectieux, l'évanthème et le monomorphisme de l'évanthème sont en faveur d'une maladie infectieuse (virale ou toxique).

(3) Signes de gravité devant un exanthème maculo-papuleux (tableau I) :

(4) La définition de l'érythème polymorphe est clinique :

- éruption en « cocardes » ou « cibles » (3 zones concentriques avec un centre inconstamment bulleux) ;

Signes cliniques	Conduite à tenir
Altération de l'état général	Surveillance si un seul signe
Extension à plus de 60 % de la surface cutanée	Hospitalisation
Fièvre > 38° C	si au moins 2 de ces signes
Adénopathies	
Hépatosplénomégalie	Hospitalisation
Douleurs cutanées ou muqueuses intenses	Hospitalisation
Œdème du visage fixe, prédominant aux paupières	Hospitalisation
Érosions muqueuses ou génitales	Hospitalisation
Bulles	Hospitalisation
Décollements cutanés ou induits (signes de Nikolski)	Hospitalisation
Présence d'un purpura	Hospitalisation
Présence de pustules microbienne	Hospitalisation

- distribution acrale (coudes, genoux, mains, pieds, visage) ;
- fréquence des lésions érosives muqueuses (définissant l'érythème polymorphe majeur) ;
- fréquence des récurrences.

La cause est souvent infectieuse (HSV, *Mycoplasma pneumoniae*), une cause médicamenteuse doit être également recherchée.

(5) Chez l'enfant, l'exanthème maculo-papuleux médicamenteux pose le problème particulier du diagnostic différentiel avec une éruption virale, et avec une intolérance transitoire à un médicament au décours d'une infection virale. C'est souvent le cas des éruptions observées chez l'enfant après la prise d'antibiotiques ou d'anti-inflammatoires non stéroïdiens au décours d'une infection de la sphère ORL. L'exemple le plus connu étant le rash après la prise d'ampicilline dans la mononucléose infectieuse.

(6) Principaux types cliniques de toxidermie et principaux médicaments inducteurs (tableau II).

Conflit d'intérêt

Aucun.

Tableau II

Principaux types cliniques de toxidermie, part des causes médicamenteuses, principaux diagnostics différentiels, délai caractéristique d'apparition et de disparition, risque vital et principaux médicaments inducteurs (à titre indicatif) (6).

Aspect clinique	Fréquence	Présentation clinique et critères diagnostiques	Part des causes médicamenteuses	Principaux diagnostics différentiels	Délai caractéristique d'apparition	Délai caractéristique de disparition	Risque vital	Médicaments inducteurs
Éruption érythémateuse maculo-papuleuse	(30-40 %)	Rash maculo-papuleux	10-20 %	Virose	4-15 jours	2-10 jours	0	B-lactamines, sulfamides, antituberculeux, anticomitiaux
Urticaire-angio-œdème	(20 %)	Prurit, papules ortiées fugaces, œdème profond ou muqueux	< 10 %	Allergie alimentaire, piqûre d'insecte, déficit en C1 inhibiteur	Quelques minutes à quelques heures	Quelques heures à quelques jours	< 5 %	Pénicillines, AINS
Anaphylaxie	Rare	Urticaire brutale, angio-œdème, asthme, hypotension	30 %	Allergie alimentaire, piqûre d'insecte	Quelques minutes	Quelques heures à quelques jours	5 %	Pénicillines
Pseudo-maladie sérique	Très rare	Éruption morbiliforme, urticarienne ecchymotique, fièvre, arthralgies et adénopathies		Maladie sérique	1 à 3 semaines	Quelques semaines	< 5 %	Céfaclor
Érythème pigmenté fixe (EPF)	Rare	Macules érythémateuses ou violacées parfois bulleuses, récidivant au même endroit lors des prises ultérieures	Toujours	Uniquement médicamenteux	30 min à 4 jours	1 semaine, mais pigmentation persistante	< 1 %	Pénicillines, sulfamides, paracétamol, acide salicytique, AINS, cyclines
Photosensibilité (phototoxicité et photo-allergie)	Rare	Érythème photodistribué, bulles du dos des mains Eczéma aigu en zone photo-exposée	Majeure	Lupus, porphyrie, dermatomyosite	Quelques heures à quelques jours après exposition solaire	Quelques jours	< 1 %	Cyclines, quinolones, phénothiazine, amiodarone
Pustulose aiguë exanthématique généralisée (PEAG)	Très rare	Placards érythémateux et œdémateux parsemés de pustules non folliculaires (atteinte prédominante des grands plis), fièvre, hyperleucocytose	70-90 %	Psoriasis pustuleux, virose, érythème mercuriel	2-10 jours	4-15 jours	2-5 %	Macrolides, B-lactamines, pyostacine
Drug reaction with eosinophilia and systemic syndrome (DRESS)	Très rare	Érythrodermie infiltrée, œdème du visage, fièvre, poly-adénopathies, hyperéosinophilie, atteinte viscérale	70-90 %	Virose, Sd hyperéosinophilique, lymphome et pseudo-lymphome	2-6 semaines (à éliminer si < 4 jours)	Plusieurs semaines	5-10 %	Anticomitiaux, sulfamides, disulone, minocycline
Syndrome de Stevens-Johnson et de Lyell ou nécrolyse épidermique toxique (NET)	Très rare	Atteinte cutanée et muqueuse, bulles sur fond érythémateux diffus, signe de Nikolski	70-90 %	Érythème polymorphe majeur, épidermolyse staphylococcique, EPF bulleux	2-21 jours	3-4 semaines	10-25 %	Antibiotiques, anticomitiaux, AINS