

L'IMAGE DU MOIS

Erythème pigmenté fixe, protestation cutanée à l'encontre d'un médicament

G. BLAISE (1), B. LETOT (2), C. PIÉRARD-FRANCHIMONT (3, 4), S. MOSTINCKX (5), G.E. PIÉRARD (6)

PRÉSENTATION CLINIQUE

Une femme se plaint de l'apparition de poussées éruptives de macules, initialement érythémateuses et sensibles, puis brunâtres et asymptomatiques (Fig. 1, 2). Elles sont présentes sur un avant-bras et leur nombre s'accroît au fil des poussées.

DISCUSSION

L'érythème pigmenté fixe a un aspect clinique caractéristique. Il s'agit d'une ou de plusieurs macules érythémateuses, devenant violacées ou brunes. Elles sont arrondies ou ovalaires, atteignant quelques centimètres de diamètre, pouvant siéger en n'importe quel point du tégument et des muqueuses (1). Les lésions subissent une évolution cyclique. Lors des poussées aiguës, une composante érythémateuse franche et des bulles précèdent ou s'associent à l'hyperpigmentation (Fig. 3). Les lésions sont alors souvent le siège d'un prurit ou de sensations de brûlure. L'évolution est favorable en quelques jours, avec apparition ou aggravation de la pigmentation résiduelle. De manière caractéristique, les poussées récidivent au même endroit. A chaque récurrence, de nouvelles lésions peuvent apparaître.

L'érythème pigmenté fixe est typiquement d'origine médicamenteuse (2). Cependant, de rares cas de cause alimentaire ont été rapportés (3). Il s'agit d'une maladie de mécanisme immuno-allergique et les récurrences correspondent à la réexposition au médicament en cause. Les principaux médicaments inducteurs (4, 5) sont les antalgiques (pyrazolés, paracétamol, aspirine), des antibiotiques (sulfamides, cyclines), des anti-épileptiques (phénytoïne, barbituriques, carbamazépine) et des AINS. Le délai d'apparition entre la prise du médicament et l'apparition



Figure 1 : Erythème pigmenté fixe récidivant en 4 localisations distinctes.



Figure 2 : Macules d'érythème pigmenté fixe.



Figure 3 : Erythème pigmenté fixe en phase bulleuse.

(1) Assistant Clinique, (3) Chef de Service, (5) Dermatologue, CHR hutois, Service de Dermatologie, Huy.

(2) Collaborateur ULg, (4) Chargé de cours adjoint, Chef de Laboratoire (6) Chargé de cours, Chef de Service, Service de Dermatopathologie, CHU du Sart Tilman, Liège.

des lésions est de l'ordre de quelques heures, sans dépasser 48 heures lorsqu'il y a déjà eu un épisode identique auparavant. La topographie peut orienter l'interrogatoire sur le type de médicament responsable (6). Une atteinte génitale isolée est souvent due aux cyclines, une atteinte du tronc et des membres sans atteinte muqueuse aux antalgiques, et une atteinte généralisée aux anticonvulsivants (phénytoïne). Les sulfamides anti-infectieux sont souvent responsables d'une atteinte des lèvres.

L'examen dermatopathologique peut participer à l'établissement du diagnostic. L'aspect peut cependant être semblable à celui d'un érythème polymorphe ou d'un syndrome de Stevens-Johnson. Il existe des signes d'apoptose kératinocytaire avec une dermatite de l'interface caractérisée par une vacuolisation de la couche basale, un clivage sous-épidermique et un œdème dermique. L'infiltrat à cellules mononucléées adopte une distribution lichénoïde et péri-vasculaire. La pigmentation séquellaire est due à une incontinence pigmentaire reconnue par la présence de mélanophages (dendrocytophages).

Il n'y a pas de traitement spécifique de la maladie en dehors de l'exclusion du médicament en cause. La réintroduction du médicament en cause est possible mais elle doit être faite à posologie très progressive (1) et les risques de récurrence sont élevés.

La recherche du diagnostic étiologique peut être entreprise par des patch-tests (4). Ils ne peuvent

être positifs qu'en peau antérieurement lésée par l'érythème pigmenté fixe (4). La négativité d'un test épicutané n'exclut pas la responsabilité du médicament.

Une fois le médicament identifié, un certificat devrait être remis au patient indiquant l'existence d'un érythème pigmenté fixe et la responsabilité du médicament imputé, ainsi que les arguments du diagnostic étiologique. En l'absence de découverte d'un médicament responsable, il faut prévenir le malade de la nécessité de noter toutes les prises médicamenteuses et alimentaires ayant précédé dans les 48 heures une nouvelle éruption.

BIBLIOGRAPHIE

1. Kauppinen K, Stubb S.— Fixed eruptions : causative drugs and challenge tests. *Br J Dermatol*, 1985, **112**, 575-578.
2. Fumal I, Sriha B, Paquet P, et al.— Les toxidermies iatrogènes, une rançon de la quête de la santé. *Rev Med Liège*, 2001, **56**, 583-591.
3. Orchard DC, Varigos CA.— Fixed drug eruption to tartrazine. *Aust J Dermatol*, 1997, **38**, 212-214.
4. Lee AY.— Topical provocation in 31 cases of fixed drug eruption : change of causative drugs in 10 years. *Contact Dermatitis*, 1998, **38**, 258-260.
5. Mahboob A, Haroon TS.— Drugs causing fixed eruptions. *Int J Dermatol*, 1998, **37**, 833-838.
6. Sharma VK, Dhar S, Gill AN.— Drug related involvement of specific sites in fixed eruptions : a statistical evaluation. *J Dermatol*, 1996, **23**, 530-534.