Eruption cutanée: quand penser à l'allergie ?

17èmes Rencontres Francophones d'Allergologie
Nouméa
8-11 octobre 2018

Dr Isabelle LOTA
Dermatologue
Centre Hospitalier Aix en Provence

- Situation fréquente : dermato/allergologue
- Parmi les tableaux cliniques des toxidermies, EMP le plus fréquent
- Chez l'enfant , étiologie infectieuse dans une majorité de cas
- Néanmoins, responsabilité médicament souvent évoquée (antibiotiques)
- Allergie vraie ou réaction transitoire virus + antibiotique ?

Démarche clinique doit être rigoureuse et systématisée

Eruption 5 étapes

Médicament 5 questions

- Epidémiologie
- Exanthème
- Muqueuses
- Autres appareils
- Etat général

Démarche particulièrement difficile quand le patient est vu a postériori

Eruption : 5 étapes

- **Epidémiologie** âge, antécédents, contage, vaccinations, voyage

- **Eruption PHOTOS**

- Aspect et couleur de la lésion élémentaire (macule, papule …)
- Évolution de cette lésion élémentaire : rapidité et modalités (centrifuge..) d'extension, topographie, confluence, mobilité ,% de surface corporelle
- Chronologie éruption (/fièvre, /médicament)
- Atteinte palmo plantaire ?
- Enanthème ?
- PRURIT ?

- **Muqueuses** Glossite, angine, cheilite, érosions muqueuses, conjonctivite, muqueuses génitales, Köplick….

- **Autres appareils** ADP, hépato splénomegalie, myalgies, arthralgies, pulm, neuro, digestifs

- **Etat général** Fièvre, asthénie , AEG …

Médicament(s): 5 questions

- Quels étaient les médicaments en cours le JOUR ou l'éruption a commencé?
- Depuis quand le patient prenait- il chaque médicament ?
- Le patient a-t-il déjà pris ce médicament par le passé et que s'est-il passé ?
- Le patient a-t' il déjà pris des médicaments de la même classe et que s' est-il passé ?
- Où et comment l'éruption est –elle apparue et comment a t' elle évoluée ?

Les tableaux cliniques

- Érytheme maculo papuleux EMP , de loin le plus fréquent
- Erythème polymorphe ,sd de Stevens Johnson, Sd de Lyell (nécrolyse épidermique toxique)
- Urticaire , (10 à 20 % seulement des urticaires de l' enfant sont dus à des médicaments)
- Pustulose exanthématique aigue généralisée
- DRESS syndrome , moins fréquents ..
- Erythème pigmenté fixe , toujours médicamenteux

EMP chez l'enfant

- Tableau le plus fréquent
- Trois situations cliniques

- tableau steréotypé : fièvres éruptives de l'enfant…, mais d'autres aussi
- tableau non stéréotypé
- signes de gravité ou contexte de maladie systémique d'emblée

Le tableau est stéréotypé

maladie éruptive de l'enfant

- EMP morbilliforme
- EMP scarlatiniforme
- EMP roseoliforme

Syndrome éruptif

- Syndrome de Gianotti Crosti
- Erythème latéro thoracique de l'enfant
- Pityriasis Rosé de Gibert

EMP » MORBILLIFORME »

- Maculo papules érythémateuses, confluent en placard, quasi généralisées
- Espace de peau saine
- Topo visage, rétro auriculaire
- Catarrhe oculo nasal
- Fievre, photophobie,toux
- köplick

EMP « MORBILLIFORME »

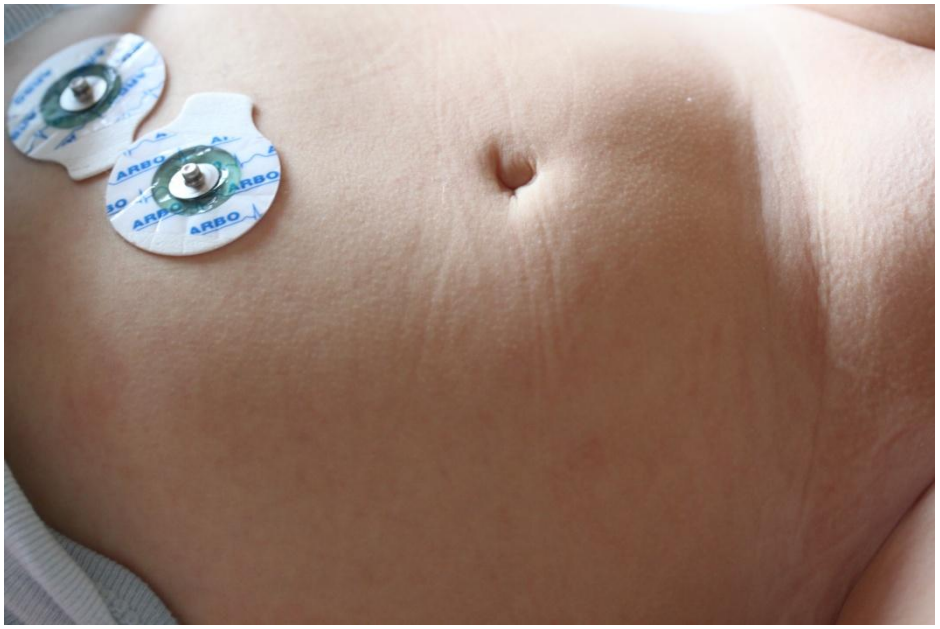
EMP « SCARLATINIFORME »

- Erythème rouge vif, rapidement généralisé sans espace de peau saine
- Aspect « granité » en surface, chair de poule
- Plis de flexion, parfois purpurique
- Angine rouge, langue framboisée, ADP
- Desquamation en doigts de gants

EMP « SCARLATINIFORME »

EMP « ROSEOLIFORME »

- Erythème discret, rose pale, en fleur de pêcher, plus maculeux que papuleux
- Roséole ou exanthème subit avec fièvre à 40, tombant à 37 le jour de l'éruption (virus HSV 6)
- Rubéole avec topo des fesses +++ et ADP rétro auriculaires



MEGALERYTHEME EPIDEMIQUE

- Erythème souffleté du visage
- Précédant éruption du tronc, en carte de géographie, en maille de filet
- Isolé, peu de fièvre
- Parvovirus B19

Megalérythème épidémique

Le tableau est stéréotypé

maladie éruptive de l' enfant

- EMP morbilliforme
- EMP scarlatiniforme
- EMP roseoliforme

Syndrome éruptif

- Syndrome de Gianotti Crosti
- Erythème latéro thoracique de l'enfant
- Pityriasis Rosé de Gibert

AUTRE SYNDROMES ERUPTIFS STEREOTYPES

Diagnostic différentiel avec une toxidermie se pose beaucoup moins souvent, car

-bon état général

- peu ou pas de fièvre

-peu ou pas de signes associes

D'où pas de médicament

Acrodermatite de Gianotti Crosti

- Acrodermatite papuleuse infantile
- Survenue brutale
- Etat général conservé
- Peu ou pas fébrile
- Eléments papuleux
- Topo: extrémites et visage
- Evolution longue sur plusieurs semaines

- Tableau décrit initialement au cours de l'hépatite B mais depuis : CMV, EBV, coxsackies…
- Pas de bilan nécessaire

Exanthème unilatéral latéro thoracique de l'enfant

- Début axillaire, unilatéral
- Placard maculo papuleux, parfois urticarien
- Prurit dans 50 % des cas
- Evolution en 2 temps
- Extension centrifuge face interne bras , thorax et cuisse
- Puis généralisation vers le 10 ème jour

- ADP axillaire homolatérale
- épidémique
- Etat général bien conservé
- Évolution longue de plusieurs semaines
- Fréquence sous estimée

Exanthème unilatéral thoracique de l’enfant

EMP

- Tableau le plus fréquent
- Trois situations cliniques

- tableau steréotypé : morbilliforme, scarlatiniforme, roseoliforme …, mais aussi
- tableau non steréotypé
- signes de gravité ou contexte de maladie systémique d' emblée

Tableau non stéréotypé

- EMP
- Non stéréotypé dans
- Son mode de survenue
- Son évolution
- Ses signes d'accompagnement: céphalées, arthralgies , manifestations respiratoires, digestives
- …Éruption non « étiquetable » d' emblée

- Viroses éxanthématiques le plus souvent:

- entérovirus (echoV, coxsackies)
- adéno virus
- EBV (souvent responsable d'éruptions même en l'absence de TRT ATBT)
- Parvovirus B19 , CMV ….
- Diagnostic différentiel avec toxidermie difficile

d'autant que EBV ou CMV et …+ ATBT = éruption sans CI définitive à ce mdct

Devant un EMP, arguments en faveur

toxidermie

- **Polymorphisme** des lésions pouvant associer: des macules isolées, nappes scarlatiniformes, des papules oedémateuses, lésions **purpuriques**
- **Prurit** fréquent, parfois sévère
- Fièvre modérée ou absente
- Absence d'énanthème
- **Hyperéosinophilie** sanguine

étiologie virale

- Contage
- Contexte épidémique
- Syndrome infectieux, pseudo-grippal
- Enanthème, ADP
- **Monomorphisme de l'éruption**

EMP

- Tableau le plus fréquent
- Trois situations cliniques

- tableau steréotypé : morbilliforme, scarlatiniforme, roséoliforme …, mais aussi

- tableau non steréotypé

- signes de gravité ou contexte de maladie systémique d' emblée

AEG
atteinte polyviscérale , hospitalisation

- Maladie de kawasaki
- Toxic shock syndrome
- Maladie de Still
- Maladie lupique aigue

Kawasaki

KAWASAKI

Lupus aigu chez un ado de 15 ans, vu aux urgences

Toxidermies à type d’EMP adulte

EMP ROSEOLIFORME

Roséole syphilitique

syphilides

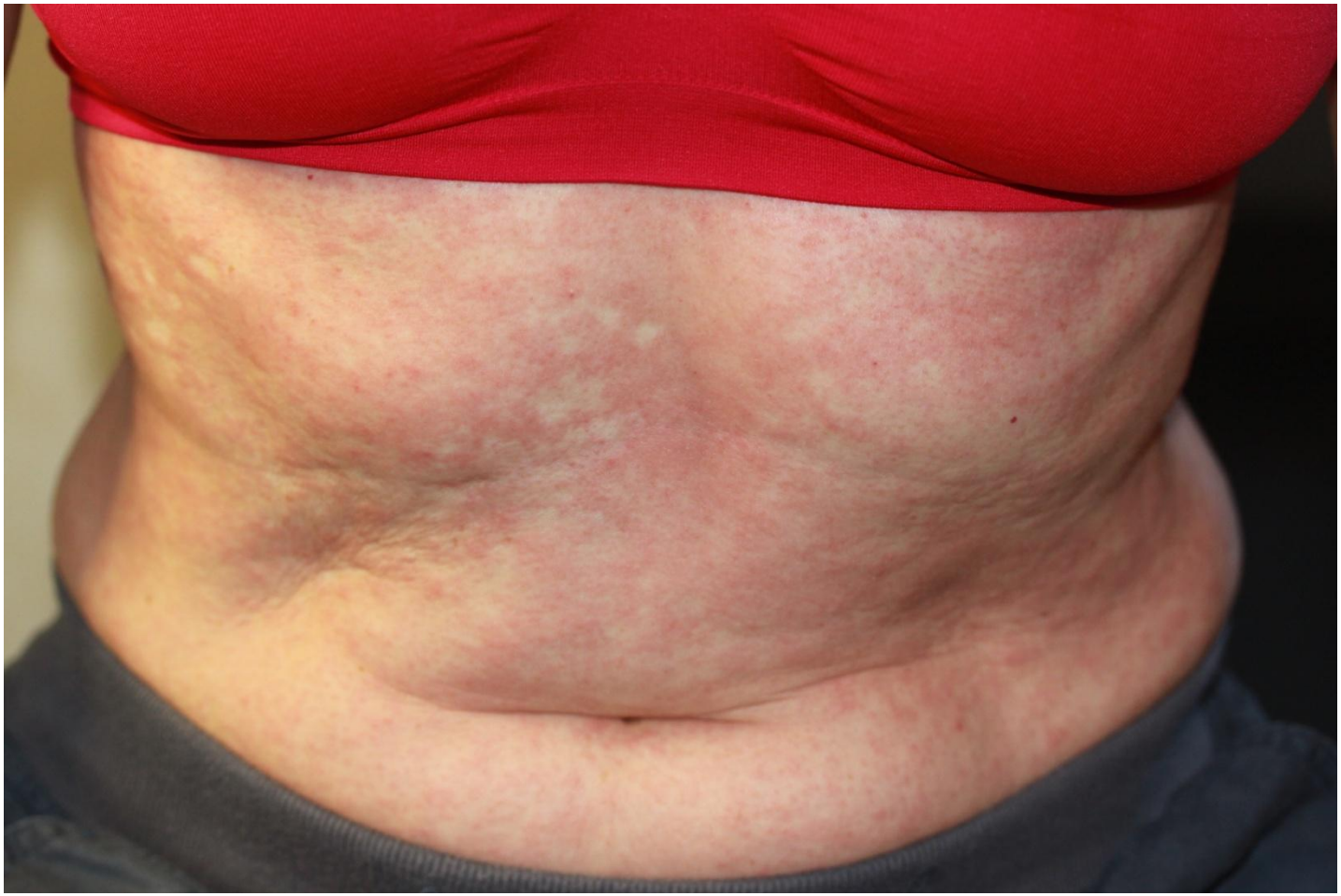
Pityriasis Rosé de Gibert

- Pityriasis Rosé de Gibert
- Ado, adulte jeune
- Médaillon initial centrifuge
- Topo tronc et racine des membres
- Maculo papules finement squameuses
- Plusieurs poussées
- Disposition du tronc en « arbre de noël »

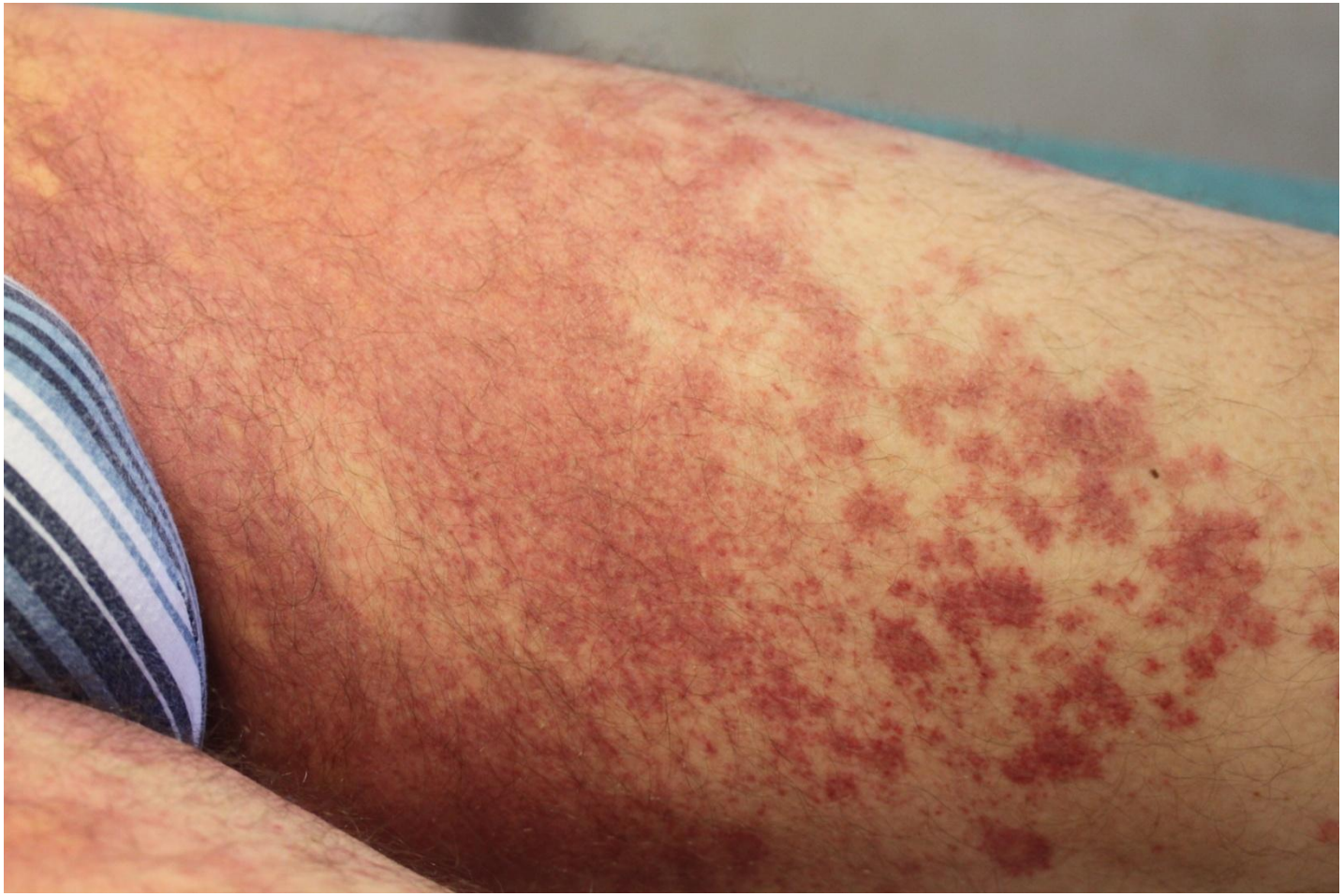
Toxidermie aux anti rétroviraux

Diagnostic différentiel syphilis secondaire

Toxidermie aux anti rétroviraux
Ritonavir (NORVIR)



Toxidermie au bortezomib
(VELCADE)



Éléments purpuriques et en cocardes, extensifs toxidermie au clopidrogel (PLAVIX)

Lésions bulleuses SUR l'érythème gravité

Devant un EMP, arguments en faveur

toxidermie

- **Polymorphisme** des lésions pouvant associer: des macules isolées, nappes scarlatiniformes, des papules oedémateuses, lésions **purpuriques**
- **Prurit** fréquent, parfois sévère
- Fièvre modérée ou absente
- Absence d'énanthème
- **Hyperéosinophilie** sanguine

étiologie virale

- Contage
- Contexte épidémique
- Syndrome infectieux, pseudo-grippal
- Enanthème, ADP
- **Monomorphisme de l'éruption**

Les tableaux cliniques

- Érythème maculo - papuleux EMP , de loin le plus fréquent
- Urticaire , (10 à 20 % seulement des urticaires de l' enfant sont dus à des médicaments)
- Erythème polymorphe , sd de Lyell et Sd de Stevens Jonhson (NET)
- Erythème pigmenté fixe , toujours médicamenteux
- Pustulose exanthématique aigue généralisée
- DRESS syndrome

Urticaire

- Etio médicamenteuse est rare (10 à 20 % des cas)
- Papules isolées ou confluant en placards
- OEDEMATEUSES
- MOBILES et FUGACES

(< 24 h)

- prurit
- +/- oedème face et extrémités associé

Formes annulaires, pseudo annulaires, polycycliques, figurées

Les tableaux cliniques

- Érythème maculo - papuleux EMP , de loin le plus fréquent
- Urticaire , (10 à 20 % seulement des urticaires de l' enfant sont dus à des médicaments)
- Erythème polymorphe , sd de Lyell et Sd de Stevens Jonhson (NET)
- Erythème pigmenté fixe , toujours médicamenteux
- Pustulose exanthématique aigue généralisée
- DRESS syndrome

ERYTHÈME POLYMORPHE

La définition de l'érythème polymorphe est clinique

- Cocarde ou cible
- 2 anneaux autour d' un disque central : 3 zones concentriques avec un centre inconstamment bulleux
- Distribution acrale (coudes,genoux,mains,pieds,visag
- Fréquence des lésions érosives muqueuses définissant **EP majeur**
- Etiologie infectieuse le plus souvent (herpes ou mycoplasme)
- Fréquence des récidives

EP enfant ,au cours infection à mycoplasma pneumoniae

pseudo cocardes
cocardes atypiques

EP
diagnostic differentiel

Granulome annulaire

Les tableaux cliniques

- Érythème maculo - papuleux EMP , de loin le plus fréquent
- Urticaire , (10 à 20 % seulement des urticaires de l' enfant sont dus à des médicaments)
- Erythème polymorphe , sd de Lyell et Sd de Stevens Jonhson (NET)
- Erythème pigmenté fixe , toujours médicamenteux
- Pustulose exanthématique aigue généralisée
- DRESS syndrome

ERYTHEME PIGMENTE FIXE

- Cause médicamenteuse toujours
- Délai d'apparition rapide
- Macules ovalaires ou arrondies, bien limitées, érythémateuses, violacées ou bulleuses au centre
- Uniques ou multiples
- Muqueuse génitale
- Séquelles pigmentées
- Récidive topo identique a chaque prise mdct

EPF

Les tableaux cliniques

- Érythème maculo - papuleux EMP , de loin le plus fréquent
- Urticaire , (10 à 20 % seulement des urticaires de l' enfant sont dus à des médicaments)
- Erythème polymorphe , sd de Lyell et Sd de Stevens Jonhson (NET)
- Erythème pigmenté fixe , toujours médicamenteux
- Pustulose exanthématique aigue généralisée
- DRESS syndrome

Pustulose aigue exanthématique généralisée

- Eruption brutale et fébrile ave AEG
- 1 à 4 j après administration du médicament
- Erythème scarlatiniforme , en nappes, qui se recouvre de pustulettes très superficielles, confluentes , non folliculaires
- Parfois desquamation superficielle
- Hyperleucocytose à polynucléaires

Pustulose exanthematique aigue généralisée

PEAG

Les tableaux cliniques

- Érythème maculo - papuleux EMP , de loin le plus fréquent
- Urticaire , (10 à 20 % seulement des urticaires de l' enfant sont dus à des médicaments)
- Erythème polymorphe , sd de Lyell et Sd de Stevens Jonhson (NET)
- Erythème pigmenté fixe , toujours médicamenteux
- Pustulose exanthématique aigue généralisée
- DRESS syndrome

Syndrome d' hypersensibilité médicamenteuse

drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms

DRESS

- Toxidermie sévère et rare, engageant le pronostic vital
- Fièvre, AEG, arthralgies, myalgies
- Eruption généralisée oedemateuse et infiltrée,

peu spécifique, parfois plus discrète

- ADP, hépatosplenomegalie, signes systémiques
- Hypereosinophilie ctte, cytolyse..
- anticonvulsivants

- Lola, 15 ans
- Apparition en 3 jours
- EMP généralisé

- 10 jours avant, angine traitée par amoxicilline, surgam, paracétamol
- TRT du 5 /10 au 10/10
- Début de l'éruption ds la nuit du 12 au 13 octobre
- TRT CETIRIZINE, puis SOLUPRED 40
- Progression de l'éruption, hospitalisation

- Eruption généralisée
- Peu prurigineuse
- Oedème du visage
- Atteinte palmo- plantaire
- Eléments pseudo cocardes
- Pas de fièvre, pas d’atteinte des muqueuses
- Pas d’ADP

- Antécédents familiaux

mère atopique avec

« allergie pénicilline »

Oedème de Quincke sur piqure d'hyménoptères

asthme

- NFS GB 7,5 G/l PNN 4,23 G/l lympho 2,84 G/l

Avec **lymphocytes hyper-basophiles**

CRP 1,3

- Sortie à 48 h, avec régression partielle de l'éruption, TB état général
- Sérologies CMV, VHA, VHB, VHC négatives
- Parvovirus B 19 négative
- **Sérologie EBV en faveur d' une primo infection**

- NRS 1 an,
- Antécédent familial de syndrome de Dravet

  (épilepsie)
- Admis en urgences pour une crise tonico clonique
- Trt par DEPAKINE

  (micropakine)

- 10 j plus tard
- Eruption cutanée fébrile

syndrome rhino pharyngé

Eruption érythémateuse, maculeuse, assez discrète, roséoliforme, en fleur de pêcher

j'

Question du neuro pédiatre: responsabilité de la DEPAKINE?

- Fièvre
- Sd rhino pharyngé
- Etat général conservé
- Pas d'atteinte muqueuse
- Pas d'éléments purpuriques
- Topo visage et aspect de l'érythème pouvant faire évoquer une cause virale
- Aspect roséoliforme du tronc
- Absence ADP
- Absence hyperéosinophilie

Importance de la poursuite du traitement par DEPAKINE dans la

prise en charge du

Syndrome de Dravet

Car peu d'alternatives thérapeutiques

- Hospitalisation
- Poursuite du traitement par DEPAKINE sous surveillance étroite ++
- Sérologies virales, en particulier Parvovirus B 19
- Régression de l'éruption en quelques jours
- Poursuite du TRT par DEPAKINE au long cours

CONCLUSION

- situation fréquente
- démarche diagnostique clinique
- approche pluridisciplinaire