

Epidermolyse de l'adolescent dans une clinique privée « Nene » à Kati et revue de la littérature à propos d'un cas

Adolescent epidermolysis in a private clinic “Nene” in Kati and literature review on a case

Keita M¹, Coulibaly S K², Sanogo S D², Diarra A³

1. Clinique privé « néné » Kati, Mali.
2. Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB), Mali
3. CHU de Kati, USTTB, Mali

Auteur correspondant : Moussa Keita. Email : bamouskeita@yahoo.fr / bamuoussakeita48@gmail.com

Résumé

Objectif : de ce travail était de rapporter un cas clinique d'épidermolyse rare chez un sujet jeune de sexe masculin, admis en milieu de soins dans la médicale privée « NENE », préfecture de Kati, commune urbaine, à 13 km de Bamako, et faire une revue de la littérature.

Rapport de cas : IL s'agit d'un garçon de 18 ans, qui avait consulté pour une fièvre associée à des lésions cutanées suite à une automédication avec un anti-inflammatoire (diclofénac) et du paracétamol issus de la rue. A l'arrivée, il avait des décollements de la peau, des éruptions cutanées vésiculeuses et papillomateuses contenant du liquide purulent d'apparition brutale, disséminées sur le visage, sur la partie supérieure du tronc et la partie proximale des membres. On notait également des atteintes lésionnelles des organes génitaux externes. La prise en charge thérapeutique adaptée a été initiée le plus rapidement possible. Le traitement était basé essentiellement sur une antibiothérapie faite d'amoxicilline-acide clavulanique injectable (CURAM) et sur les symptômes avec des soins cutanés à la solution antiseptique. Nous avons noté une amélioration de l'état général du malade à partir du 3^{ème} jour, et la sortie a été autorisée au 14^{ème}. L'évolution à court et moyen terme étaient favorable mais avec des séquelles cutanées.

Conclusion : le diagnostic et la bonne prise en charge de l'épidermolyse du sujet jeune a nécessité un bon interrogatoire orienté par la sémiologie clinique cutanée ainsi que la formation et l'expérience professionnelle du personnel.

Mots clés : médicaments de la rue, épidermolyse.

Summary

Objective: to report a clinical case of rare epidermolysis in a young male subject, admitted to a private medical facility « NENE », Kati prefecture, urban commune, 13 km from Bamako, and do a review of the literature.

Methodology: we performed an analysis of a patient case admitted for drug epidermolysis. Case report: Epidermolysis in a young male subject initiated self-medication with street drugs by taking high-dose products of non-steroidal anti-inflammatory drugs diclofenac, paracetamol and opioid causing effects pharmacological or dermatological toxicities linked to overdose, life-threatening, vesicular and papillomatous rashes containing purulent fluid of sudden onset painful febrile, scattered over the face, on the upper part of the trunk, the proximal part of the limbs, also noted lesions of the external genital organs and itching with generalized scratching lesions. The appropriate therapeutic management was initiated as quickly as possible. Treatment was symptomatic, antibiotic therapy and skin cares were necessary and systematic. We noted an improvement in the general condition of the patient after 14 days of hospitalization with cutaneous sequelae.

Conclusion: the diagnosis and good management of this rare case of epidermolysis disease in young subjects requires a good interview of the patient and clinical skin semiology as well as the training and professional experience of the staff.

Keywords: Street drugs, epidermolysis.

Conflit d'intérêt: les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec ce cas clinique.

Introduction

Les pathologies toxiques représentent une des préoccupations pour la médecine pré-hospitalière, les services d'urgences et de réanimation à travers le monde [1,2]. Les toxidermies regroupent les effets indésirables cutanés des médicaments et elles sont au premier rang des accidents iatrogènes allergiques ou idiosyncrasiques aigus prévisibles et survenant indépendamment des doses. Il existe également des effets toxiques liés à la dose provoquant des formes cliniques sévères, à savoir les formes pustuleuse, exanthémateuse aigue généralisée, le syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse, surtout le syndrome de Stevens Johnson et de Lyell (nécrolyse épidermique toxique) [2].

Un médicament peut être imputé de manière plausible dans 70% des cas environ, essentiellement les sulfamides anti bactériens, de nombreux anti comitiaux, l'allopurinol, certains anti-inflammatoires non stéroïdiens et la nevirapine. La physiopathologie reste mal connue, liée à un processus immunologique probablement cytotoxique à médiation cellulaire [3].

Le présent travail rapporte un cas clinique rare d'épidermolyse suite à une automédication issue de la rue chez un sujet jeune de sexe masculin. La prise en charge a été effectuée dans une clinique médicale privée<<NENE>> dans la préfecture de Kati, commune urbaine à 13 km de Bamako, dont les capacités diagnostiques et thérapeutiques couvrent à la fois la médecine générale et spécialisée.

Observation

Un sujet jeune de 18 ans avec un IMC à 21,45 kg/m² sans antécédent médicochirurgical connu, a consulté pour des éruptions cutanées de survenue brutale, contenant un liquide d'aspect purulent. Ces éruptions étaient associées à une fièvre et des douleurs diffuses. Elles étaient disséminées sur le visage, la partie supérieure du tronc et la partie proximale des membres. On notait par ailleurs des atteintes lésionnelles des organes génitaux externes et des prurits avec des lésions de grattage généralisées. A l'anamnèse, on notait un début de la symptomatologie marquée par des douleurs abdominales atroces répétitives associées à des brûlures mictionnelles ayant nécessité une automédication à base de médicaments pharmaceutiques achetés dans la rue. En effet, le patient a signalé avoir pris un médicament (DICLOPARA®) associant un anti inflammatoire non stéroïdien (Diclofénac 50 mg/cp) et du paracétamol 500 mg/cp avec un antibiotique de la famille des macrolides (Troléandomycine) vendu sous le nom de T-A-O® pendant 7 jours. Il prenait une dose journalière de 6 comprimés de DICLOPARA® dont 2 matin, midi et soir (soit 300 mg de diclofénac et 3000 mg de paracétamol). La posologie de l'antibiotique était inconnue. A l'issue de ce traitement, il a noté l'apparition brutale de petites éruptions cutanées composées de papules et de pustules. Ces éruptions étaient diffuses atteignant les membres, le tronc, les organes génitaux externes et les muqueuses au niveau des yeux et de la bouche (figure 1 et 2).



Figure 1: éruptions cutanées à type de vésicules, papules remplies de pus (éruptions pustuleuses)



Figure 2: séquelles inesthétiques évolutives sur toutes les parties du corps

Des prurits et des douleurs cutanées diffuses accompagnaient ces lésions. A cela était associées une hyperthermie à 40°C évoluant depuis plusieurs jours, des candidoses bucco-pharyngées et de volumineuses adénopathies lymphatiques (inguinales, axillaires, cervicales). Le patient présentait un état d'anxiété et de dépression. La réalisation d'un bilan biologique a permis de noter une glycémie à jeun normale, une

hyperlymphocytose de même qu'une élévation de la CRP et de la VS, une Goutte Épaisse (GE) positive. Par ailleurs, les transaminases étaient anormales, les sérologies du VHB et du VIH étaient négatives. Un examen cytobactériologique des urines avec antibiogramme a mis en évidence un Escherichia Coli sensible à l'amoxicilline-acide clavulanique. La Créatininémie était très élevée à 290µmol/l. Une Echographie Abdomino-pelvienne était normale.

Le diagnostic d'une épidermolyse médicamenteuse du sujet jeune a été évoqué devant la pertinence des arguments cliniques : la prise de macrolide et d'un anti inflammatoire non stéroïdien à dose élevée, les lésions cutanées et leur mode d'apparition. Cette affection compliquait une infection urinaire et accès palustre. La prise en charge thérapeutique a été initiée précocement afin d'obtenir une guérison rapide et effective en évitant la surinfection et les autres complications. Cette prise en charge associait



Figure 3: topographie postérieure des séquelles évolutives étendues et inesthétiques et cutanées

Discussion

Cette étude rapporte un cas clinique d'épidermolyse d'un sujet jeune diagnostiqué et pris en charge à la clinique privée <<NENE>>. La survenue de cette affection était consécutive à la prise d'un anti inflammatoire non stéroïdien à forte dose (300 mg de diclofénac) associé à la Troléandomycine (T-A-O®) qui est un antibiotique de la famille des macrolides. La symptomatologie clinique de notre cas clinique était similaire aux données scientifiques répertoriées dans la littérature sur les effets toxiques des médicaments pharmaceutiques en vente libre. Malgré les répressions douanières, au Mali et dans la sous-région concernant la vente des médicaments dans la rue, probablement dépourvus des principes actifs, ces produits continus d'être à la portée des populations les plus démunies. Nous n'avons pas de preuves sur la qualité de ces médicaments qui sembleraient très toxiques à cause de leur exposition au soleil, à la chaleur et à la poussière. Ces médicaments ne respectaient aucun principe de conservation, de fabrication et échappaient aux contrôles réguliers des organismes chargés de la pharmacovigilance, du ministère de la santé et de l'action sociale. En absence des preuves analytiques à cause de l'insuffisance du plateau technique pour la détection dans les urines et le sang des traces d'éventuels médicaments (screening toxicologique), une étude menée par Coulibaly M. [4] basée sur la clinique, a montré que le diclofénac était l'un des AINS le plus utilisé en raison de son accessibilité facile à toutes les bourses et de la prolifération des génériques. Il est le deuxième anti inflammatoire le plus accessible à la population [4]. Notre patient avait 18 ans. Ce résultat est corroboré par une étude réalisée par l'agence Taylor Nelson Sofres Santé pour l'Agence de l'industrie pharmaceutique pour une auto médication responsable, qui

un traitement symptomatique, une antibiothérapie à base d'association amoxicilline-acide clavulanique à la posologie de 2g par jour en IV directe lente pour une durée de 14 jours et un traitement anti palustre. Nous y avons associé systématiquement une réhydratation parentérale et des soins locaux cutanés. Nous avons noté à une amélioration de l'état général du malade au bout de 14 jours de traitement en milieu hospitalier avec des séquelles cutanées (figure 3 et 4).



Figure 4: atteintes lésionnelles des organes génitaux externes

incriminait la tranche d'âge de 18 à 45 ans [5]. Le diclofénac et le troléandomycine (macrolide) étaient les médicaments mis en cause dans notre cas clinique. DIALLO. T et al. Montraient dans leur étude que les médicaments étaient les plus suspectés parmi les types de produits en cause d'intoxication avec 39%. Ces médicaments étaient le plus souvent des antibiotiques (80% de macrolides) et des AINS [4, 6]. La symptomatologie cutanée de notre patient concordait avec les réactions cutanées médicamenteuses décrites par le collège National des enseignants de dermatologies en Suisse [2] qui montrait que les éruptions cutanées d'origine médicamenteuses pouvaient prendre la forme de diverses réactions cutanées, incluant des éruptions urticariennes, des vésicules, des éruptions pustuleuses souvent associées à des prurits. Certaines sont douloureuses. Elles peuvent toucher la totalité de la surface cutanée ou se limiter à une partie du corps. Elles apparaissent dans les minutes, les heures, quelques jours ou des semaines après l'administration du médicament. Toute fois certaines éruptions médicamenteuses peuvent faire partir d'une réaction plus grave pouvant engager le pronostic vital du malade [2,4]. L'arrêt de tout médicament suspect est la première mesure à entreprendre dans les réactions d'intolérances médicamenteuses, basé sur le délai temporaire entre son introduction et l'apparition des manifestations cliniques [9,10]. Les classes thérapeutiques utilisées dans la prise en charge étaient les antalgiques, les antibiotiques, les corticoïdes et les soins cutanés. L'évolution sous traitement était favorable avec une durée d'hospitalisation de 14 jours mais avec des complications cutanées d'ordre esthétique. A travers ce cas clinique, l'on peut se permettre de proposer une série de recommandations.

Conclusion

Ce cas clinique nous montre que l'épidermiolyse d'origine médicamenteuse du sujet jeune, bien que rare, existe encore notre pays du fait de l'utilisation incontrôlée des médicaments à risque. Cela nous permet de faire quelques recommandations à l'endroit du notre ministère de la santé :

Mettre en place un système d'information et d'éducation de la population sur les risques toxicologiques des médicaments vendus dans la rue,
Faire respecter les réglementations en vigueur sur la vente des médicaments pharmaceutiques,
Multiplier les campagnes de sensibilisation sur les risques d'automédication.

Références

1. **Olivier Gaudin, Saskia Ingen-Housz-Oro et al.** Toxidermie, reconnaître l'urgence. La Revue du Praticien Médecine Générale. 2020 ; 34(1043) : 460-2
2. **Pimenta R.** Toxidermies (Réactions cutanées aux médicaments) 2019
3. **Paul L. Bigliardi , Wassim Raffoul , Mette M. Berger.** Epidermiolyse nécrosante suraiguë de Lyell ou toxic epidermal necrolysis. Rev med Suisse Dermatol, 2007 ; 3 :1112-8
4. **Christa-Maria Maniu, Guillaume Buss, Laurence Feldmeyer et al.** Formes sévères d'hypersensibilité médicamenteuse retardée, 2013 ; 9 : 803-11
5. **Pichler WJ, Wendland T, Haussmann O, et al.** Syndrome DRESS. Une allergie médicamenteuse grave souvent méconnue. Forum Med Suisse 2011;11:879-84
6. **Roujeau Jean-Claude** Syndrome de Lyell et de Stevens-Johnson, 2007 ; 57(11) : 1165-70
7. **Diallo T, Hami H, Maïga A, Mokhtari A, Soulaymani A,** Etude de la prise en charge thérapeutique des intoxications aiguës dans la ville de Bamako au Mali de 2000 à 2010 Antropo, 2012 ; 26 : 11-18
8. **T. Diallo, D. Maïga, A. Maïga, H. Sangho, B. Coulibaly, H. Hami, A. Mokthari, R. Soulaymani, A. Soulaymani.** Les intoxications mortelles au Mali. Médecine et Santé Tropicales. 2014;24 (2):183-88.
9. **Stern RS.** Clinical practice. Exanthematous drug eruptions. New Engl J Med 2012; 366: 2492-501
10. **Walsh SA, Creamer D.** Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS) : A clinical update and review of current thinking. Clin Ex Dermatol 2011; 36:6-11