**JOURNÉES DERMATOLOGIQUES DE PARIS**

**DU 30 NOVEMBRE AU 4 dÉcembre 2021**

**ARTICLE 8 FOCUS EN DERMATOLOGIE**

**ALLERGOLOGIE ET TOXIDERMIES**

Article rédigé par Dr Laure BELLANGE.

Les médicaments peuvent être en cause de certaines manifestations dermatologiques, des bilans allergologiques adaptés sont nécessaire pour que la prise en charge soit adaptée.

*Pour en savoir plus (lien sur le reste de l’article)*

**EXPÉRIENCE EN VRAIE VIE CONCERNANT LE SERVICE RENDU ET LA SÉCURITÉ DES TESTS ALLERGOLOGIQUES CUTANÉS DANS LE CADRE DES TOXIDERMIES AUX MACROLIDES.**

*Marie Veron*

Les toxidermies aux pénicillines sont bien documentées. Concernant les macrolides, on manque de données.

Une étude observationnelle rétrospective à Lille a évalué le service rendu au patient et la sécurité des tests.

124 patients ont été testés aux macrolides et apparentés (lincosamide, streptogramine) afin d’explorer leur toxidermie. Ils ont eu des patchs tests, prick tests et intradermoréaction. Quand les tests étaient négatifs, ils ont eu un test de provocation orale.

27 % des tests étaient positifs. Parmi les tests de provocation orale, il n’y a eu que 5 % de faux-positifs. Dans la majorité des cas, il n’y a pas de réaction croisée entre les molécules de la famille. Il y a eu 7,4 % d’évènements indésirables au cours des tests, toujours bénins.

Les tests allergologiques paraissent donc sûrs, et permettent la plupart du temps au patient de reprendre un traitement par la suite si nécessaire.

**BILAN ALLERGOLOGIQUE DES ÉRYTHÈMES PIGMENTÉS FIXES : UNE ÉTUDE MULTICENTRIQUE FISARD**

*Hélène Traineau*

Dans l’érythème pigmenté fixe, les lymphocytes T mémoire du médicament restent localisés là où il y a eu la lésion. Les tests allergologiques doivent donc être réalisés sur ces zones cutanéo-muqueuses. Les tests recommandés à ce jour sont des patchs tests in situ, puis si négativité, des ROAT tests in situ. S’il s’agit d’une forme bulleuse généralisée, les tests s’arrêtent là. Si négativité de ces deux tests, et érythème pigmenté fixe simple, un test de provocation est ensuite réalisé.

Une étude multicentrique a évalué la sensibilité de la séquence de ces tests.

99 patients atteints d’érythème pigmenté fixe ont été inclus. 57 d’entre eux ont eu un bilan allergologique positif. Les médicaments principalement en cause sont le paracétamol, les antifongiques et les bêtalactamines. Quand les patchs tests in situ sont négatifs, les ROAT tests permettent de rattraper un tiers des diagnostics. Les tests de provocation ont encore permis de rattraper des diagnostics. Les tests de provocation ont été bien tolérés.

Il faut donc bien utiliser cette séquence de tests en présence d’une anamnèse évocatrice d’érythème pigmenté fixe.

**PROFILS CLINICO-BIOLOGIQUES DE NÉCROLYSE ÉPIDERMIQUE : ÉTUDE DE CLASSIFICATION ET CORRÉLATION AU PRONOSTIC EN PHASE AIGUË**

*Thomas Bettuzzi*

La nécrolyse épidermique (NE) est d’origine médicamenteuse dans 85 % des cas. Actuellement, le SCORTEN est le score pronostic de référence.

Une étude rétrospective monocentrique a évalué les différents groupes de NE et les a corrélé au pronostic.

113 patients ont été inclus, majoritairement des femmes, avec un âge médian de 46 ans.

L’âge est un facteur de risque de mauvais pronostic. Chez les patients plus jeunes, deux groupes se distinguent : les syndromes de Steven-Johnson chez les femmes jeunes, et les syndromes de Lyell chez les patients plus âgés. Des facteurs biologiques non encore décrits paraissent associés à un moins bon pronostic : neutropénie, lymphopénie, LDH élevés, hypoalbuminémie, hypophosphatémie.

Le suivi biologique est donc important en cas de NE.

**ECZÉMAS DE CONTACT RÉCURRENTS AUX CAPTEURS DE GLYCÉMIE : MÉCANISMES, ALLERGÈNES EN CAUSE ET CONSÉQUENCES.**

*Kabil Nakara*

Cela fait quelques années que les sociétés savantes ont rapporté des cas d’eczéma de contact liés aux capteurs de glycémie.

L’objectif de l’étude est de différencier eczéma de contact et dermite d’irritation.

34 patients ayant eu au moins deux réactions cutanées liées à leur capteur de glycémie ont été inclus. Il y avait autant de terrain atopique dans les deux groupes. 19 patients ont un eczéma de contact, 15 ont une dermite irritative. L’allergène le plus fréquemment en cause est l’IBOA. Les patients avec un eczéma de contact ont des lésions qui persistent plus longtemps, avec un recours aux dermocorticoïdes plus important. L’impact sur la qualité de vie, et notamment sur le sommeil, est plus important en cas d’allergie. Par contre, il n’y a pas de différence entre les deux groupes concernant la poursuite ou non de l’utilisation du capteur après avoir développé des lésions cutanées.

**ÉRUPTIONS ECZÉMATIFORMES CHRONIQUES DU SUJET ÂGÉ : QUELLE IMPUTABILITÉ MÉDICAMENTEUSE ?**

*Julie Bouteiller*

Les lésions eczématiformes du sujet âgé sont fréquentes. Même s’il ne faut pas oublier d’évoquer en premier les lymphomes, les causes médicamenteuses sont importantes. Une étude cas témoin a mis en évidence qu’un quart de ces lésions chez la personne âgée est dû à des médicaments.

Une étude rétrospective multicentrique a voulu réévaluer le lien entre médicament et éruption eczématiforme chronique du sujet âgé.

185 patients, majoritairement des hommes, ont été inclus. L’âge moyen est de 79,5 ans. Les patients prennent en moyenne 5 médicaments, majoritairement pour de l’hypertension artérielle. En arrêtant les médicaments, la moitié des patients notent une régression des lésions à 6 mois. Les inhibiteurs calciques semblent impliqués dans un grand nombre de cas.

Si un patient âgé se plaint d’éruption eczématiforme chronique, une prise en charge pluridisciplinaire semble importante, afin de traiter au mieux la pathologie pour laquelle le médicament est prescrit, tout en limitant les effets indésirables cutanés.

**Messages clés :**

## Les médicaments sont souvent en cause dans les éruptions cutanées, mais il ne faut pas oublier de chercher les autres étiologies.

## Penser à faire les tests allergologiques en zone lésée si érythème pigmenté fixe.

## Devant une allergie aux macrolides, ne pas hésiter à faire les tests car le service rendu pour le patient est important.

## QUIZ DE FORMATION :

## Devant un érythème pigmenté fixe avec des tests négatifs :

## Le patient peut reprendre le traitement si besoin.

## Il ne faut jamais reprendre le traitement car il y a un risque d’évolution vers une toxidermie sévère.

## Un patient ayant un eczéma de contact à son lecteur de glycémie :

## N’a pas de risque d’autre lésion.

## A un risque d’allergie croisée avec d’autres IBOA ou sesquiterpene lactone mix.

## RÉPONSES :

## Devant un érythème pigmenté fixe avec des tests négatifs :

## Le patient peut reprendre le traitement si besoin.

## Un patient ayant un eczéma de contact à son lecteur de glycémie :

## A un risque d’allergie croisée avec d’autres IBOA ou sesquiterpene lactone mix.