



SYNDROME DE STEVENS JOHNSON DU A L'AMOXICILLINE : A PROPOS D'UN CAS PRIS EN CHARGE AU CHU DE PARAKOU (BENIN)

¹KOUDOUKPO C, ²ADEGBIDI H, ¹AGOSSOU J, ¹ADEDEMY JD, ¹NOUDAMADJO A, ¹ASSAVEDO R, ²ATADOKPEDE F, ²DO ANGO PADONOU FI.

¹Faculté de Médecine, Universitaire de Parakou, BP : 123 Parakou, Bénin.

²Faculté des Sciences de la Santé, 01 BP : 188 Cotonou, Bénin.

Auteur correspondant : Koudoukpo Christiane, chkoudoukpo@yahoo.fr

RESUME

Introduction : Le syndrome de Stevens-Johnson est une toxidermie bulleuse grave d'origine immunoallergique. L'Amoxicilline, est une cause peu rapportée.

Observation : Un enfant de 9 ans sans antécédents pathologiques particuliers, a été hospitalisé en urgence dans le Service de Pédiatrie du CHU-P pour une éruption de lésions vésiculo-bulleuses prurigineuses évoluant sept jours après la prise d'Amoxicilline. L'examen clinique retrouvait de multiples lésions vésiculo bulleuses de tailles variables disséminées sur tout le corps avec des espaces de peau saine. Les zones lésionnelles ne dépassaient pas 10% du revêtement cutané, avec des atteintes muqueuses. Une hospitalisation avec arrêt systématique de l'Amoxicilline incriminée a été préconisée. Des soins locaux à l'Eosine aqueuse 2%, la crème d'acide Fusidique, le gel de Lidocaïne, le Dacryosérum collyre et la pommade à base de vitamine A, ont été institués. Le nursing, et un traitement par voie orale par l'Azithromycine puis une rééquilibration hydroélectrolytique ont été associés au traitement local. L'évolution a été spectaculaire et favorable au bout de deux semaines.

Conclusion : Cette pathologie mérite d'être connue du prescripteur pour un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate.

Mots-clés : Syndrome de Stevens-Johnson, Amoxicilline, toxidermie médicamenteuse.

ABSTRACT

Introduction: The Stevens-Johnson syndrome is a grave bullous and immunoallergic drug eruption. Amoxicilline is an origin little reported.

Observation: A 9 year's old child without particular pathological histories, was hospitalized as a matter of urgency in the Service of Paediatrics of CHU-P for a pruriginous and bullous rash evolving seven days after taking Amoxicilline. The clinical examination found multiple vesiculobullous lesions of variable sizes spread on all the body with spaces of healthy skin. The lesional zones did not exceed 10% of the cutaneous cover, with mucous achievements. A hospitalization with systematic stop of incriminated Amoxicilline was recommended. Local care in aqueous Eosine 2%, cream of acid Fusidique, frost of Lidocaïne, Dacryoserum eye drop and cream with vitamin A were established. The nursing, and the treatment by oral by Azithromycine with a hydro electrolytic reequilibration were associated to the local treatment. The evolution was spectacular and favorable at the end of two weeks.

Conclusion: this pathology deserves to be known by the influencer for an early diagnosis and an adequate coverage.

Keywords: Stevens-Johnson syndrome, Amoxicilline, medicinal drug eruption.

INTRODUCTION

Le syndrome de Stevens-Johnson (SJS) est une toxidermie bulleuse grave d'origine immunoallergique. Parmi les antibiotiques de la classe des aminopénicillines fréquemment incriminées dans les SJS, l'amoxicilline est une cause peu rapportée [1, 2].

OBSERVATION

M. E. est un enfant de 9 ans sans antécédents particuliers, pris en charge dans le Service de Pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de

Parakou (CHU-P) en 2014. Il a présenté à son admission dans ledit Service, une éruption de lésions vésiculo-bulleuses prurigineuses survenues sept jours après la prise d'Amoxicilline. L'examen clinique retrouvait de multiples lésions vésiculo-bulleuses de tailles variables disséminées sur tout le corps, avec des espaces de peau saine. Les zones lésionnelles ne dépassaient pas 10% du revêtement cutané. On notait également l'atteinte des muqueuses buccale, génitale et oculaire à type d'érosions, des ulcérations en foyers et un accolement des pau-

pières, une conjonctivite pseudo-membraneuse bilatérale sévère (Figure 1) et des placards érythémato-bulleux plantaires (Figure 2).



Figure 1 : Ulcérations en foyers et conjonctivites pseudo-membraneuses (1), érosions et croûtes noirâtres (2) et vésiculo-bulles à toit nécrotique et de couleur ardoisée (3).



Figure 2 : Placards érythémato-bulleux.

Le diagnostic de toxidermie médicamenteuse à type de SJS a été retenu. Les sérologies rétrovirale et de l'hépatite B étaient négatives ; l'ionogramme sanguin, la créatinine sérique et l'hémogramme étaient normaux. Les critères d'imputabilité médicamenteuse utilisés étaient ceux préconisés dans la pharmacovigilance française [3]. Une hospitalisation avec arrêt systématique de l'Amoxicilline incriminée a été préconisée. Des soins locaux à l'Eosine aqueuse 2%, la crème d'acide Fusidique (Fucidine®) crème, le gel buccal de Lidocaïne (Xylocaïne®), le collyre de Dacryosérum® et la pommade de vitamine A dans les culs de sacs conjonctivaux ont été institués. Le nursing et un traitement par

voie orale à l'Azithromycine 250 mg par jour puis la rééquilibration hydroélectrolytique ont été associés au traitement local au début. L'évolution a été bonne au bout de trois semaines, marquée par une disparition de l'éruption cutanée et une cicatrisation des érosions post-bulleuses. Une régression partielle des érosions cornéennes et des ulcérations palpébrales a nécessité la poursuite des soins oculaires (Figure3).



Figure 3 : Evolution des lésions : (Cicatrisation des érosions post bulleuses et une régression partielle des érosions cornéennes et encore quelques croûtes noirâtres sur les lèvres buccales).

DISCUSSION

Le SJS a été décrit pour la première fois en 1922 par Stevens et Johnson chez l'enfant comme une atteinte muqueuse sévère [4] et le syndrome de Lyell ou la nécrolyse épidermique toxique (NET) par Lyell en 1956 [4]. Le SJS et la NET sont des réactions cutanées d'hypersensibilité rares, potentiellement d'origine médicamenteuse et moins souvent d'origine infectieuse [5]. Le SJS est plus fréquent que la NET selon un rapport 3/1 [4]. Les deux syndromes sont caractérisés par des macules érythémateuses irrégulières s'étendant rapidement, des lésions muqueuses au moins bifocales et des lésions épidermiques bulleuses (bulles flasques). La surface d'épiderme nécrosé dans le SJS est inférieure à 10% alors que dans la

NET, elle est supérieure à 30% [5]. La réaction débute une dizaine de jours après le début au traitement inducteur par des manifestations peu spécifiques: fièvre, brûlure oculaire, pharyngite et éruption érythémateuse. En quelques heures à quelques jours, le tableau devient caractéristique par l'association d'érosions muqueuses multifocales et des bulles cutanées flasques. Le signe de Nikolsky peut être positif [6].

Le diagnostic différentiel est l'érythème polymorphe [7]. Le pronostic dépend de l'étendue des lésions cutanées et la guérison est lente, environ en 4 semaines [8]. Un traitement antibiotique prophylactique n'est pas recommandé en raison des problèmes de résistance aux antibiotiques et de la possible réactivité croisée avec l'agent responsable du syndrome [4]. Mais l'antibiothérapie a été proposée dans le cas actuel à cause de notre contexte de travail. Le SJS peut être idiopathique, secondaire à des maladies virales (y compris le VIH) qui activent le système immunitaire, mais il est plus souvent d'origine médicamenteuse. Moins de cinq pour cent sont d'origine idiopathique [4]. Les causes infectieuses comprennent les agents bactériens, viraux et fongiques. Les sources impliquées étant bactériennes (*Mycosplasma pneumoniae*, *yersinia* et micro organismes gram négatifs), virales (enterovirus, adénovirus, virus de l'hépatite A, virus Epstein Barr, virus de la varicelle et du zona, virus coxsackie B5) et fongiques (histoplasme et coccidioïdomycose) [4, 9, 10].

La non accessibilité d'un plateau technique adéquat pour la recherche de certaines des étiologies infectieuses dans notre contexte de travail nous fait conclure à une imputabilité intrinsèque plausible pour l'Amoxicilline. Les médicaments les plus fréquemment rapportés à l'origine d'un SJS sont les anti-inflammatoires non stéroïdiens, certains antibiotiques et les anticonvulsifs [8, 10].

Les antibiotiques les plus fréquemment en cause sont les sulfamides, les aminopénicillines, les céphalosporines, les fluoroquinolones, la vancomycine, la rifampicine et le ténoxycam [4, 10].

La particularité du cas clinique actuel vient du médicament en cause bien que faisant partie du groupe des médicaments fréquemment incriminés, est peu rapporté ; par ailleurs, il y a lieu de noter l'évolution favorable en un temps bref, due

à la précocité du diagnostic positif et de la prise en charge adéquate. Le consensus sur le traitement du SJS-TEN n'a toujours pas été fait car la pathogénie reste encore mal connue.

CONCLUSION

Bien que rare, un SJS peut être induit par l'Amoxicilline. Il est important d'en faire un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate associant l'arrêt de la molécule incriminée et un traitement symptomatique, car cette pathologie peut parfois engager le pronostic vital du patient.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Paradis H, Thirion DJG, Bergeron L. Les allergies croisées aux antibiotiques : comment s'y retrouver ? *Pharmactuel*, 2009 ; 42 : 23-33.
- 2- Gruchalla RS. Drug allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2003; 111(suppl 2): 48-59.
- 3- Begaud B, Evreux JC, Jouglard J, Lagier G. Imputabilité des effets inattendus ou toxiques des médicaments. Actualisation de la méthode utilisée en France. *Thérapie* 1985; 40: 111-8.
- 4- Fritsch PO, Maldonado RR. Erythéma Multiforme, Stevens Johnson Syndrom, and toxic Epidermal Necrolysis. In: *Dermatology in general Medecine*, New York, 6th Edition. 2003; 543-57.
- 5- Tracey BM, Khue N. Une revue du Syndrome de Stevens-Johnson et de la nécrolyse épidermique toxique. *Int J Dermatol* 2007 ; 46 :1092-4.
- 6- Roujeau JC, Kelly JP, Naldi L, Rzany B, Stern RS, Anderson T et al. Medication use and the risk of Stevens-Johnson Syndrome or toxic epidermal necrolysis. *N Engl J Med* 1995; 333: 1600 -7.
- 7- Auquier-Dunant A, Mockenhaupt M, Naldi L, Correia O, Schroder W, Roujeau JC and al. Correlations between clinical patterns and causes of erythema multiformemajus, Stevens-Johnson Syndrom and toxic epidermal nécrolysis: results of an international prospective Study. *Arch Dermatol* 2002; 138: 1019-24.
- 8- Barbaud A. Prise en charge globale des toxi-dermies. *Ann Dermatol Venerol* 2007; 134: 391-401.
- 9- Frenck LE, Prins C. Toxic epidermal necrolysis. In Bologna JL, Rapini RP, Jorizzo JL, eds. *Dermatology*. London: Mosby, 2003; 1: 323-31.
- 10- Weston WL. Erythema multiforme and Stevens Johnson In: Bologna JL, Rapini RP, Jorizzo JL, eds. *Dermatology*. London: Mosby, 2003; 1: 313-20.