



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Fait clinique

Cellulite de Wells secondaire à une piqûre d'abeille chez un enfant

Wells' syndrome caused by honeybee sting in a child

F.Z. Elfatoiki*, Y. Slimani, H. Dahbi Skali, F. Marnissi, F. Hali, S. Chiheb

Service de dermatologie, CHU de Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 19 mai 2020
Accepté le 4 septembre 2020
Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :
Syndrome de Wells
Piqûre
Abeille
Cellulite bactérienne
Cellulite éosinophilique

Keywords:
Wells' syndrome
Sting
Honeybee
Bacterial cellulitis
Eosinophilic cellulitis

RÉSUMÉ

Le syndrome de Wells secondaire à une piqûre d'abeille est peu fréquent. Nous en rapportons un cas, survenu chez un nourrisson de 18 mois ayant présenté un œdème de la main gauche surmonté de lésions bulleuses après une piqûre d'abeille. Le patient a été traité initialement par des antibiotiques, mais sans amélioration. Un traitement par corticothérapie systémique a été instauré avec une bonne évolution. Le diagnostic de la cellulite de Wells a été retenu devant l'aspect clinique, les données biologiques et histopathologiques.

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Wells' syndrome caused by a honeybee sting is not common. We report the case of a 18-month-old infant who was stung by a honeybee, and whose left hand showed swelling with bullous lesions. The lesions showed no response to antibiotic treatment, but the lesion gradually resolved with subsequent systemic corticosteroid treatment. The diagnosis of Wells' syndrome was made according to clinical features, biological and histopathological findings.

© 2020 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Le syndrome de Wells ou cellulite de Wells est une dermatose éosinophilique rare, de mécanisme inconnu et mimant souvent cliniquement une affection bactérienne. Des cas ont été rapportés après des injections de vaccins, des piqûres d'insectes, des infections parasitaires ou fongiques, etc, mais l'origine de nombreux cas (« idiopathiques ») reste inconnue. Il est plus rare chez l'enfant que chez l'adulte. Nous rapportons un cas pédiatrique de cellulite de Wells, survenu après une piqûre d'abeille.

2. Observation

Nourrisson de 18 mois, sans antécédents d'atopie familiale ou personnelle, ayant présenté une semaine avant son admission dans notre structure et suite à une piqûre d'abeille, un placard érythémateux et prurigineux de la face dorsale de la main gauche. Le patient a été traité par une antibiothérapie orale (amoxicilline-acide clavulanique, 80 mg/kg/j), sans amélioration. L'examen clinique a montré un nourrisson apyrétique, un placard inflammatoire de la main gauche surmontée de vésicules et de bulles tendues (Fig. 1), et une impotence fonctionnelle de la main gauche avec un aspect en griffe cubitale (Fig. 2), secondaire à l'œdème important de la main. La numération formule sanguine a montré une hyperéosinophilie à 1830 e/mm³, sans neutrophilie associée. La CRP était normale. L'échographie des parties molles a révélé une infiltration œdémateuse sans collection. La radiographie de la main gauche était normale. Enfin, la biopsie cutanée a révélé une infiltration diffuse d'éosinophiles dans la graisse sous-cutanée en faveur d'un

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : Fatiza59@hotmail.fr (F.Z. Elfatoiki).



Fig. 1. Un placard inflammatoire de la main gauche surmontée de vésicules et de bulles tendues.



Fig. 2. Aspect en griffe cubitale de la main gauche.

syndrome de Wells (Fig. 3). Le patient a alors été traité par antihistaminiques et corticothérapie orale 2 mg/kg/j pendant 7 jours, avec une excellente évolution.

3. Discussion

La particularité de notre observation réside dans la rareté du syndrome de Wells chez l'enfant, sa survenue après piqure d'arthropodes et son tableau clinique mimant une cellulite bactérienne pour laquelle le patient avait été traité sans amélioration. La cellulite de Wells est une dermatose inflammatoire peu fréquente. Cliniquement, l'éruption débute usuellement par un prurit ou une sensation de brûlure, auxquels font suite des lésions de cellulite, des nodules ou des plaques bien limités et surmontés de vésicules ou de bulles [1].

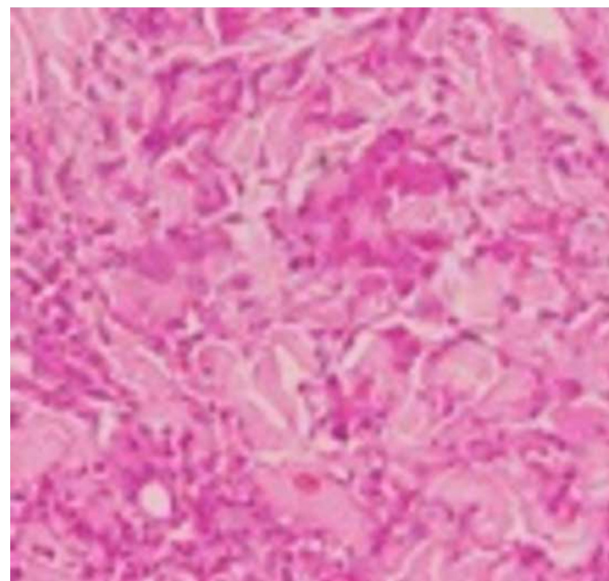


Fig. 3. Infiltration diffuse d'éosinophiles dans la graisse sous-cutanée.

Il existe plusieurs facteurs déclenchants de la cellulite de Wells, en particuliers les piqûres d'arthropodes, les infections virales, parasitaires ou fongiques, les réactions d'hypersensibilité médicamenteuse et certaines hémopathies [2]. Sur le plan physiopathologique, la cellulite de Wells peut être due à un stimulus antigénique ou à des piqûres d'arthropodes qui seraient responsables d'une hyperactivité du système immunitaire, avec une stimulation de l'action cytotoxique des polynucléaires éosinophiles induisant ainsi les lésions cutanées. Les piqûres d'abeilles ont été rarement responsables de la survenue de la cellulite de Wells [3].

Le diagnostic de la cellulite de Wells repose sur une triade faite d'un aspect clinique évocateur, d'une hyperéosinophilie sanguine et d'une histologie compatible en faveur d'un infiltrat éosinophilique diffus, avec des images dites « en flammèches » caractéristiques. Dans quelques rares cas, les tests cutanés à lecture retardée ont permis d'identifier un allergène responsable comme, par exemple, un constituant des vaccins [4,5].

Cette cellulite inflammatoire est difficile à différencier de la cellulite bactérienne qui constitue son principal diagnostic différentiel, ainsi responsable d'un retard diagnostique et thérapeutique [2]. Un traitement antibiotique est souvent démarré à tort, comme chez notre patient. Dans notre cas, la non amélioration sous antibiotiques a permis d'orienter le diagnostic vers une cellulite de Wells et ainsi d'instaurer un traitement adéquat. L'évolution du syndrome de Wells est imprévisible. Les lésions peuvent progresser rapidement en 2 à 3 jours et disparaître progressivement en 2 à 8 semaines [2]. Certaines thérapeutiques peuvent être utilisées pour accélérer la régression des lésions, notamment les dermo-corticoïdes dans les formes superficielles. Dans les formes plus profondes et diffuses, des traitements systémiques sont proposés, en particulier les antihistaminiques, la dapsone, et les corticoïdes. Le traitement du facteur déclenchant, lorsqu'il a été identifié, doit toujours être envisagé [3].

Notre observation illustre un nouveau cas de syndrome de Wells survenu après piqûre d'arthropodes. Le diagnostic de la cellulite de Wells est posé sur un faisceau d'arguments cliniques et histologiques après avoir éliminé les autres diagnostics différentiels en particulier la cellulite bactérienne.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Consigny S, Courville PH, Young P, et al. Formes anatomocliniques du syndrome de Wells. *Ann Dermatol Venereol* 2001;128:213–6.
- [2] Lin HL, Lin JN, Chen CW, Kuo LC, Lee WC. Eosinophilic cellulitis after honeybee sting. *J Formos Med Assoc* 2009;108(12):964–6.
- [3] Delaporte E. Du syndrome de Wells à la « maladie éosinophilique ». *Ann Dermatol Venereol* 2001;128:207–11.
- [4] Yu AM, Ito S, Leibson T, Lavi S, Fu LW, Weinstein M, et al. Pediatric Wells syndrome (eosinophilic cellulitis) after vaccination: a case report and review of the literature. *Pediatr Dermatol* 2018;35(5):e262–4.
- [5] Koh KJ, Warren L, Moore L, James C, Thompson GN. Wells' syndrome following thiomersal-containing vaccinations. *Australas J Dermatol* 2003;44(3):199–202.