



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique xxx (2007) xxx–xxx

REVUE FRANÇAISE
D'ALLERGOLOGIE
ET D'IMMUNOLOGIE CLINIQUE

<http://france.elsevier.com/direct/REVCLI/>

Article original

Syndrome de Stevens-Johnson à la griséofulvine

Stevens-Johnson syndrome and griseofulvin

A. Disky*, K. Zouhair, K. Khadir, H. Benchikhi

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

Reçu le 5 avril 2007 ; accepté le 30 août 2007

Résumé

La griséofulvine, traitement de choix des teignes chez les enfants, du fait de sa bonne tolérance, n'est pas dénuée de risque d'effets secondaires, parfois gravissimes. Nous rapportons ici un cas de syndrome de Stevens-Johnson, fort probablement imputable à la griséofulvine, chez un enfant traité pour teigne du cuir chevelu. Cet enfant (B.A.) âgé de quatre ans et sans antécédents particuliers a été traité par la griséofulvine, pour une teigne. Trois semaines après le début du traitement, l'enfant a développé des lésions purpuriques siégeant essentiellement au niveau des extrémités, des érosions postbulleuses et des lésions en cocarde sur le tronc. L'atteinte de la muqueuse orale et génitale était importante. Cette symptomatologie a évolué dans un contexte de fièvre, avec conservation de l'état général. L'évolution a été marquée par une régression spectaculaire des lésions, quelques jours après l'arrêt du traitement. Le diagnostic de syndrome de Stevens-Johnson a été retenu devant ce tableau clinique très évocateur. Les critères d'imputabilité intrinsèques et extrinsèques ont fortement suggéré la responsabilité de la griséofulvine. Les complications cutanées de cette molécule sont très rares chez l'enfant, mais quelques observations de toxidermies bulleuses graves ont déjà été rapportées.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Griseofulvin is an antifungal drug used for the treatment of dermatophytosis, especially tinea capitis in children. Griseofulvin is usually well tolerated but adverse events, including severe reactions, have been reported in patients treated with this drug. We report a case of Stevens-Johnson syndrome in a child treated with griseofulvin for tinea capitis. Moderate fever, purpuric lesions of the extremities, target lesions of the trunk, and erosive lesions of the oral mucosa and genitalia developed three weeks after the beginning of the treatment. However, the child was in overall good condition. Recovery occurred within a few days after stopping the administration of the drug. Intrinsic and extrinsic imputability criteria lead to the diagnosis of griseofulvin-induced Stevens-Johnson syndrome. Cutaneous reactions induced by griseofulvin are rare in children but a few cases of severe bullous toxidermias have been reported.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Syndrome de Stevens-Johnson ; Enfant ; Griséofulvine

Keywords : Stevens-Johnson syndrome; Child; Griseofulvin

1. Introduction

Les toxidermies, qui définissent les accidents cutanés aux médicaments administrés par voie générale, sont rares chez l'enfant [1–5].

La griséofulvine, traitement de choix des teignes chez les enfants, du fait de sa bonne tolérance, n'est pas dénuée de risque d'effets secondaires, parfois gravissimes [6–12].

Nous rapportons ici un cas hautement probable de toxidermie à la griséofulvine, à type de syndrome de Stevens-Johnson, chez un enfant traité pour teigne du cuir chevelu.

2. Observation

L'enfant B.A., âgé de quatre ans et sans antécédents particuliers (pas de contagé récent, pas d'infection herpétique préexistante), a reçu un traitement par la griséofulvine, à raison de 20 mg/kg/j, pour une teigne du cuir chevelu. Trois semaines après le début du traitement, l'enfant a développé des lésions

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : diskyasmaa@yahoo.fr (A. Disky).



Fig. 1. Plaques érythémateuses et purpuriques des membres supérieurs.



Fig. 3. Chéilite érosive et croûteuse.

purpuriques siégeant essentiellement au niveau des extrémités, des érosions postbulleuses et des lésions en cocarde sur le tronc, les membres supérieurs et inférieurs (Figs. 1 et 2).

À l'examen clinique, ont été notées une chéilite érosive et croûteuse, des érosions polycycliques de la face interne des joues, du palais et du gland (Figs. 3 et 4) et une conjonctivite bilatérale. Cette symptomatologie évoluait dans un contexte de fièvre, chiffrée à 38,5 °C, avec conservation de l'état général. Le cytodagnostic de Tzank, les prélèvements bactériologiques par écouvillonnage des lésions érosives et le bilan biologique (numération formule sanguine, bilans hydroélectrolytique, hépatique et rénal) étaient sans particularités. Les sérologies herpes virus, mycoplasmes et coxsackies n'ont pas été réalisées.

La biopsie cutanée a objectivé une nécrose kératinocytaire diffuse et une dermite périvasculaire non spécifique, en faveur du diagnostic de toxidermie.

Le diagnostic le plus probable qui a été retenu a été celui de syndrome de Stevens-Johnson à la griséofulvine.



Fig. 4. Atteinte de la muqueuse génitale.



Fig. 2. Lésions en cocarde des membres inférieurs.

La griséofulvine a été remplacée par un traitement antimycosique local, suite à la négativité des prélèvements mycologiques du cuir chevelu.

L'enfant a également reçu des antihistaminiques par voie orale et des soins locaux.

L'évolution s'est faite en quelques jours, vers une régression spectaculaire des lésions, laissant persister des cicatrices hyperpigmentées diffuses (Figs. 5 et 6).



Fig. 5. Évolution favorable quelques jours après l'arrêt de la griséofulvine.



Fig. 6. Évolution favorable quelques jours après l'arrêt de la griséofulvine.

3. Commentaires

Le diagnostic de syndrome de Stevens-Johnson a été retenu chez cet enfant devant le tableau clinique très évocateur et l'absence d'une autre explication non médicamenteuse, notamment infectieuse [1,13]. Parmi les critères en faveur de la griséofulvine, le délai d'apparition des symptômes après le début du traitement était compatible, selon les critères de Bachot et Roujeau [14]. L'évolution favorable après l'arrêt du traitement était suggestive. Ainsi, l'index d'imputabilité intrinsèque a été chiffré à 3 [14].

Les toxidermies à la griséofulvine sont très rares chez l'enfant. Parmi les effets secondaires les plus fréquents, sont classiquement rapportés des épisodes de nausées, anorexie et douleurs abdominales.

Les manifestations cutanées les plus fréquentes sont le prurit et l'urticaire [9–11]. D'autres réactions cutanées indésirables ont été rapportées, comme des érythèmes pigmentés fixes, des angio-œdèmes et quelques toxidermies bulleuses à type de syndrome de Lyell, qui constitue un spectre continu avec le syndrome de Stevens-Johnson [11,12]. Une érythrodermie ichtyosiforme à la griséofulvine a été rapportée pour la première fois chez un enfant de six ans, également traité pour teigne du cuir chevelu [6]. Dans la population générale, la prévalence de ces effets secondaires graves est estimée à 4,6/10 000 individus par an. Mais la griséofulvine reste mieux tolérée que l'itraconazole, la terbinafine et le fluconazole [6,9].

Comme cela a été le cas chez notre patient, le délai d'apparition de ces effets se situe entre trois et quatre semaines. La symptomatologie disparaît quelques jours après l'arrêt du traitement, car les concentrations de griséofulvine dans la peau et le plasma baissent rapidement [6,9].

4. Conclusion

Cette observation montre, une fois de plus, que la griséofulvine, connue pour son excellente tolérance, peut engendrer des effets secondaires parfois menaçants pour le pronostic vital.

Références

- [1] Sharma VK, Dhar S. Clinical pattern of cutaneous drug eruption among children and adolescent. *Pediatr Dermatol* 1995;12:178–83.
- [2] Ringheanu M, Lande TA. Toxic epidermal necrolysis in children: an update. *Clin Pediatr* 2000;39:687–94.
- [3] Meadows KP, Egan CA, Vanderhooft S. Acute generalized exanthematous pustulosis, an uncommon condition in children: case report and review of the literature. *Pediatr Dermatol* 2000;17:399–402.
- [4] Park J, Matsui D, Rieder MJ. Multiple antibiotic sensitivity syndrome in children. *Can J Clin Pharmacol* 2000;75:38–41.
- [5] Morelli JG, Tay YK, Rogers M. Fixed drug eruptions in children. *J Pediatr* 1999;134:365–7.
- [6] Benamar L, El Omari K, Chiheb S, Lakhdar H. Érythrodermie ichtyosiforme acquise à la griséofulvine. *Nouv Dermatol* 2005;24:67–8.
- [7] Bonnet Blanc JM. Réactions cutanées aux médicaments chez l'enfant. *Ann Dermatol Vénéréol* 1997;124:339–45.
- [8] Jonville-Béra AP, Giroudeau B, Blanc P, Beau-Salinas F, Autret-Leca E. Frequency of adverse drug reactions in children. *Br J Clin Pharmacol* 2002;53:207–10.
- [9] Develoux M. Griséofulvine. *Ann Dermatol Vénéréol* 2001;128:1317–25.
- [10] Thyagarajan K, Kamalan A, Thambiah AS. Fixed drug eruption to griseofulvin. *Mykosen* 1981;24:282–4.
- [11] Thami GF, Kaut S, Kanwar AL. Erythema multiforme due to griseofulvin with positive to exposure test. *Dermatology* 2001;203:84–5.
- [12] Madomion G, Le Gulluche Y, Carsin H. Syndrome de Lyell d'évolution fatale après prise de griséofulvine. *Ann Fr Anesth Reanim* 1990;9:305–8.
- [13] Roujeau JC. Toxidermies de l'enfant. *Arch Pédiatr* 2000;7(suppl 2):215–7.
- [14] Bachot N, Roujeau JC. Imputabilité médicamenteuse en pratique dermatologique quotidienne. *Ann Dermatol Vénéréol* 2000;127:542–5.