Provided for non-commercial research and education use.
Not for reproduction, distribution or commercial use.

This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

http://www.elsevier.com/copyright

Author's personal copy

Références

[1] Grekin RC, Shelton RM, Geisse JK, Frieden I. 510-nm pigmented lesion dye laser. Its characteristics and clinical uses. J Dermatol Surg Oncol 1993;19:380—7.
[2] Lee HI, Lim YY, Kim BJ, Kim MN, Min HJ, Hwang JH, et al. Clinicopathologic efficacy of copper bromide plus/yellow laser (578 nm with 511 nm) for treatment of melasma in Asian patients. Dermatol Surg 2010;36:885—93.
[3] Goldberg DJ. Benign pigmented lesions of the skin. Treatment with the Q-switched ruby laser. J Dermatol Surg Oncol 1993;19:376—9.
[4] Taylor CR, Anderson RR. Ineffective treatment of refractory melasma and postinflammatory hyperpigmentation by Q-switched ruby laser. J Dermatol Surg Oncol 1994;20:592—7.
[5] Angsuwarangsee S, Polnikorn N. Combined ultrapulse CO2 laser and Q-switched alexandrite laser compared with Q-switched alexandrite laser alone for refractory melasma: split-face design. Dermatol Surg 2003;29:59—64.
[6] Nouri K, Bowes L, Chartier T, Romagosa R, Spencer J. Combination treatment of melasma with pulsed CO2 laser followed by Q-switched alexandrite laser: a pilot study. Dermatol Surg 1999;25:494—7.
[7] Trelles MA, Velez M, Gold MH. The treatment of melasma with topical creams alone, CO2 fractional ablative resurfacing alone, or a combination of the two: a comparative study. J Drugs Dermatol 2010;9:315—22.
[8] Manaloto RM, Alster T. Erbium:YAG laser resurfacing for refractory melasma. Dermatol Surg 1999;25:121—3.
[9] Wanitphakdeedecha R, Manuskiatti W, Siriphukpong S, Chen TM. Treatment of melasma using variable square pulse Er:YAG laser resurfacing. Dermatol Surg 2009;35:475—81.
[10] Wang CC, Hui CY, Sue YM, Wong WR, Hong HS. Intense pulsed light for the treatment of refractory melasma in Asian persons. Dermatol Surg 2004;30:1196—200.
[11] Plonikorn N. Treatment of refractory melasma with the MedLite C6 Q-switched Nd:YAG laser and alpha arbutin: a prospective study. J Cosmet Laser Ther 2010;12:126—31.
[12] Wattanakrai P, Mornchan R, Eimpunth S. Low-fluence Q-switched neodymium-doped yttrium aluminum garnet (1,064 nm) laser for the treatment of facial melasma in Asians. Dermatol Surg 2010;36:76—87.
[13] Suh KS, Sung JY, Roh HJ, Jeon YS, Kim YC, Kim ST. Efficacy of the 1064-nm Q-switched Nd:YAG laser in melasma. J Dermatolog Treat 2010, May 6 [epub ahead of print].
[14] Wang HW, Liu KY. Efficacy and safety of low-energy QS Nd:YAG and QS alexandrite laser for melasma. Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao 2009;31:45—7.
[15] Goldberg DJ, Berlin AL, Phelps R. Histologic and ultrastructural analysis of melasma after fractional resurfacing. Lasers Surg Med 2008;40:134—8.
[16] Rokhsar CK, Fitzpatrick RE. The treatment of melasma with fractional photothermolysis: a pilot study. Dermatol Surg 2005;31:1645—50.
[17] Lee HS, Won CH, Lee DH, An JS, Chang HW, Lee JH, et al. Treatment of melasma in Asian skin using a fractional 1,550-nm laser: an open clinical study. Dermatol Surg 2009;35:1499—504.
[18] Naito SK. Fractional photothermolysis treatment for resistant melasma in Chinese females. J Cosmet Laser Ther 2007;9:161—3.
[19] Katz TM, Glaich AS, Goldberg LH, Firoz BF, Dai T, Friedman PM. Treatment of melasma using fractional photothermolysis: a report of eight cases with long-term follow-up. Dermatol Surg 2010;36:1273—80.
[20] Wind BS, Kroon MW, Meesters AA, Beek JF, van der Veen JP, Nieuweboer-Krobotová L, et al. Non-ablative 1,550 nm fractional laser therapy versus triple topical therapy for the treatment of melasma: a randomized controlled split-face study. Lasers Surg Med 2010;42:607—12.

T. Badri*, H. Hammami, R. Benmously, I. Mokhtar, S. Fenniche

Faculté de médecine, service de dermatologie, hôpital Habib Thameur, université de Tunis El Manar, 8, rue Ali Ben Ayed, 1008 Montfleury, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : talel_badri@yahoo.fr (T. Badri)

Reçu le 15 novembre 2010 ; accepté le 30 décembre 2010

Disponible sur Internet le 1 février 2011

doi:10.1016/j.annder.2010.12.016

Erythème pigmenté fixe à Cotonou, Bénin, de 1998 à 2008

Fixed drug eruption in Cotonou, Benin from 1998 to 2008

L'érythème pigmenté fixe (EPF) est selon plusieurs publications la toxidermie la plus fréquente en Afrique et en Asie [1,2], contrairement aux pays occidentaux où il est plus rare. L'objectif de notre enquête était de déterminer la prévalence, de décrire les aspects cliniques et de répertorier les médicaments responsables d'EPF dans une population hospitalière au Bénin.

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective portant sur l'ensemble des dossiers de patients vus dans le service de dermatologie du centre hospitalo-universitaire de Cotonou pour un EPF entre 1998 et 2008. Le diagnostic était basé sur les critères cliniques et anamnestiques habituels. Les tests de réintroduction ou épicutanés n'ont pas été réalisés. Quand cela était possible, le délai entre la prise médicamenteuse incriminée et le début de l'éruption était précisé. Pour certains dossiers, plusieurs médicaments étaient suspectés ; était alors retenu celui qui présentait l'imputabilité extrinsèque la plus élevée.

Les données ont été collectées sur une fiche préétablie et analysées sur le logiciel EPIINFO version 2002. Les tests de comparaison utilisés étaient le test de χ^2, et en cas d'effectif non satisfaisant le test de Yates corrigé. Une valeur de $p < 0,05$ était considérée comme significative pour l'interprétation des résultats.

Cent cinquante-cinq cas d'érythème pigmenté fixe ont été recensés parmi les 221 cas de toxidermie observés dans une population de 14 404 patients ayant consulté en dermatologie pendant la période déterminée. L'EPF représentait donc 70 % des toxidermies et 1,1 % de l'ensemble des consultants. La moyenne d'âge des patients atteints d'EPF était de 33 ans et le sex-ratio H/F de 0,98. Parmi les 155 patients, 77 présentaient un ou plusieurs états pathologiques associés à l'EPF. Il s'agissait principalement du terrain atopique, de la polymédication (trois médicaments en moyenne par patient), du diabète et de l'infection par le VIH.

La forme morphologique la plus fréquente était la forme maculeuse hyperpigmentée d'EPF (130/155) (Fig. 1). Dans 16,1 % des cas un aspect bulleux était constaté, avec une fréquence sensiblement égale chez les hommes et les femmes

Author's personal copy

Figure 1. Aspect typique d'érythème pigmenté fixe.

($p = 0,29$). Les lésions siégeaient par ordre de fréquence sur le tronc ($n = 78$), les membres inférieurs ($n = 77$), les membres supérieurs ($n = 55$), le visage ($n = 21$), les organes génitaux externes ($n = 14$), les lèvres ($n = 13$), le cou ($n = 13$), les pieds ($n = 11$) et les mains ($n = 2$).

Une prise médicamenteuse était notée chez 88 patients sur 155, soit 56,8 % des cas. Les sulfamides anti-infectieux étaient la première catégorie représentée (Tableau 1). Il s'agissait dans 57 cas d'une automédication avouée. Le délai moyen entre l'éruption et la prise médicamenteuse était de trois jours (extrêmes, un à 14 jours).

Dans cinq cas, l'EPF avait été jugé suffisamment grave pour nécessiter une hospitalisation à cause de l'étendue des lésions ou d'une surinfection. Au cours de l'évolution, 61 patients ont été perdus de vue, un cas de surinfection a été noté et 93 patients ont connu une évolution favorable de leurs lésions.

Cette série rétrospective présente des limites liées à la méthodologie employée mais confirme néanmoins certaines constatations établies au cours d'enquêtes similaires, notamment en Inde et en Afrique. L'EPF était la plus fréquente des toxidermies avec 70 % des cas dans notre enquête, ce qui est comparable aux 78,6 % trouvés par Nnoruka et al. au Nigéria [2]. Cette fréquence au sein des toxidermies était moins élevée dans les séries indiennes de Raksha et al. [1] et de Pudukadan et al. [3] (respectivement 30,5 % et 31,1 %). En comparaison, l'EPF semble une toxidermie rare en Occident : Brahimi et al. n'en ont colligé que 59 cas en trois ans dans 17 centres hospitaliers français [4] et Hunziker et al. n'ont trouvé que six cas d'EPF sur 1317 observations de réactions cutanées aux médicaments entre 1974 et 1993 dans trois hôpitaux suisses [5].

Le sex-ratio est variable selon les études : parfois proche de 1 [6,7] comme dans notre série, ailleurs avec une nette prédominance masculine, d'interprétation difficile. Des âges moyens assez jeunes sont trouvés dans notre série comme dans la plupart des études africaines et asiatiques [2,3,7,8].

Cliniquement, la présentation de l'EPF reste classique chez nos patients, avec cependant des formes bulleuses moins fréquentes que dans la série française de Brahimi et al., qui en trouvent plus de 50 % [4], et aucune forme non pigmentée, alors que Brahimi et al. [4] en France et Ozkaya-Bayazit et al. [9] en Turquie ont rapporté des EPF non pigmentés dans respectivement 20,3 % et 22 % des cas de leurs séries. Nous n'avons pas observé non plus la prédominance de l'atteinte génitale décrite par Ozkaya-Bayazit et al. avec 61 % des localisations [9], ni la distribution dépendante du sexe rapportée par Brahimi et al., avec une atteinte préférentielle des organes génitaux chez l'homme et des mains et pieds chez la femme [4].

Tableau 1 Répartition des principaux médicaments responsables parmi 88 cas d'EPF attribués à une prise médicamenteuse.

Médicaments	Fréquence (%)
Sulfamide anti-infectieux	71,5
Antipaludéen de synthèse	5,7
Anti-inflammatoire non stéroïdien	4,5
Paracétamol	4,5
Métronidazole	3,5
Tisane à base de plantes	2,3
Bétalactamine	2,3
Autres	5,7
Total	100

Les sulfamides anti-infectieux étaient les médicaments les plus fréquemment impliqués (71,5 %) chez nos patients, comme chez ceux de Nnoruka et al. au Nigéria (66,7 %) [2]. Parmi les sulfamides, le cotrimoxazole était responsable de 52,3 % des cas et le sulfadoxine-pyriméthamine de 19,3 % des cas de notre série. Dans les séries asiatiques et turques, le cotrimoxazole représente aussi une proportion importante des médicaments impliqués, entre 22 et 63,8 % selon les études [1,3,7,8]. Dans les pays européens, en revanche, les anti-infectieux ne sont pas toujours les premiers médicaments responsables d'EPF. Brahimi et al. en France [4] et Savin et al. au Royaume-Uni [10] ont trouvé comme premier médicament responsable des EPF le paracétamol, suivi des anti-inflammatoires non stéroïdiens.

La négativité de l'enquête médicamenteuse chez 43,2 % de nos cas pourrait être en rapport avec la peur des patients d'être stigmatisés ou réprimandés, le niveau d'instruction peu élevé, l'oubli ou également la prise inconsciente, du fait que le médicament est masqué dans un aliment. En effet certains auteurs rapportent la présence de sulfamides dans des aliments comme les œufs provenant de la volaille nourrie avec la provende traitée avec des anti-infectieux [11]. Cependant d'authentiques EPF d'origine alimentaire ont aussi été rapportés [12].

Conflit d'intérêt

Aucun.

Références

[1] Raksha MP, Marfatia YS. Clinical study of cutaneous drug eruptions in 200 patients. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2008;74:80.

[2] Nnoruka EN, Ikeh VO, Mbah AU. Fixed drug eruption in Nigeria. Int J Dermatol 2006;45:1062—5.

Author's personal copy

[3] Pudukadan D, Thappa DM. Adverse cutaneous drug reactions: clinical pattern and causative agents in a tertiary care center in south India. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2004;70:20—4.
[4] Brahimi N, Routier E, Raison-Peyron N, Tronguoy AF, Pouget-Jasson C, Amarger S, et al. A three-year-analysis of fixed drug eruptions in hospital settings in France. Eur J Dermatol 2010;20:461—4.
[5] Hunziker T, Künzi UP, Braunschweig S, Zehnder D, Hoigné R. Comprehensive hospital drug monitoring (CHDM): adverse skin reactions, a 20-year survey. Allergy 1997;52:388—93.
[6] Sushma M, Noel MV, Ritika MC, James J, Guido S. Cutaneous adverse drug reactions: a nine-year study from a South Indian hospital. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2005;14:567—70.
[7] Ozkaya-Bayazit E. Specific site involvement in fixed drug eruption. J Am Acad Dermatol 2003;49:1003—7.
[8] Miah MA, Ahmed SS, Chowdhury SA, Begum F, Rahman SH. Fixed drug eruption due to cotrimoxazole. Mymensingh Med J 2008;17:S1—5.
[9] Ozkaya-Bayazit E, Bayazit H, Ozarmagan G. Drug related clinical pattern in fixed drug eruption. Eur J Dermatol 2000;10:288—91.
[10] Savin JA. Current causes of fixed drug eruption in the UK. Br J Dermatol 2001;145:667—8.
[11] Adégbidi H, Yedomon H, Atadokpédé F, Do-Ango-Padonou F. Erythème pigmenté fixe suite à une ingestion d'œuf : rôle des contaminants alimentaires. Ann Dermatol Venereol 2007;134:1S34.
[12] Benomar S, Ismaili N, Koufane J, Senouci K, Hassam B. Erythème pigmenté fixe induit par la réglisse. Ann Dermatol Venereol 2010;137:121—3.

A.F. Atadokpédé[a,*], H. Adégbidi[a], H.G. Yédomon[a], C. Koudoukpo[b], N. Agbessi[a], J. Gnossike[a], B. Tousse[a], M.-C. Koeppel[c], F. do Ango-Padonou[a]

[a] *Service de dermatologie-vénérologie, CNHU-HKM, faculté des sciences de la santé de Cotonou, BP 386 Cotonou, Bénin*

[b] *Service de dermatologie du CHU de Parakou, faculté de médecine de Parakou, BP 123 Parakou, Bénin*

[c] *Service de dermatologie, université d'Aix-Marseille II, hôpital Nord, chemin des Bourrelys, 13015 Marseille, France*

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : fatadokpede2009@yahoo.fr (A.F. Atadokpédé)

Reçu le 30 août 2010 ; accepté le 14 janvier 2011

Disponible sur Internet le 22 février 2011

doi:10.1016/j.annder.2011.01.022