

Prurit et allergies

Prurit

Définition

= sensation déplaisante qui provoque le besoin de se gratter

Pathologique si :

- Fréquent ou persistant
- Source d'insomnie
- Cause d'excoriations et de lésions de grattage
- Dououreux ou cause de souffrance psychique
- Localisations particulières

Diagnostic : clinique

- Anamnèse
- Lésions dues au grattage:
 - excoriations et stries linéaires, voire ulcérations
 - prurigo : papulo-vésicules, papules excoriées ou croûteuse
 - nodules
 - lichénification : peau épaisse, grisâtre, recouverte de fines squames dessinant un quadrillage
 - pigmentation
 - surinfection : impétigo, pyodermite.

Anamnèse

- caractère localisé ou diffus
- sévérité : importance des lésions de grattage, troubles du comportement, troubles du sommeil (insomnies), retentissement sur l'état général, gêne dans le travail
- circonstances déclenchantes ou aggravantes (hypersudation, repas, douches, chaleur...) ou apaisantes (bains froids...)
- horaires de survenue
- évolution (aiguë, paroxystique ou chronique)
- prises médicamenteuses et traitements locaux
- signes généraux (fièvre, sueurs, amaigrissement)
- éventuel caractère collectif

Examen physique

- lésions cutanées (non expliquées par le grattage) orientant vers une dermatose spécifique
- dermographisme
- adénopathies périphériques, une hépato- ou splénomégalie
- dysthyroïdie
- zone génitale ou anale
- cuir chevelu



<http://dermis.net>

Diagnostic

Classification

- Dermatoses prurigineuses
- Prurit diffus *sine materia*
- Prurit localisé

1. Dermatosen pruriginöses diffuses

Dermatoses inflammatoires et immunologiques

- Eczéma
- Urticaire (dermographisme)
- Toxidermie
- Lichen plan
- Dermatoses bulleuses autoimmunes
(pemphigoïde bulleuse, dermatite herpétiforme)
- Psoriasis

Urticaire



Eczéma



Eczéma



Psoriasis









Lichenification



Pemphigoïde bulleuse



Dermatoses « de surcharge »

- Mastocytose
- Lymphomes T épidermotropes, mycosis fungoïde
- Mucinoses



Mycosis fungoïde





Lymphome cutané

Infectieuses

- Parasitoses: gale, pédiculose
- Mycoses
- Varicelle
- SIDA
- Onchocercose, filariose
- Larva migrans (ankylostomiase) et currens (anguillulose)



Varicelle

Gale





2. Prurits « sine materia »

Source exogène

- Médicaments
 - Par allergie
 - Par action pharmacologique (opiacés)
 - Par thésaurismose (amidons)
 - Par cholestase
- Agents irritants
- Aquagénique
- Sécheresse de l'environnement
- Xérose de la peau

Par maladies « internes »

- Cholestases (intra- et extrahépatiques)
- Insuffisance rénale chronique
- Hémopathies : lymphome, Vaquez, myélome, LLC
- Dysthyroïdie
- Syndrome carcinoïde
- Parasitoses
- SIDA
- Paranéoplasique (rare!)

Divers

- Prurit sénile (xérose)
- Grossesse
- Psychogène

3. Prurits localisés

N'importe quel siège

- Cicatrices
- Chéloïdes
- Séquelles de brûlures

Cuir chevelu

- Pédiculose
- Psoriasis
- Dermatite séborrhéique
- Folliculite
- Teigne
- Eczéma de contact
- Maladie de Horton
- Parasitophobie



Psoriasis

Visage

- Eczéma
- Photodermatose
- Dermite séborrhéique
- Acné traitée

Axillaire ou inguinal

- Dermite irritative
- Eczéma de contact
- Mycoses
- Érythrasma
- Histiocytose

Métamérique

- Post-zostérien (souvent algique)
- Lésions médullaires
- Lésions cérébrales: tumeur, AVC, sclérose en plaque, etc.



Zona

Anal

- Parasitose (en particulier oxyurose)
- Diarrhée chronique
- Candidose

Génital

- Dermite de contact
- Vulvite et balanite infectieuses (*Candida albicans*)
- Lichen scléreux
- Lichénification (névrodermite) : épaissement de la peau, rouge sombre ou brun, de surface quadrillée, résultant du grattage, et devenant source de prurit.

Jambes

- Produits d'hygiène
- Phlébotoniques topiques
- Eczéma de contact
- Insuffisance veineuse
- Prurit sénile
- Après ablation d'un plâtre

Source des photographies : photothèque de la
Revue du Praticien

Réactions allergiques

Urticaire géante et œdème de Quincke

Diagnostic :

- éruption de papules disséminées, prurigineuses, migratrices, congestives (rouge) à centre typiquement pâle
- angioœdème : œdème visage, langue, luvette, voies respiratoires (dyspnée majeure), dysphonie, dysphagie, extrémités (avec douleurs abdominales dans les formes héréditaires) **Risque**: obstruction des voies respiratoires par œdème laryngé.
- choc anaphylactique

URTICAIRE = ACTIVATION MASTOCYTAIRE

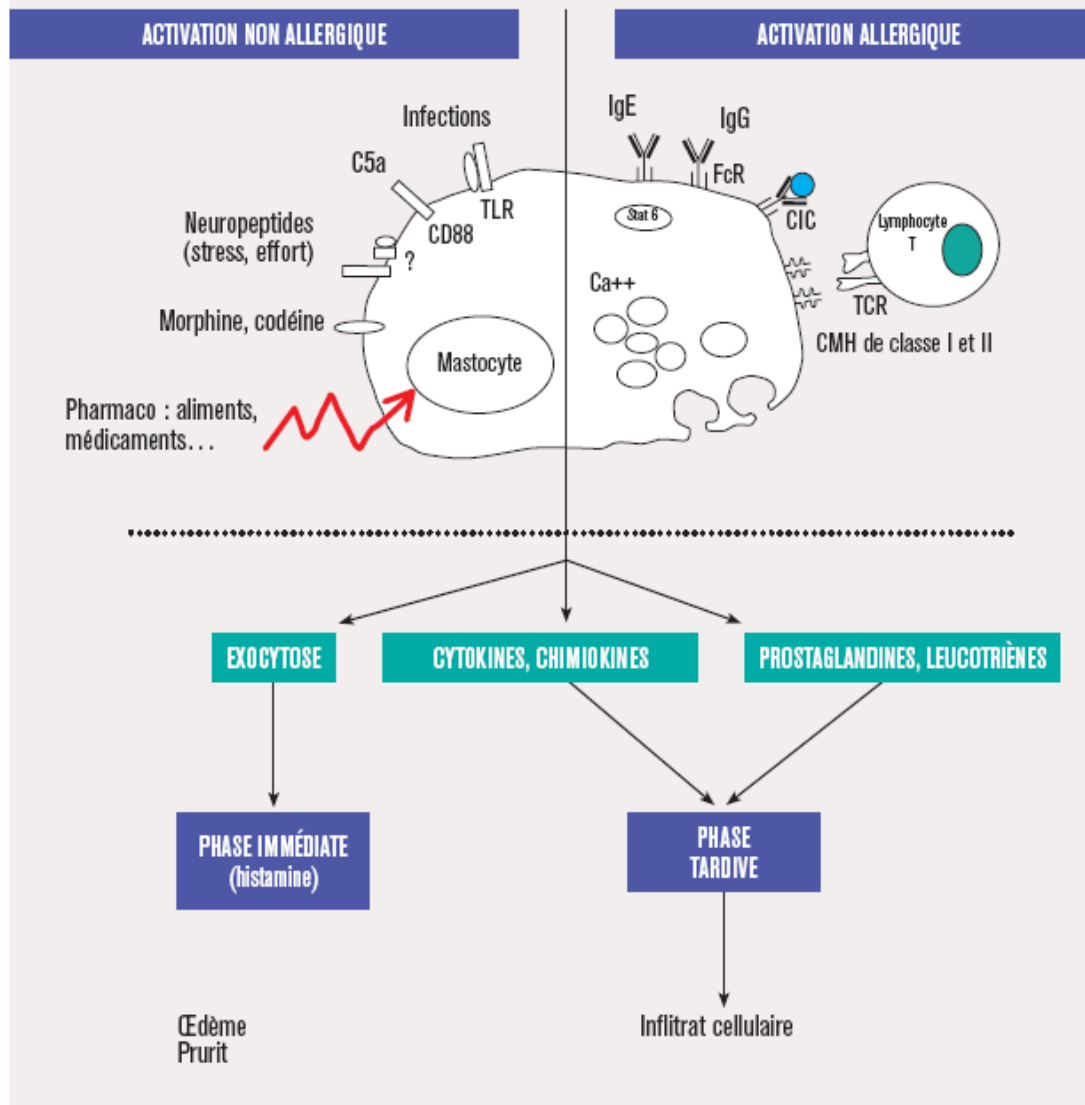


Figure. PHYSIOPATHOLOGIE DE L'URTICAIRE. ACTIVATION MASTOCYTAIRE IMMUNOLOGIQUE ET NON IMMUNOLOGIQUE
 C5a = composant 5a du complément ; Ca⁺⁺ : calcium ; CIC = Complexe Immun Circulant ; CD88 = Cluster of differentiation 88 ; CMH = complexe majeur d'histocompatibilité ; Fc RI = récepteur de haute affinité du mastocyte aux immunoglobulines de type E ; TLR = toll-like receptor.
 D'après la réf. 4.

Diagnostic différentiel

- urticaire cholinergique (souvent à l'effort) : aux zones de sudation
- maladie sérique (arthralgies, fièvre)
- syndrome des poissons scombridés (thon, saumon)
- toxidermie médicamenteuse
- œdème angioneurotique (effondrement C1.INH, C3, C4)
héréditaire et acquis (lymphomes, gammopathies monoclonales) :
pseudo-Quincke insensible à l'adrénaline et aux corticoïdes
(déclenchés par chirurgie, infection, traumatisme, AINS,...)
- syndrome cave supérieur
- érysipèle du visage

Traitement

Arrêt du contact avec l'allergène!

Supprimer les inhibiteurs de l'enzyme de conversion,
antagoniste de l'angiotensine, dextrans en cas OAN

Grade	Signes cliniques	Traitement
	Dans tous les cas	<ul style="list-style-type: none"> ■ Arrêt du contact avec l'allergène ■ Position de Trendelenburg ■ Appel SAMU ■ Assurer la liberté des voies aériennes supérieures ■ Mesures des constantes hémodynamiques, ■ Pose d'une voie veineuse périphérique ■ Oxygénothérapie, à haut débit > 10 L/min, au masque haute concentration ■ Hospitalisation 24 heures pour surveillance une fois l'amélioration obtenue
Grade I	Signes cutanéomuqueux isolés	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antihistaminiques per os ou intraveineux
Grade II	Atteinte multiviscérale modérée <ul style="list-style-type: none"> ■ Tachycardie ■ Hypotension légère ■ Hyperréactivité bronchique, toux, dyspnée ■ Nausées 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Adrénaline <ul style="list-style-type: none"> → 0,3 mg en intramusculaire renouvelable toutes les 5 min → ou si voie veineuse périphérique : bolus de 0,01 mg en intraveineux par titration toutes les 2 min (*) ■ Antihistaminique per os ou intraveineux ■ ± corticoïdes per os ou intraveineux 2 mg/kg ou 60 à 80 mg de prednisolone.
Grade III	Atteinte multiviscérale sévère <ul style="list-style-type: none"> ■ Œdème de Quincke ■ État de choc ■ Tachycardie ou bradycardie, trouble du rythme ■ Bronchospasme ■ Trouble de conscience ■ Vomissement, diarrhée 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Adrénaline <ul style="list-style-type: none"> → 0,3 mg en intramusculaire renouvelable toutes les 5 min → ou si voie veineuse périphérique : bolus de 0,1 mg en intraveineux par titration toutes les 2 min (*) ■ Remplissage vasculaire par cristalloïdes ■ Si bronchospasme <ul style="list-style-type: none"> → bronchodilatateur inhalé type bêta-2-mimétique (salbutamol) → si résistance au traitement ou forme d'emblée sévère : salbutamol intraveineux ■ Antihistaminique per os ou intraveineux ■ ± corticoïdes per os ou intraveineux
Grade IV	Arrêt cardiocirculatoire et/ou ventilatoire	<ul style="list-style-type: none"> ■ Massage cardiaque externe ■ Adrénaline intraveineux en bolus de 1 mg toutes les 1 à 2 minutes, relais par adrénaline en perfusion continue (*) ■ Remplissage vasculaire par cristalloïdes

Le choc anaphylactique

Le risque de récurrence à court terme impose une surveillance en réanimation (24h).

Diagnostic

- contexte évocateur : administration d'un médicament, d'un produit de contraste,...
- état de choc chaud (diminution TA, augmentation RC, pouls filant) , pas de marbrure, extrémités plutôt chaudes, érythème diffus
- signes associés (non constants) : bronchospasme, œdème laryngé (+ face et paupières), stridor, rhinite, urticaire, digestifs (nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée sanglante).

RECOMMANDATIONS / *RECOMMENDATIONS*

**Prise en charge de l'anaphylaxie en médecine d'urgence.
Recommandations de la Société française de médecine
d'urgence (SFMU) en partenariat avec la Société française
d'allergologie (SFA) et le Groupe francophone de réanimation
et d'urgences pédiatriques (GFRUP), et le soutien
de la Société pédiatrique de pneumologie et d'allergologie (SP²A)**

**Management of Anaphylaxis in Emergency Medicine. French Society
of Emergency Medicine (SFMU) Guidelines with the Contribution
of French Allergology Society (SFA) and the French Speaking Group
in Pediatric Intensive Care and Emergency (GFRUP), and the support
of the French pediatric pneumology and allergology society (SP²A)**

Tableau 1 Critères de Sampson et al. [3,27]. Une anaphylaxie est probable quand l'une de ces trois situations cliniques apparaît brutalement

1 Installation aiguë (minutes à quelques heures) d'une **atteinte cutanéomuqueuse** de type urticarienne^a
ET au moins un des éléments suivants :

- Atteinte respiratoire^b
- Hypotension artérielle ou signe de mauvaise perfusion d'organes^c

2 **Au moins deux** des éléments suivants apparaissant rapidement après exposition à un **probable allergène** pour ce patient (minutes à quelques heures) :

- Atteinte cutanéomuqueuse^a
- Atteinte respiratoire^b
- Hypotension artérielle ou signes de mauvaise perfusion d'organes^c
- Signes gastro-intestinaux persistants^d (douleurs abdominales, vomissements, etc.)

3 Hypotension artérielle après exposition à un **allergène connu** pour ce patient (minutes à quelques heures) :

- De 1 mois à 1 an, PAS < 70 mmHg
- De 1 à 10 ans, PAS < 70 + (2 × âge) mmHg
- De 11 à 17 ans, PAS < 90 mmHg
- Adulte, PAS < 90 mmHg ou baisse de plus de 30 % par rapport à sa valeur habituelle

PAS : pression artérielle systolique.

^a Éruption généralisée, prurit, flush, œdème des lèvres, de la langue ou de la luette, etc.

^b Dyspnée, bronchospasme, hypoxémie, stridor, diminution du débit expiratoire de pointe, etc.

^c Syncope, collapsus, hypotonie, incontinence.

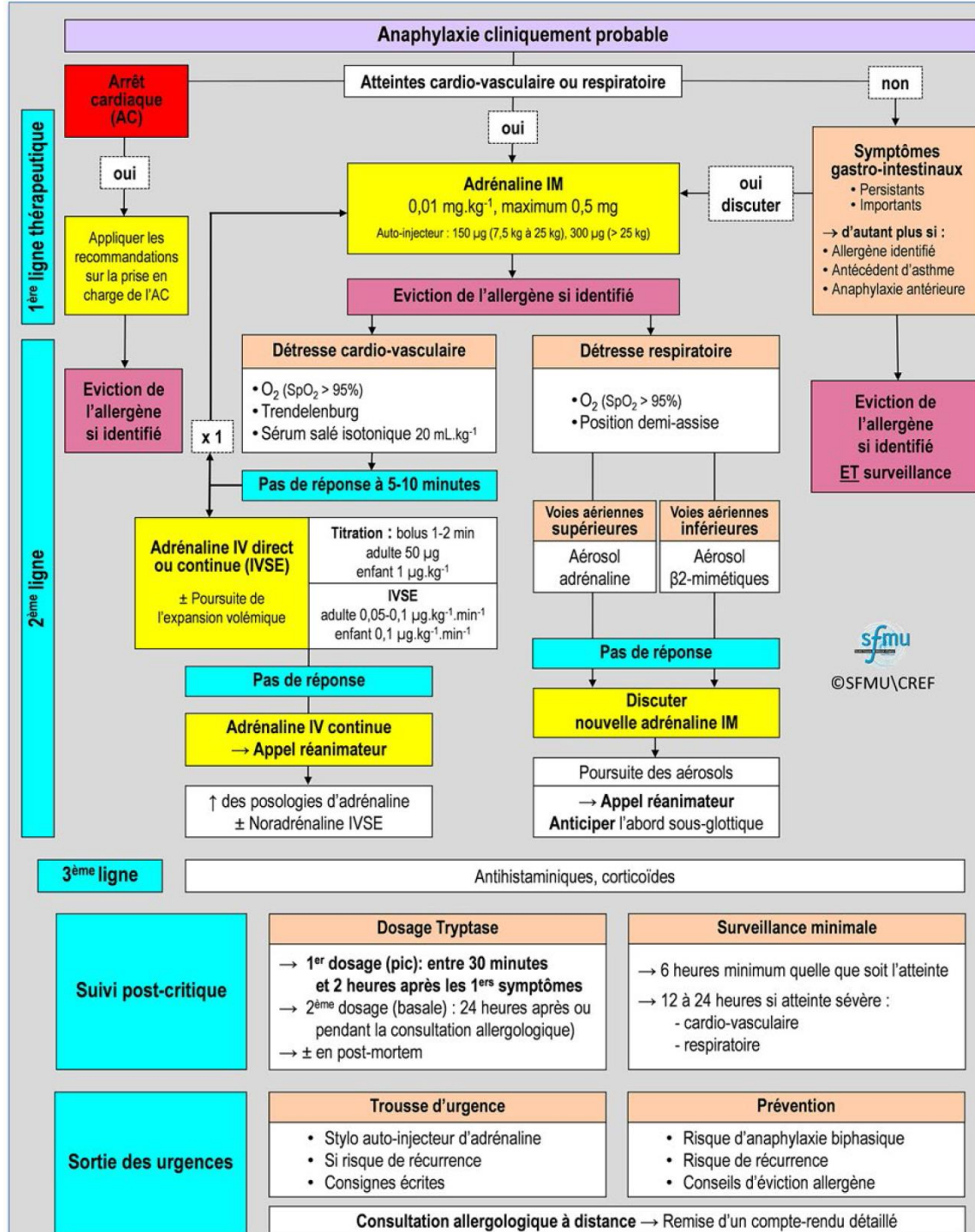
^d Le groupe propose d'entendre par « persistant » une symptomatologie encore présente au moment du contact médical.

Symptômes de l'anaphylaxie. Les signes cutanéomuqueux sont fréquents (84 %) et évocateurs [2,3]. Ils peuvent toutefois être absents, en particulier lors du collapsus inaugural de l'adulte [16,52] et dans environ 15 % des anaphylaxies de l'enfant [31].

Symptômes et fréquence	
Signes subjectifs prodromiques et autres	<ul style="list-style-type: none"> • Sensation de malaise, d'angoisse, de chaleur ou de mort imminente • Goût métallique dans la bouche • Prurit palmoplantaire
Signes cutanéomuqueux (84 % des cas)	<ul style="list-style-type: none"> • Érythème ou rash cutané • Éruption maculopapuleuse, urticaire superficielle • Urticaire profonde (angio-œdème), souvent mieux visible sur les zones où la peau est fine (paupières, oreilles) • Paresthésies de l'oropharynx • Œdème des lèvres, de la langue ou de la luette • Larmoiement, hyperhémie conjonctivale
Signes cardiovasculaires (72 % des cas)	<ul style="list-style-type: none"> • Tachycardie, bradycardie (réflexe de Bezold-Jarisch), arythmie, palpitations • Hypotension, collapsus, choc, perte de connaissance • Douleur thoracique, troubles de la repolarisation • Troubles de conduction • Arrêt cardiaque
Signes respiratoires (68 % des cas)	<ul style="list-style-type: none"> • Voies aériennes supérieures : rhinorrhée, congestion nasale, toux sèche, éternuements, prurit et gêne pharyngés, dysphonie, enrouement, dyspnée laryngée, stridor • Voies aériennes inférieures : polypnée ou bradypnée, dyspnée, toux, bronchospasme, baisse du débit expiratoire de pointe, gêne thoracique, difficulté à parler • Cyanose, arrêt respiratoire
Signes digestifs (45 % des cas)	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur abdominale, nausées, vomissements, diarrhées, dysphagie • Régurgitations chez le nourrisson
Signes neurologiques (15 % des cas)	<ul style="list-style-type: none"> • Confusion, modification du comportement, irritabilité, céphalées • Agitation, vertige • Somnolence, léthargie chez le nourrisson • Altération de la vigilance, convulsions

Diagnostic différentiel

- choc vagal
- choc septique
- choc cardiogénique
- hypoglycémie
- mastocytose systémique (caractère récurrent)
- intoxication scombroïde
- oedème angioneurotique héréditaire ou acquis
- crise d'asthme



Bronchospasme et crise d'asthme

Hypersensibilités médicamenteuses

Ensemble des réactions cutanées et/ou systémique induites par la prise d'un médicament (allergique-10%- ou non)

Immédiate ou non

Allergique ou non

Hypersensibilité médicamenteuse

- Immédiate
- Quelques minutes à moins d'une heure
- Érythème, prurit, urticaire, oedèmes mains et pieds, visage (angioedème), vomissements, diarrhée, perte de connaissance, choc
- Bilan: prick tests + en 20 min et biologie (IgE spécifiques)
- Allergique ou non

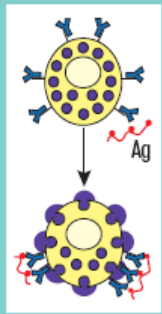
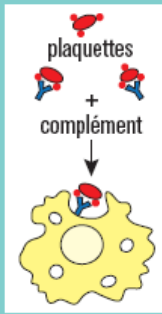
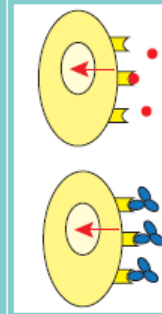
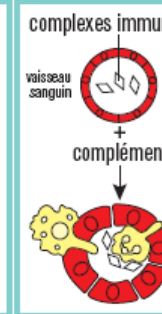
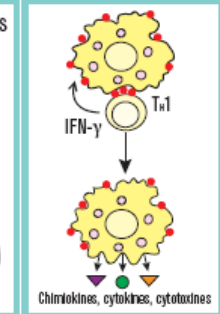
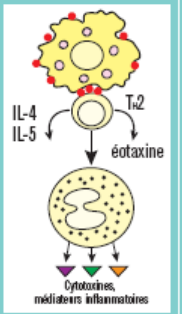
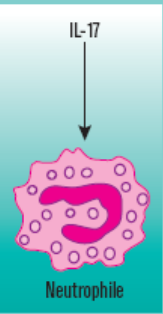
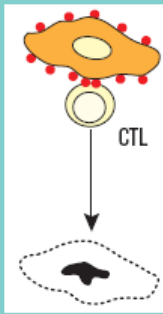
Hypersensibilité médicamenteuse

- Retardée
- Quelques heures à quelques semaines
- Erythème, bulles, décollements cutanés (nécrolyse épidermiques)
- Lymphocytes T infiltrent la peau et les organes
- Allergique ou non
- Bilan: tests cutanés + en 48 h + biologie

Hypersensibilité non allergique

- Pseudo-allergie, intolérance, idiosyncrasie
- Immunité innée, naturelle
- 90%
- Bénigne
- Susceptibilité individuelle
- Exemples: AINS (production accrue de leucotriène), IEC (libération de kinines), curare, quinolone, exanthème sur betalactamines

Hypersensibilité allergique

CLASSIFICATION DES MALADIES ALLERGIQUES (ET AUTO-IMMUNES) SELON GELL & COOMBS							
TYPE I	TYPE II		TYPE III	TYPE IV			
IgE	IgG		IgG	CD4 Th1	CD4 Th2	CD4 Th17	CD8 cytotoxique
Ag solubles	Ag cellulaires ou matriciels	Récepteurs cellulaires	Ag solubles	Ag solubles	Ag solubles		Ag cellulaires
Mastocyte	Complément, phagocytes, NK	Ac altérant la signalisation	Complément, phagocytes	Macrophages	Éosinophiles	Neutrophiles	Cytotoxicité
							
EXEMPLES DE MALADIES							
Rhinite, asthme, anaphylaxie	Réaction transfusionnelle, anémie hémolytique	Thyroïdite, myasthénie	Lupus érythémateux, maladie sérique	Rejet de greffes, arthrite, diabète psoriasis (intradermoréaction à la tuberculine)	Asthme chronique, rhinite chronique, eczéma atopique	Psoriasis, polyarthrite, sclérose en plaques, maladie de Crohn	Rejet de greffes, diabète de type I, eczéma de contact, vitiligo, pelade
ALLERGIES AUX MÉDICAMENTS							
Choc anaphylactique	Cytopénie médicamenteuse		Vascularite immuno-allergique, pseudo-maladie sérique	Exanthème, DRESS	DRESS	Pustulose exanthématique	Nécrolyse épidermique, Syndrome de Lyell/syndrome de Stevens-Johnson

CARACTÉRISTIQUES DES PRINCIPALES TOXIDERMIES							
	Synonymes	Incidence	Atteinte cutanée	Atteinte systémique	Biologie	Principaux médicaments	Pronostic
Exanthème	Toxidermie érythémateuse Rash	Fréquente mais non connue avec certitude	Macules et papules érythémateuses	Rare et modérée (rein, foie)	Lymphopénie et/ou éosinophilie modérées	Antibiotiques	Bon
DRESS	Syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse	1/10 000 (anti-épileptiques)	Papules infiltrées Érythrodermie Purpura Pustules Œdème facial	Rein Foie Cœur Poumons SAM	Lymphopénie Lymphocytes activés Monocytose	Allopurinol Antiépileptiques Sulfamides Pénicillines	Mortalité 10 % Séquelles
Nécrolyse épidermique toxique	Syndrome de Lyell	1 à 3/106 habitants	Érythème diffus Pseudo-cocarde Détachement Signe de Nikolsky Atteinte muqueuse sur plusieurs sites	Poumons (SDRA) Digestifs (détachement) Foie Rein Neutropénie	Lymphopénie neutropénie	Allopurinol Antiépileptiques Sulfamides	Mortalité 30 % Séquelles

Tableau. DRESS : *drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms* ; SAM : syndrome d'activation macrophagique ; SDRA : syndrome de détresse respiratoire aiguë.

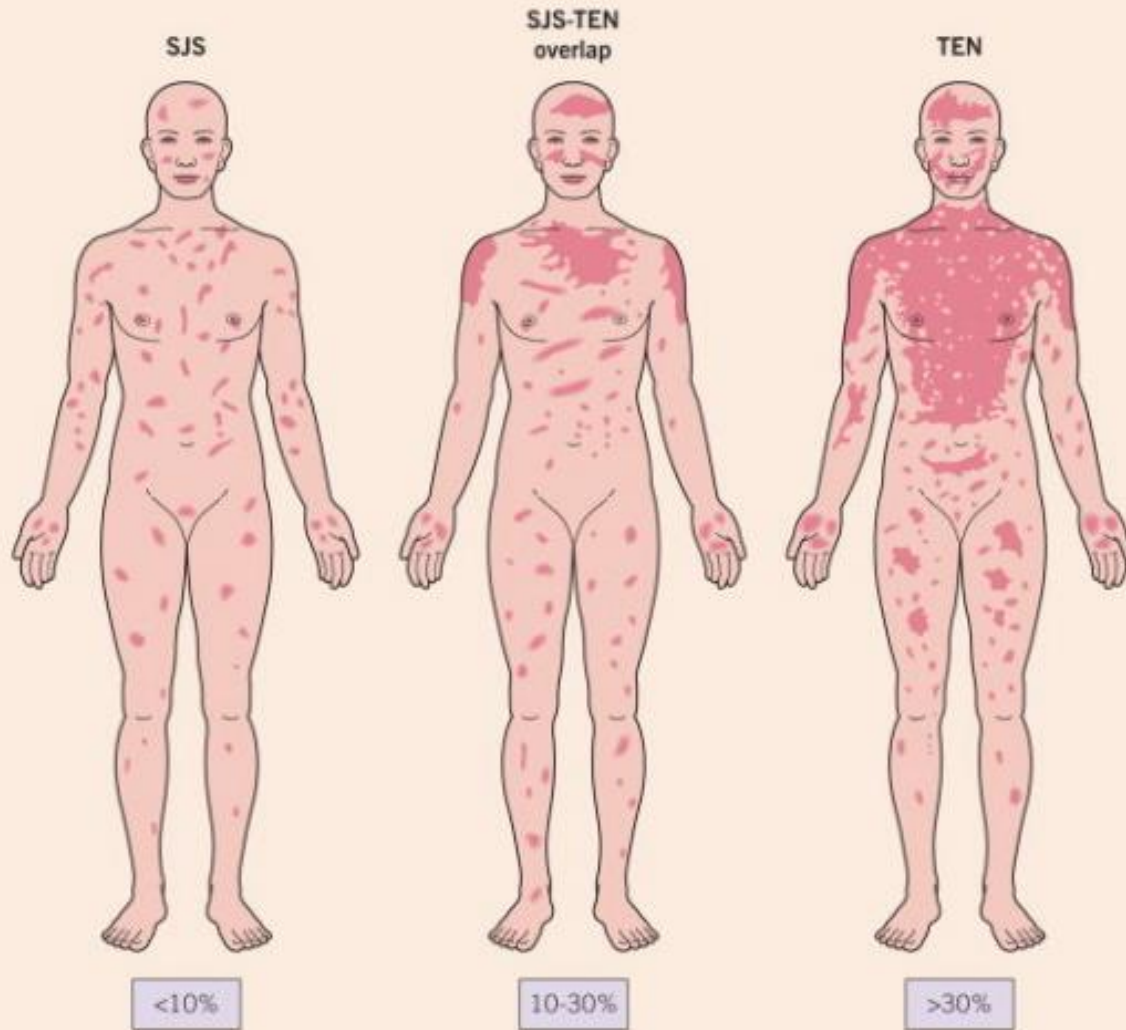
Syndromes de Lyell et Stevens-Johnson

= nécrolyse épidermique, affection aiguë grave caractérisée par la destruction de la couche superficielle de la peau (épiderme) et des muqueuses (épithélium)

- **syndrome de Stevens-Johnson** : formes limitées de nécrolyse épidermique

- **syndrome de Lyell** : nom donné aux formes les plus étendues

SPECTRUM OF DISEASE BASED UPON SURFACE AREA OF EPIDERMAL DETACHMENT



□ = Surface area of epidermal detachment ■ = detached epidermis

SJS = Stevens-Johnson syndrome TEN = Toxic epidermal necrolysis

Tableau clinique

- début avec fièvre, symptômes muqueux ou éruption cutanée (type varicelle) d'abord au visage et à la partie supérieure du tronc.
 - évolution rapide :
 - * éruption douloureuse : vésicules confluentes à l'ensemble de la peau, s'arrachant en lambeaux au contact (signe de Nikolsky), mettant à jour une surface cutanée décollée (syndrome de Stevens-Johnson < 10 % de la surface corporelle, Lyell > 30 % ,)
 - * atteinte muqueuse douloureuse : oropharynx, yeux, bronches, tube digestif, organes génitaux, anus
 - * fièvre élevée, asthénie
 - * hépatite franche (10 % des cas)
- Complications : pertes liquidiennes (hypovolémie), infections, SDRA, syndrome de défaillance multiviscérale.

Etiologie

- le plus souvent : « allergie » médicamenteuse avec en cause l'allopurinol, les sulfamides anti-infectieux (cotrimoxazole), anticomitiaux (carbamazépine, phénytoïne, phénobarbital), AINS dérivés de l'oxicam
- rarement pneumopathies atypiques à *Mycoplasma pneumoniae*
- GVHD (greffe de moelle allogénique)

Diagnostic

= clinique, aidé de la biopsie cutanée (aucune anomalie spécifique)

ΔΔ

- épidermolyse staphylococcique (nourrisson)
- brûlure
- érythème bulleux généralisé
- dermatoses bulleuses autoimmunes (pemphigus)

Les médicaments à « haut risque » de nécrolyse épidermique

Sulfamides anti-infectieux
■ Sulfaméthoxazole-triméthoprim
■ Sulfadiazine
■ Sulfasalazine
■ Sulfafurazole
■ Sulfadoxine
Anticomitiaux
■ Lamotrigine
■ Carbamazépine
■ Phénytoïne
■ Phénobarbital
Anti-inflammatoires non stéroïdiens
■ Phénylbutazone
■ Piroxicam
■ Ténoxicam
■ Méloxicam
Antiviraux
■ Névirapine
Hypo-uricémiant
■ Allopurinol

Pronostic

- mortalité : 20 à 30%
- les lésions cutanées guérissent en 3 à 4 semaines



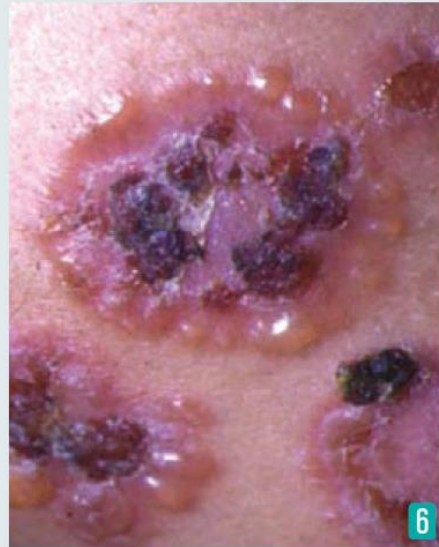
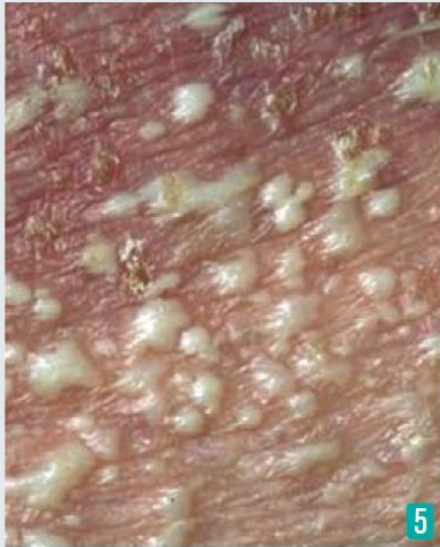


Figure. ASPECT CLINIQUE DES TOXIDERMIES

1. Nécrolyse épidermique toxique : décollent cutané, signe de Nikolsky
2. DRESS : érythème et œdème facial
3. Érythème pigmenté fixe bulleux
4. Érythème polymorphe
5. Pustulose exanthématique aiguë généralisée
6. Dermatose à immunoglobuline A linéaire
7. Toxidermie érythémateuse, exanthème

Classification des réactions immunologiques provoquées par les médicaments

CLASSIFICATION DE GELL ET COOMBS ÉTENDUE	TYPE DE RÉPONSE IMMUNITAIRE	CARACTÉRISTIQUES PHYSIOPATHOLOGIQUES	SIGNES CLINIQUES	DÉLAI HABITUEL D'APPARITION DES SYMPTÔMES (après le début du traitement)*
Type I	■ IgE	■ Activation des mastocytes et des basophiles	■ Choc anaphylactique ■ Œdème de Quincke ■ Urticaire ■ Bronchospasme	■ De quelques minutes à 1 heure après la dernière prise médicamenteuse
Type II	■ IgG et FcR	■ Cytotoxicité dépendant du FcR	■ Cytopénie	■ 5 à 15 jours
Type III	■ IgG ou IgM et complément ou FcR	■ Dépôts d'immuns complexes	■ Maladie sérique ■ Urticaires ■ Vascularites ■ Lupus induit	■ 7 à 8 jours pour la maladie sérique ■ 7 à 21 jours pour les vascularites
Type IVa	■ Th1 (IFN γ)	■ Activation des monocytes	■ Eczémas	■ 5 à 21 jours
Type IVb	■ Th2 (IL-4 et IL-5)	■ Inflammation éosinophilique	■ Exanthèmes maculo-papuleux et bulleux	■ 2 à 6 semaines pour le syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse (DRESS)
Type IVc	■ Lymphocyte T cytotoxique (perforine, granzyme B, FasL)	■ Lyse des kératinocytes médiée par les lymphocytes T CD4 ou CD8	■ Exanthèmes maculo-papuleux, bulleux et pustuleux	■ Moins de 2 jours pour l'érythème pigmenté fixe ■ 7 à 21 jours pour les syndromes de Stevens-Johnson et de Lyell
Type IVd	■ Lymphocyte T (IL-8/CXCL8)	■ Recrutement et activation des neutrophiles	■ Pustulose exanthématique aiguë généralisée	■ Moins de 2 jours

Tableau 1 Adaptée de la réf. 1. * sauf pour les réactions de type 1. Ig: immunoglobuline; IFN: interféron; Th: *T helper*; IL: interleukine. FcR: récepteur membranaire cellulaire pour les immunoglobulines; DRESS: *drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms*; CXCL: *chemokine (C-X-motif) ligand*.

Signes de gravité (cliniques et biologiques) à rechercher rapidement devant toute suspicion d'allergie médicamenteuse

SIGNES D'ALERTE		RECHERCHER Signes		RAPIDEMENT Diagnostics
<ul style="list-style-type: none"> ■ Prurit palmoplantaire ■ Chute tensionnelle 	➔	<ul style="list-style-type: none"> ■ Autres signes d'anaphylaxie (urticaire/angio-œdème, pression artérielle) 	➔	<ul style="list-style-type: none"> ■ Choc anaphylactique
<ul style="list-style-type: none"> ■ Dysphonie ■ Hypersialorrhée 				<ul style="list-style-type: none"> ■ Œdème laryngé
<ul style="list-style-type: none"> ■ Décollement cutané, bulles, signe de Nikolski* ■ Éruption douloureuse ■ Érosions muqueuses 	➔	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bilan hydro-électrolytique ■ Hémogramme, ASAT - ALAT ■ Complications systémiques 	➔	<ul style="list-style-type: none"> ■ Syndromes de Lyell et Stevens-Johnson
<ul style="list-style-type: none"> ■ Fièvre > 40 °C ■ Exanthème maculo-papuleux très étendu** ■ Infiltration du visage ■ Polyadénopathies 	➔	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hémogramme (éosinophiles) ASAT - ALAT ■ Créatininémie, protéinurie*** 	➔	<ul style="list-style-type: none"> ■ Syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse (DRESS)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Purpura infiltré ■ Nécrose cutanée 	➔	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hémogramme (plaquettes) ■ Complément ■ Créatininémie, protéinurie 	➔	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vascularite

Tableau 4 Adaptés de la réf. 5. * clivage de la couche superficielle de l'épiderme provoqué par une pression ou un frottement appuyé du doigt sur les téguments; ** à plus de 60 % de la surface corporelle; *** à la bandelette urinaire; DRESS: *drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms*; ASAT: aspartate aminotransférase; ALAT: alanine aminotransférase.



J Res Pharm Pract. 2017 Apr-Jun; 6(2): 130–133.
doi: [10.4103/jrpp.JRPP_17_23](https://doi.org/10.4103/jrpp.JRPP_17_23)

PMCID: PMC5463549

Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptom in a Patient with Pneumonia and Hyperthyroidism

Hualiang Jin,¹ Limin Wang,¹ and Jian Ye¹

[Author information](#) ▶ [Article notes](#) ▶ [Copyright and License information](#) ▶

Abstract

Go to:

Drug rash with eosinophilia and systemic symptoms syndrome is an idiosyncratic drug reaction characterized by fever, skin eruption, lymph node enlargement, and internal organ involvement. We report a case of a patient with pneumonia who developed clinical manifestations of fever, rash, lymphadenopathy, hypereosinophilia, and visceral involvement (renal failure and eosinophilic pneumonitis) caused by methimazole. The patient improved remarkably with drug withdrawal. A high index of clinical suspicion is emphasized to facilitate prompt diagnosis of medication-related adverse effect and its discontinuation.

KEYWORDS: *Drug rash with eosinophilia and systemic symptoms, hyperthyroidism, pneumonia, Methimazole*

INTRODUCTION

Go to:

Drug rash with eosinophilia and systemic symptom (DRESS) is a severe adverse drug reaction manifested by a diffuse maculopapular rash, fever, hematological abnormalities, and visceral involvement. Methimazole or thiamazole, together with carbimazole and propylthiouracil, are antithyroid medications belonging to the class of thionamides. Thionamides side effects are rare and include fever, rash, arthralgias, agranulocytosis and hepatitis. To the best of our knowledge, the DRESS syndrome was not reported previously with methimazole (thyrozol) in the Chinese population. Here, we present a case of pneumonia with hyperthyroidism who develop the DRESS with visceral involvement induced by thyrozol.

CASE REPORT

Go to:

A 78-year-old male was admitted with fever and cough for more than 2 weeks. His medical history was not remarkable, only with mild chronic gastritis. He had not been taking any medication and had not experienced allergies to drugs or food previously. A chest computed tomography (CT) identified multiple patchy on both lungs. On physical examination, the patient presented with crackles in the bilateral inferior pulmonary region. His hematological and biochemical parameters were basically normal, which included a leukocyte count of $7.2 \times 10^9/L$ (neutrophils 78.2%, lymphocytes 8.3%, and eosinophils 2.6%), aspartate

Formats:

[Article](#) | [PubReader](#) | [ePub \(beta\)](#) | [Printer Friendly](#) | [Citation](#)

Share

[Facebook](#) [Twitter](#) [Google+](#)

Save items

Add to Favorites

Similar articles in PubMed

DRESS Syndrome Following Metformin Administration: A Case Report and Review of the Literature. [Am J Ther. 2016]

Dress syndrome with sepsis, acute respiratory distress syndrome and pneumomediastinum. [Indian J Dermatol. 2011]

Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS) syndrome induced by celecoxib and anti [J Korean Med Sci. 2008]

Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms syndrome associated with Nitrofurantoin. [J Res Pharm Pract. 2016]

DRESS syndrome: a case report and literature review. [BMJ Case Rep. 2011]

[See reviews...](#)

[See all...](#)

Links

[PubMed](#)

[Taxonomy](#)

Recent Activity

[Turn Off](#) [Clear](#)

Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptom in a Patient with Pneumonia...

Peled N (293) PubMed

meert ap AND Peled N (0) PubMed

zarogoulidis (325) PubMed

Vascularites médicamenteuses

essentiellement responsables de **manifestations cutanées (purpura) sans atteinte systémique.**

- Médicaments le plus souvent en cause: sulfamides antibactériens et antidiabétiques, β -lactamines, tétracyclines, diurétiques thiazidiques, allopurinol, AINS.
- Antithyroïdiens de synthèse (méthimazole, propylthio-uracile, benzythio-uracile): à l'origine de vascularites systémiques avec présence d'ANCA.

Classification des vascularites selon la taille des vaisseaux atteints et les mécanismes en cause (selon Chapel Hill, 2012)

Vascularites des vaisseaux de grande taille (aorte et ses principales branches)

- maladie de Horton
- maladie de Takayasu

Vascularites des vaisseaux de taille moyenne (principales artères [et veines] viscérales et leurs branches initiales)

- périartérite noueuse
- maladie de Kawasaki

Vascularites des petits vaisseaux (artères intraparenchymateuses, artérioles, capillaires, veinules et veines) comprenant

→ *Vascularites associées*

aux ANCA (anticorps anticytoplasme des polynucléaires)

- granulomatose avec polyangéite (GPA, anciennement Wegener)
- micropolyangéite (MPA)
- granulomatose à éosinophiles avec polyangéite (EGPA, angéite de Churg et Strauss)

→ *Vascularites à complexes immuns*

- vascularites cryoglobulinémiques

- vascularites à dépôts d'IgA : purpura rhumatoïde = purpura d'Henoch Schönlein
- vascularites à dépôts d'anticorps anti-membrane basale glomérulaire (Goodpasture)
- vascularites urticariennes hypocomplémentémiques (à anticorps anti-C1q) Mac Duffie

Autres vascularites

Vascularites touchant des vaisseaux de différentes tailles (petits, moyens et gros vaisseaux) et de différents types (artères, veines, capillaires)

- maladie de Behçet
- syndrome de Cogan

Vascularites touchant un seul organe (artère ou veine quelle que soit la taille)

Elles peuvent rester isolées ou s'intégrer ultérieurement dans le cadre d'une vascularite systémique

- vascularites cutanées leucocytoclasiques
- vascularite du système nerveux central
- aortites

Vascularites secondaires

- vascularites associées à d'autres maladies systémiques
- vascularite lupique (lupus)
- vascularite rhumatoïde (polyarthrite rhumatoïde)
- vascularite sarcoïdique (sarcoïdose)

Vascularites associées à une étiologie probable :

Elles s'intègrent dans des catégories précédentes selon leurs caractéristiques

- vascularites cryoglobulinémiques associées au virus de l'hépatite C
- vascularites associées au virus de l'hépatite B
- aortite syphilitique
- vascularites médicamenteuses à complexes immuns
- vascularites médicamenteuses associées aux ANCA (anticorps anticytoplasme des polynucléaires neutrophiles)
- vascularites associées aux cancers (et hémopathies)

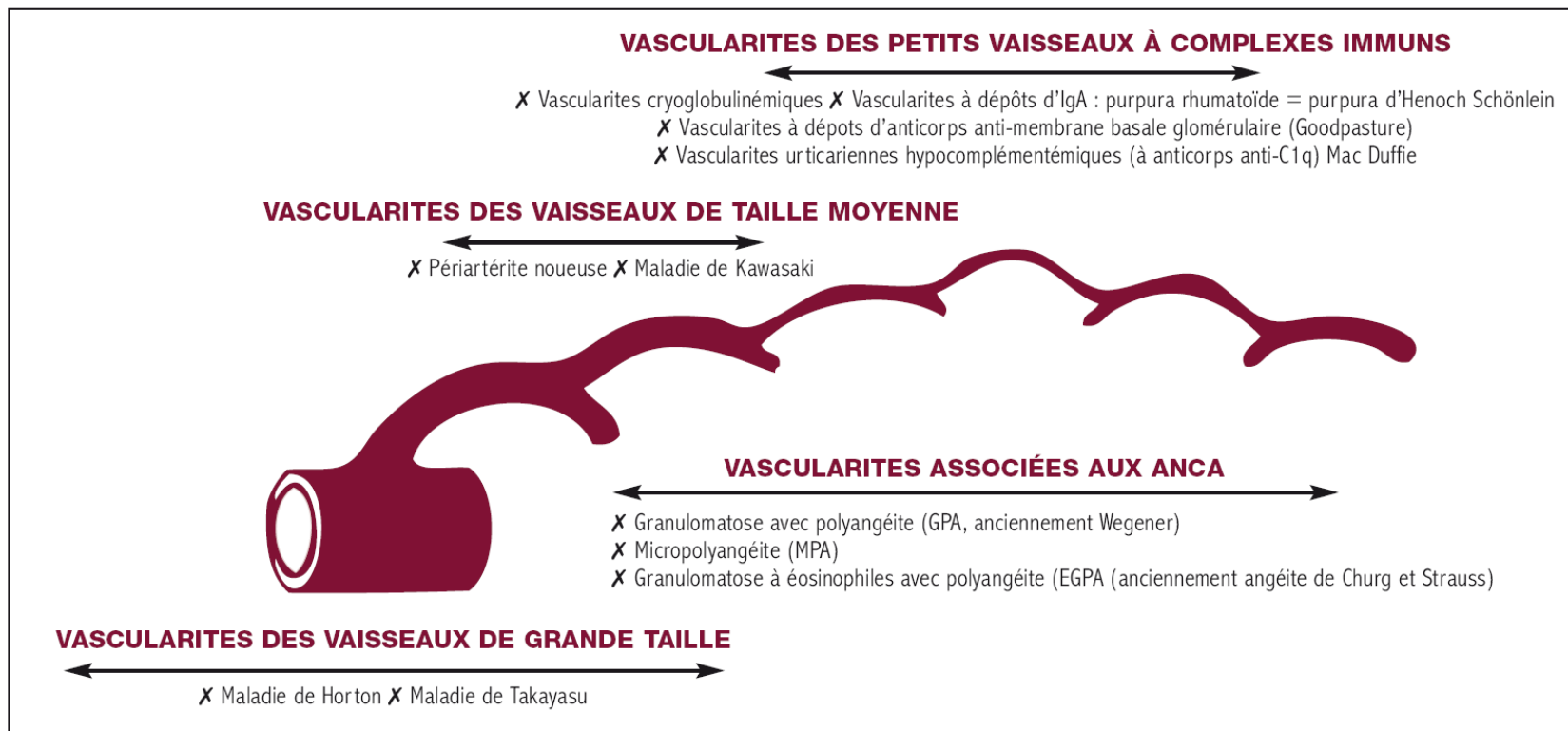


FIGURE 1 Classification des vascularites selon la taille des vaisseaux atteints. D'après Jennette JC, Falk RJ, Bacon PA, *et al.* 2012 revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. *Arthritis Rheum* 2013;65(1):1-11.