

# Toxidermie : quelle démarche diagnostique ?

→ A. WELFRINGER-MORIN

Service de Dermatologie  
Hôpital Necker-Enfants malades AP-HP,  
PARIS

Les éruptions cutanées chez l'enfant sont très fréquentes, le plus souvent d'origine infectieuse, mais parfois d'origine médicamenteuse. Les toxidermies sont des réactions d'hypersensibilité retardée à un médicament.

Devant toute suspicion de toxidermie, il convient de réaliser une frise médicamenteuse avec la chronologie des médicaments (date d'introduction, augmentation de posologie, arrêt) précédant l'éruption. Tout médicament peut être suspect de toxidermie, bien qu'il existe des médicaments dits à haut risque (comme les antiépileptiques et les sulfamides antibactériens). L'arrêt précoce du médicament est un facteur pronostic. L'anamnèse et la sémiologie sont indispensables pour classer la toxidermie en toxidermie non grave ou toxidermie grave.

Devant tout exanthème avec suspicion de toxidermie, il faut rechercher des signes de gravité clinique : une altération de l'état général, une fièvre élevée, une atteinte muqueuse, un œdème du visage, une douleur cutanée, des bulles, pustules, vésicules, un décollement cutané, du purpura, des adénopathies. Ces signes orienteront vers une toxidermie grave.

● La **pustulose exanthématique aiguë généralisée** se manifeste par de grands placards érythémateux et pustuleux. Cette toxidermie prédomine aux plis. Les médicaments les plus pourvoyeurs sont les antibiotiques. On retrouve souvent une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles et parfois une petite hyperéosinophilie.

● On suspecte un **DRESS "Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms"** devant l'association de fièvre, œdème du visage ou des extrémités, polyadénopathies et hépatosplénomégalie, exanthème diffus ou érythrodermie. Sur le plan biologique, on retrouve dans 80 % des cas une hyperéosinophilie et des lymphocytes hyperbasophiles. Il faut rechercher une atteinte systémique associée : atteintes hépatique, rénale, cardiaque, pulmonaire et/ou hématologique avec le syndrome d'activation macrophagique. Les antiépileptiques et les antibiotiques sont les plus pourvoyeurs de DRESS.

● Le diagnostic de **nécrolyse épidermique** (syndrome de Stevens-Johnson, syndrome de chevauchement ou syndrome de Lyell) est retenu devant l'apparition d'un syndrome pseudo-grippal avec une fièvre élevée, puis l'apparition d'une atteinte muqueuse érosive (buccale, ophtalmologique, anale, génitale et/ou nasale) puis cutanée à type de pseudo cocardes purpuriques et de bulles. L'atteinte cutanée évolue rapidement vers un décollement cutané en "linge mouillé".

La douleur cutanée est au premier plan et la prise en charge est urgente dans un centre spécialisé.

L'**exanthème maculo-papuleux** est la toxidermie la plus fréquente de l'enfant. Elle est bénigne et survient 4 à 14 jours après l'introduction du médicament (principalement antibiotiques et antiépileptiques). 10 à 20 % des exanthèmes maculo-papuleux de l'enfant sont d'origine médicamenteuse. Le principal diagnostic différentiel est l'exanthème viral.

Dans le cas d'un exanthème maculo-papuleux non grave (sans lésion urticaire, durant moins de 7 jours, sans signe clinique et biologique de gravité, sans nécessité de traitement systémique, touchant moins de 50 % de la surface cutanée) on pourra proposer un test de provocation orale en milieu hospitalier sans faire de tests cutanés préalables.

Au total, devant toute suspicion de toxidermie, l'analyse de la frise médicamenteuse et l'analyse sémiologique sont indispensables. L'arrêt précoce du médicament est un facteur pronostic. Il faudra adresser ensuite l'enfant pour un bilan allergologique.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.