

COMMUNICATION

Manifestations buccales de Toxidermie à l'Allopurinol : un cas.

Quinque E¹, Milpied B², Catros S¹, Fricain JC¹

¹ Service d'odontologie CHU Pellegrin, Place Amélie Raba-Léon, 33000, Bordeaux, FRANCE

² Service dermatologie Hôpital St André, 54 rue Magendie, 33000, Bordeaux, FRANCE

L'Allopurinol (inhibiteur de la xanthine oxydase) a une autorisation de mise sur le marché depuis 1963 pour traiter l'hyperuricémie symptomatique et la goutte. Les ventes mondiales sont estimées à environ 240 millions de doses uniques chaque année (Aubock, Fritsch, 1985). Il est la première cause de nécrolyse épidermique toxique (syndrome de Stevens-Johnson et Lyell) en Europe et l'un des premiers pourvoyeurs de syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse (DRESS - drug rash with eosinophilia and systemic symptoms) (ANSM 2013). Très peu de cas d'hypersensibilité cutanéomuqueuse avec atteinte buccale ont été rapportés dans la littérature (Chu Sato 2009). Un cas d'ulcérations buccales lichénoides imputées à l'allopurinol est rapporté.

Un patient de 65 ans avec des antécédents de vascularite avec atteintes cutanée, pulmonaire, digestive et rénale compliquée d'une glomérulonéphrite post-infectieuse a été adressé par le service de dermatologie du CHU de Bordeaux pour des ulcérations buccales survenues il y a 3 mois. Le patient était traité par Atorvastatine (Tahor), Furosémide (Lasilix), Allopurinol, Néбиволол (Temerit), Pantoprazole (Eupantol), Sévéламер (Renvela), Calcium (Orocal), Acétylsalicylate de lysine (Kardégic), Prednisone (Cortancyl), Bromazépam (Lexomil) et sulfate ferreux, acide folique (Tardyferon B9). Sur le plan cutané il présentait des lésions lichénoides et psoriasiformes sous forme de plaques arrondies du cuir chevelu, des épaules et des lésions hyperkératosiques punctiformes au niveau du visage. Les biopsies cutanées avaient révélé une kératose folliculaire en rapport avec une folliculite chronique d'aspect compatible avec une toxidermie. Au niveau buccal il existait des ulcérations lichénoides douloureuses des lèvres, des faces internes de joues et de la langue. La biopsie de la muqueuse buccale avait révélé la présence de lésions nécrotiques

épithéliales associées à une exocytose d'éléments inflammatoires de type polynucléaire neutrophile. L'arrêt de l'allopurinol avait été demandé et une préparation magistrale de clobétasol/Xylocaïne 50/50 à appliquer sur les ulcérations avait été prescrite à visée symptomatique. Les ulcérations buccales ont disparu quelques jours après l'arrêt de l'allopurinol. L'évolution des lésions cutanées était également favorable.

L'imputabilité de l'allopurinol dans la survenue de syndrome d'hypersensibilité est parfois difficile à attribuer en raison des traitements concomitants. Dans le cas présenté le diagnostic de la toxidermie à l'allopurinol avait été posé après de nombreux échecs thérapeutiques : traitement anti-herpétique, Corticothérapie per os et inhalée. Le mécanisme de survenue n'est pas connu. Les symptômes peuvent survenir dès les premières administrations mais dans certains cas sont différés d'un ou plusieurs mois (McInnes et al. 1981). Dans le cas présenté l'allopurinol avait été introduit par le néphrologue pour une augmentation de l'urémie 8 mois avant les premières manifestations. Les signes cutanés d'une réaction d'hypersensibilité sont un érythème extensif, progressant jusqu'à la dermatite exfoliative et dans de rares cas une nécrolyse épidermique toxique (Chan HL, 1977). L'atteinte orale est rare, mais l'examen de la muqueuse buccale ne doit pas être négligé car des manifestations buccales peuvent être présentes même dans la forme paucisymptomatique décrite chez le patient.

QUINQUE Emilie

quinque-emilie@hotmail.com