

Syndrome de Sweet médicamenteux: à propos deux cas induits par des antibiotiques

1^{er} Auteur : arij, LISSIR, Résidente, Dermatologie, Hôpital militaire, Tunis, TUNISIE

Autres auteurs, équipe:

- faten, RABHI, Assistante hospitalo-universitaire, Dermatologie, Hôpital militaire, Tunis, TUNISIE
- malek, BEN SLIMENE, Assistante hospitalo-universitaire, Dermatologie, Hôpital militaire, Tunis, TUNISIE
- nour, GUEDDICHE, Assistante hospitalo-universitaire, Médecine interne, Hôpital militaire, Tunis, TUNISIE
- Kahena, JABER, Professeur, Dermatologie, Hôpital militaire, Tunis, TUNISIE
- abederraouf, Dhaoui, Professeur, Dermatologie, Hôpital militaire, Tunis, TUNISIE

Introduction

Le syndrome de Sweet (SS) est une dermatose neutrophilique rare. L'origine médicamenteuse est rarement décrite. Nous rapportons deux cas de SS médicamenteux ; un induit par la ciprofloxacine et l'autre par l'amoxicilline-acide clavulanique.

Observation

Cas n°1 : Une femme âgée de 45 ans nous a consultés pour des nodules douloureux des jambes apparus 4 jours après la prise de ciprofloxacine pour une infection urinaire. Ces lésions étaient associées à une fièvre à 39°C et à des polyarthralgies. La biologie montrait une hyperleucocytose à 13400 éléments/mm³ à prédominance de neutrophiles (8700/mm³) et un syndrome inflammatoire biologique (SIB) avec une vitesse de sédimentation (VS) à 80 mm et une protéine C réactive (CRP) à 60 mg/L. Le reste du bilan et la radiographie pulmonaire étaient normaux. L'examen histologique de la biopsie cutanée retrouvait un œdème du derme superficiel avec un infiltrat dermique de polynucléaires neutrophiles (PNN) sans vascularite.



Cas n°2 : Un homme âgé de 42 ans s'est présenté aux urgences pour une asthénie avec des polyarthralgies fébriles apparues 10 jours après la prise d'amoxicilline-acide clavulanique suite à des soins dentaires. L'examen clinique révélait des plaques érythémateuses infiltrées sensibles au niveau des bras apparues depuis une semaine. La biologie montrait une hyperleucocytose à 12100 éléments/mm³ à prédominance de neutrophiles (9500/mm³) et un SIB marqué par une VS à 100 mm, une CRP à 130 mg/L et une anémie normochrome normocytaire arégénérative à 11 g/dl. Le reste du bilan et la radiographie pulmonaire étaient normaux. L'examen histologique de la biopsie cutanée objectivait des pustules sous cornées, un œdème dermique et un infiltrat périvasculaire et périannexiel riche en PNN sans vascularite. Dans les deux cas, nous avons retenu le diagnostic de SS. Nous n'avons pas d'éléments en faveur d'une néoplasie ni d'une maladie inflammatoire de l'intestin ou d'une pathologie auto-immune associées. Un traitement par corticoïdes systémiques était instauré. Au bout de deux semaines, une régression des lésions cutanées et une normalisation du bilan biologique étaient notées dans le premier cas. Cependant, l'évolution était lentement favorable dans le deuxième cas avec une dégression du traitement sur quatre mois jusqu'à résolution de la symptomatologie. Aucune récurrence ni autre maladie associée n'a été observée avec un recul de 24 mois dans le premier cas et de 18 mois dans le deuxième cas.

Discussion

Le SS médicamenteux est rarement décrit dans la littérature. Il a été principalement rapporté après la prise de facteurs de croissance granulocytaires ou d'acide transrétinoïque. Des cas de SS induit par les antibiotiques ont été aussi décrits. Les molécules incriminées étaient le cotrimoxazole, la minocycline, la doxycycline, la nitrofurantoïne, la norfloxacine, l'ofloxacine, la clindamycine, la pipéracilline-tazobactam et la quinupristine-dalfoprastine. Quant à la ciprofloxacine et l'amoxicilline-acide clavulanique, nous avons uniquement trouvé un seul cas de SS induit par chacune de ces molécules. Walker et Cohen ont établi des critères diagnostiques de SS médicamenteux : clinique évocatrice, infiltrat neutrophilique sans vascularite à l'histologie, fièvre et lien temporel entre l'introduction ou l'arrêt du traitement suspecté et l'évolution des signes cliniques. Ces critères sont retrouvés dans nos observations. Une récurrence a été décrite, dans certains cas, après réintroduction accidentelle du traitement suspecté. Un délai moyen de 7,5 jours entre l'introduction du traitement et l'apparition des signes et une atteinte prédominante des membres supérieurs ont été aussi notés.

Conclusion

Cette observation souligne l'intérêt d'une enquête pharmacologique rigoureuse devant toute éruption évoquant un SS.