

## Les dermatoses bulleuses auto-immunes sous-épidermiques induites : 12 cas.

- Lina Bessaad, Résidente, Service de Dermatologie, Hopital Hedi Chaker , Sfax, Tunisie.
- Meriem Amouri ,PHU, Service de Dermatologie, Hopital Hedi Chaker , Sfax, Tunisie.
- Fatma Hammami, AHU, Service de Dermatologie, Hopital Hedi Chaker , Sfax, Tunisie.
- Rim Chaabouni, AHU, Service de Dermatologie, Hopital Hedi Chaker , Sfax, Tunisie.
- Sonia Boudaya, PHU, Service de Dermatologie, Hopital Hedi Chaker , Sfax, Tunisie.
- Emna Bahloul, Professeur agrégé, Service de Dermatologie, Hopital Hedi Chaker , Sfax, Tunisie.
- Hamida Turki, PHU, Service de Dermatologie, Hopital Hedi Chaker , Sfax, Tunisie.

### Introduction :

- Les dermatoses bulleuses auto-immunes (DBAI) sous-épidermiques induites, caractérisées par un décollement bulleux dermo-épidermique secondaires à un médicament inducteur (MI), sont rares.

- Notre objectif était d'étudier les caractéristiques de cette entité à travers une série hospitalière.

### Matériels et méthodes :

Étude rétrospective (de 2005 à 2023), incluant les cas de DBAI sous-épidermiques induites suspectées cliniquement et confirmées par **biopsie cutanée** et **Immuno-fluorescence directe**.

### Résultats :

- 95 cas de **pemphigoïde bulleuse** (PB) dont 10 cas **induites** (10,5%).
- 11 cas de **dermatose à IgA linéaire** (DIGAL) dont 2 cas **induites** (18,2%).
- L'âge : entre 49 et 87 ans (moyenne=65 ans).
- Le sex-ratio : 0,5.
- **Dans les PB :**
  - \* **Localisation des bulles** : Membres (80%), tronc (70%) et/ou la région palmoplantaire (30%).
  - \* **Peau** : érythémateuse ou urticarienne dans 40%.
  - \* **Signe de Nikolsky** : Positif dans 40%.
  - \* **Atteinte muqueuse** : 60%.
  - \* **Biologie** : Hyperéosinophilie sanguine marquée (entre 2000 et 7000 éléments/mm<sup>3</sup>) : 90%.
  - \* **Les principaux MI** : gliptines (40%) et l'atorvastatine (20%) ( un mois à 3 ans et 10 jours à 2 mois avant le début des symptômes)
  - \* **Les autres MI** : spironolactone, dantrolène, carbamazépine ou et l'association vaccination (VAT) et sérum antitétanique (SAT).
- **Dans les DIGAL :**
  - \* L'amoxicilline était le MI, pris 7 et 4 jours avant l'apparition des lésions.
  - \* Une patiente avait des érosions endobuccales (50%).
- La conduite consistait en l'arrêt du MI (100%) associé à des dermocorticoïdes (100% des PB) et/ou une corticothérapie par voie générale (80% des PB et 100% des DIGAL).
- Aucune récurrence n'a été notée lors du suivi (de 3 mois à 6 ans pour les PB) et de 2 ans pour les DIGAL.



Fig1 : DIGAL induite.



Fig2 : PB induite : atteinte cutanée



Fig3 : PB induite : atteinte muqueuse

### Discussion:

- Nos résultats concordent avec la littérature concernant la fréquence des formes induites de **PB** et leurs particularités par rapport à la forme spontanée avec survenue chez des **sujets plus jeunes** (moyenne=60 ans), **atteinte muqueuse et palmoplantaire plus fréquentes**, **positivité du signe de Nikolsky** et **hyperéosinophilie importante**. Elle survient **3 à 12 mois après la prise du MI** avec en chef de file les **gliptines** mais la fréquence dans notre série (40%) dépasse celle de la littérature (3 à 20%). De même, la **prédominance féminine** n'est pas classique.

La **DIGAL** induite est quasi exclusive chez les **adultes**. La fréquence dans notre série est presque le double de celles de la littérature (10%). Elle apparaît dans le **1er mois après la prise du MI** (surtout vancomycine et pénicilline) comme dans notre série. Le tableau clinique est **souvent sévère pouvant mimer une nécrolyse épidermique toxique**. **L'atteinte muqueuse est considérée comme un indice de sévérité**. L'absence de récurrence après l'arrêt du MI permet un diagnostic rétrospectif.

### Conclusion:

Les formes induites de DBAI sous-épidermiques présentent des particularités épidémiologiques, cliniques et paracliniques. Les MI sont surtout les gliptines (PB) et les antibiotiques (DIGAL).