Érythème pigmenté fixe bulleux en gériatrie: entre rareté clinique et défis diagnostiques

Majd Abu Taleb, Interne, Dermatologie, Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir, Monastir, Tunisie.
Nesrine Ben Salah, Dermatologie, Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir, Monastir, Tunisie.
Houda Raiss, Interne, Dermatologie, Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir, Monastir, Tunisie.
Monia Youssef, Dermatologie, Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir, Monastir, Tunisie.
Manel Benbelgacem, Service de pharmacovigilance, Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir, Monastir, Tunisie.
Khadija Mansour, Service de pharmacovigilance, Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir, Monastir, Tunisie.
Hichem Belhadjali, Dermatologie, Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir, Monastir, Tunisie.
Karim Aouem, Service de pharmacovigilance, Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir, Monastir, Tunisie.
Jameleddine Zili, Dermatologie, Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba de Monastir, Monastir, Tunisie.

Introduction

- **L'érythème pigmenté fixe (EPF)** est une réaction **d'hypersensibilité** retardée médiée par les **lymphocytes T (type IV),** caractérisée par la **réapparition de lésions cutanées et/ou muqueuses** aux mêmes sites après chaque **prise du médicament** responsable.
- Sa **variante bulleuse (EPFB), rare** et difficile à diagnostiquer, peut mimer des **réactions médicamenteuses sévères** ou des **dermatoses bulleuses auto-immunes**.
- Chez les **sujets âgés, l'EPF** tend à se manifester par des **formes bulleuses généralisées**, souvent associées à un **risque accru de mortalité**. Cette étude avait pour objectif **d'analyser les caractéristiques épidémiologiques**, **cliniques** et **histopathologiques** de **l'EPFB en gériatrie**.

Matériels et méthodes

- Une **étude rétrospective** a été menée sur dix ans (**2016-2025**), incluant les cas **d'EPFB diagnostiqués** chez des **patients âgés de 65 ans et plus.**
- Le **diagnostic** s'appuyait sur les **données cliniques, histopathologiques** et de **pharmacovigilance**.

Résultats

- **Seize patients** ont été inclus, avec un **âge moyen de 76,2 ans** (**65–82 ans**) et une **nette prédominance masculine** (**sex-ratio : 3**). Le **délai moyen d'apparition** après l'exposition au médicament **était de 67 heures**.
- Au total, **38 %** présentaient un **EPFB** de **novo** et **62,5 %** avaient des **antécédents d'EPF**. **Un seul patient présentait simultanément des lésions maculeuses et bulleuses**. Dans **81 %** des cas, le **nombre** de lésions **dépassait six**, avec une **moyenne de 20 lésions par patient. Trois patients** (**19 %**) présentaient une **forme étendue**.
- **Sur le plan clinique, toutes les lésions étaient érythémateuses, bien limitées, centrées par une bulle, avec des érosions post-bulleuses et des lésions typiques d'EPF. Les extrémités** étaient atteintes dans **75 % des cas**, la **tête** et le **cou** dans **12 %**, et la **région génitale dans 19 %.** Une **atteinte muqueuse** était retrouvée chez **81 % des patients. La moitié** des bulles étaient **hémorragiques** et **31 %** présentaient une **surinfection** nécessitant une **antibiothérapie**. **Le diagnostic était confirmé par l'histologie**.
- **Une hyperpigmentation persistait chez 69 % des patients**. La **majorité** (**88 %**) était **polymédicamentée**. **Les médicaments impliqués** étaient principalement les **antibiotiques** (**38 %**), suivis des **AINS (19 %)**, du **paracétamol (12 %)**, de la **prégabaline (6 %)** et des **associations antibiotiques-AINS** (**12 %**).
- Des **tests épicutanés** ont été réalisés chez **63 % des patients**, avec une **positivité de 40 %.** Les **tests de provocation orale** (**25 %**) étaient **tous positifs**. Le test **d'application répétée in situ** (**12 %**) confirmait également la **responsabilité** du médicament.
- **L'arrêt du médicament suspect**, associé à l'utilisation de **corticostéroïdes topiques** et **d'antihistaminiques oraux**, a permis une **évolution favorable, sans décès rapporté.**

Discussion

- Nos **résultats rejoignent** ceux de la **littérature** : **âge avancé, prédominance masculine, localisation aux extrémités et atteinte muqueuse fréquente**.
- Le **délai d'apparition moyen** (**67 h**) **correspond aux données publiées**, confirmant une **réaction retardée de type IV**.
- **Des particularités émergent toutefois : fréquence élevée des bulles hémorragiques (50 %) et des surinfections bactériennes (31 %), rarement rapportées ailleurs.**
- Ces **différences** pourraient s'expliquer par des **comorbidités**, un **retard de diagnostic ou des particularités locales**.
- La **coexistence** de lésions **maculeuses et bulleuses**, observée chez un patient, illustre une **présentation inhabituelle**.
- Si les **antibiotiques** et les **AINS** restent **les principales molécules incriminées**, l'implication de la **prégabaline** constitue **une originalité**.
- Enfin, **la diversité** des **tests diagnostiques utilisés (épicutanés, provocation)** souligne la **valeur d'une approche combinée, rarement appliquée dans d'autres séries.**

Conclusion

- **La prise en charge** de **l'EPF** chez les **sujets âgés** est **compliquée** par la **polymédication**, la **multimorbidité**, la **fragilité** et **l'immunosénescence**.
- **Notre série** met en évidence une **fréquence notable de bulles hémorragiques et de surinfections bactériennes**, renforçant la **nécessité** d'un **diagnostic précoce**, d'une **prise en charge rapide et d'une surveillance pharmacologique accrue afin d'améliorer le pronostic**.

Érythème pigmenté fixe bulleux chez une patiente de 66 ans, survenu à la suite de la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).