

# Érythème pigmenté fixe en pratique dermatologique à Lomé (Togo) : étude rétrospective de 321 cas

Fixed drug eruption in dermatology setting in Lomé (Togo): a retrospective study of 321 cases

B. Saka · K. Kombaté · B.-H. Médougou · S. Akakpo · A. Mouhari-Toure · T. Boukari · K. Tchangaï-Walla · P. Pitché

Reçu le 27 décembre 2011 ; accepté le 28 février 2012  
© Société de pathologie exotique et Springer-Verlag France 2012

**Résumé** Le but de cette étude était de préciser la fréquence et de répertorier les médicaments en cause d'érythème pigmenté fixe (EPF) à Lomé (Togo). Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective portant sur les cas d'EPF vus entre janvier 2006 et novembre 2011 dans le service de dermatologie du CHU de Lomé. Au cours de la période d'étude, 321 cas d'EPF ont été recensés sur les 472 cas de toxidermies observées. L'âge moyen des patients était de  $31,27 \pm 14,01$  ans et le sex-ratio (H/F) de 1,01. Cent trente-trois (41,4 %) des 321 patients avaient déjà eu une poussée antérieure d'EPF contre 58,6 % qui en étaient à leur première poussée. La forme la plus fréquente était la forme maculeuse hyperpigmentée (247 cas/321). Les principales localisations des lésions étaient le tronc ( $n = 127$ ), les membres inférieurs ( $n = 85$ ), les membres supérieurs ( $n = 81$ ), les organes génitaux externes ( $n = 53$ ). Un médicament était mis en cause chez 163 (50,8 %) des 321 patients. Cent neuf des 163 patients avaient pris le médicament en cause en automédication. Les sulfamides anti-infectieux étaient en cause dans 70,5 % des cas, suivis des anti-inflammatoires non stéroïdiens (9,8 %), des antipaludéens de synthèse (7,4 %) et des antibiotiques (3,7 %). Tous les patients ont reçu une carte d'interdiction du médicament en cause. Cent onze patients ont été traités par des antihistaminiques, 69 par des dermocorticoïdes et 58 par des antiseptiques locaux. Au cours de l'évolution, 42 des 321 patients revus ont obtenu une évolution favorable. Notre étude confirme la fréquence de l'EPF et le rôle des sulfamides anti-infectieux parmi les médicaments inducteurs en Afrique. Elle souligne la grande responsabilité de l'automédication dans la survenue de cette toxidermie au Togo.

**Mots clés** Érythème pigmenté fixe · Peau noire · Toxidermie · Automédication · Sulfamides anti-infectieux · Hôpital · Lomé · Togo · Afrique intertropicale

**Abstract** The aim of this study was to determine the frequency and list of drugs responsible for fixed drug eruption (FDE) in Lomé (Togo). A descriptive retrospective study of patients with FDE treated from January 2006 to November 2011 in dermatology service at the teaching hospital of Lomé (Togo) was conducted. During the study period, 321 cases of FDE were reported among 472 cases of toxidermia observed. Mean age of the patients was  $31.27 \pm 14.01$  years and sex-ratio (M/F) was 1.01. One hundred thirty-three (41.4%) of 321 patients had a previous FDE, against 58.6% who were in their first attack. The most common form was the hyperpigmented form (247 cases/321). The main locations of the lesions were the trunk ( $N = 127$ ) followed by the lower limbs ( $N = 85$ ), the upper limbs ( $N = 81$ ) and external genital organs ( $N = 53$ ). A drug was incriminated in 163 (50.8%) of the 321 patients, in whom 109 patients took their drug by self-medication. Anti-bacterial sulfonamides were the first drug involved (70.5%), followed by nonsteroidal anti-inflammatory drugs (9.8%), antimalarial drugs (7.4%) and antibiotics (3.7%). All patients received a banned drug. In addition, 111 patients were treated with antihistamines, 69 with corticosteroids, and 58 with topical antiseptics. During follow-up, 42 of 321 patients have been seen; all had a favorable outcome. Our study confirms the frequency of FDE and the role of antibacterial sulfonamides as the cause of FDE in Africa and documents the effects of self-medication in toxidermia in Togo.

**Keywords** Fixed drug eruption · Black skin · Toxidermia · Self-medication · Antibacterial sulfonamides · Hospital · Lomé · Togo · Saharan Africa

## Introduction

L'érythème pigmenté fixe (EPF) est une toxidermie bénigne, caractérisée par son évolution pigmentogène et sa fixité lors

B. Saka (✉) · K. Kombaté · B.-H. Médougou · S. Akakpo · A. Mouhari-Toure · T. Boukari · K. Tchangaï-Walla · P. Pitché  
Service de dermatologie, CHU de Tokoin, université de Lomé, Togo  
e-mail : barthelemysaka@yahoo.fr

des récurrences. Il est généralement dû à un médicament, mais certains cas sont d'origine alimentaire [6]. Les médicaments ou classes médicamenteuses les plus fréquemment en cause sont le cotrimoxazole, les pyrazolés et les tétracyclines [12]. L'EPF est selon plusieurs publications, la toxidermie la plus fréquente en Afrique [3, 11]. Nous avons souhaité préciser la fréquence et répertorier les médicaments responsables de cette toxidermie bénigne dans le service de dermatologie à Lomé (Togo).

## Patients et méthodes

Une étude descriptive rétrospective, portant sur les dossiers des patients ayant souffert d'EPF, a été menée dans les services de dermatologie des centres hospitaliers universitaires de Tokoin et Campus et au centre de dermatologie de Gbosimé de janvier 2006 à novembre 2011. Nous avons exploité les registres et les fiches de consultation et les dossiers d'hospitalisation des trois services. Le diagnostic d'EPF était basé sur la clinique et l'interrogatoire. Aucun patient n'a bénéficié des tests épicutanés. Les critères d'imputabilité utilisés dans le service pour rechercher le médicament probablement en cause d'EPF sont ceux de la pharmacovigilance française [4]. Les variables collectées étaient : l'âge, le sexe, le type d'EPF, le siège des lésions, le médicament en cause, le délai entre la prise médicamenteuse et la survenue de l'EPF, les circonstances de la prise du médicament en cause (automédication ou prescription médicale) et les données de l'évolution.

## Résultats

Au cours de la période d'étude, 321 cas d'EPF ont été recensés sur les 472 cas de toxidermies diagnostiquées dans une population de 29 061 patients ayant consulté en dermatologie. L'EPF représentait alors 68,6 % des toxidermies et 1,1 % de l'ensemble des consultations. La moyenne d'âge des patients était de  $31,27 \pm 14,01$  ans et le sex-ratio (H/F) de 1,01. Cent trente-trois (41,4 %) des 321 patients avaient déjà eu une poussée antérieure d'EPF, contre 58,6 % qui en étaient à leur première poussée. La forme la plus fréquente était la forme maculeuse hyperpigmentée (247 cas/321) (Fig. 1) contre la forme bulleuse dans 23,1 % des cas (Fig. 2). Les localisations des lésions étaient le tronc ( $n = 127$ ), les membres inférieurs ( $n = 85$ ), les membres supérieurs ( $n = 81$ ), les organes génitaux externes ( $n = 53$ ), les lèvres ( $n = 43$ ), le visage ( $n = 24$ ), le cou ( $n = 19$ ), les fesses ( $n = 10$ ) et le cuir chevelu ( $n = 1$ ). Une prise médicamenteuse était notée chez 163 (50,8 %) des 321 patients. Cent neuf (66,9 %) des 163 patients avaient pratiqué l'automédication. Le délai moyen entre la prise médicamenteuse et



**Fig. 1** Forme hyperpigmentée d'EPF / *Hyperpigmented form of FDE*



**Fig. 2** Forme bulleuse d'EPF / *Bullous form of FDE*

l'éruption cutanée était de  $2,52 \pm 3,04$  jours. Les sulfamides anti-infectieux étaient la cause d'EPF dans 70,5 % des cas suivis des anti-inflammatoires non stéroïdiens (9,8 %), des antipaludéens de synthèse (7,4 %) et des antibiotiques (3,7 %) (Tableau 1). Parmi les sulfamides anti-infectieux, la sulfadoxine-pyriméthamine était la plus utilisée (63,5 %), suivie du cotrimoxazole (30,4 %). Les antipaludéens de synthèse étaient la chloroquine (neuf cas) et les sels de quinine (trois cas). Trois patients avaient des formes graves, profuses, avec de nombreuses lésions bulleuses ayant nécessité une hospitalisation. Tous les patients chez qui une prise médicamenteuse avait été notée ont reçu une carte d'interdiction du médicament en cause. Des antihistaminiques ont été prescrits chez 111 patients, des dermocorticoïdes chez 69 patients et des antiseptiques locaux chez 58 patients. Au cours de l'évolution, les 42 patients revus ont connu une évolution favorable de leurs lésions.

**Tableau 1** Principaux médicaments responsables parmi les 163 cas d'EPF attribués à une prise médicamenteuse / *Major drug among the 163 FDE cases attributed to drug*

Médicament en cause	Effectif	Fréquence (%)
Sulfamides anti-infectieux	115	70,5
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	16	9,8
Antipaludéens de synthèse <sup>b</sup>	12	7,4
Antibiotiques <sup>a</sup>	6	3,7
Métronidazole	6	3,7
Paracétamol	4	2,5
Infusions	3	1,8
Médicament chinois	1	0,6
Total	163	100

<sup>a</sup> Les antibiotiques étaient des cyclines (trois cas) et des aminopénicillines (trois cas).  
<sup>b</sup> Les antipaludéens de synthèse étaient la chloroquine (neuf cas) et les sels de quinine (trois cas).

## Discussion

Notre étude a permis de noter que 68,6 % des toxidermies observées en dermatologie à Lomé sont des EPF et confirme ainsi les constats faits dans d'autres séries en Afrique. En effet, la fréquence de l'EPF parmi les toxidermies dans notre étude est comparable à celles trouvées au Bénin et au Nigéria qui étaient respectivement de 70 et 78,6 % [3,11]. Mais la principale limite de notre étude est l'absence de réalisation de tests épicutanés permettant de confirmer la responsabilité des médicaments incriminés sur la base des critères intrinsèques et extrinsèques [4]. Aussi, le nombre élevé de patients chez qui aucune étiologie n'a été identifiée s'expliquerait par la possibilité d'erreur diagnostique, la peur des patients de révéler leur automédication, l'oubli, la possibilité d'EPF induits par des aliments, la possibilité d'une prise inconsciente de médicaments masqués dans des aliments ou des boissons. En effet, il a été rapporté des EPF induits par des sulfamides et par de la quinine, les premiers contenus dans les œufs provenant de la volaille nourrie avec de la provende traitée avec des anti-infectieux [2] et le second contenu dans le *tonic water* [5]. Néanmoins, les médicaments incriminés chez les 163 patients sont essentiellement des sulfamides anti-infectieux, ce qui confirme les résultats des autres séries en Afrique. Ces sulfamides sont inducteurs d'EPF chez 70,5 % des patients de notre étude, comparativement aux 66,7 % et aux 71,5 % trouvés respectivement au Nigéria [11] et au Bénin [3]. Parmi les sulfamides anti-infectieux, la sulfadoxine-pyriméthamine est la plus utilisée dans notre étude, suivie du cotrimoxazole, alors qu'au Bénin, le principal sulfamide anti-infectieux utilisé est le cotrimoxazole, la sulfadoxine-pyriméthamine ne venant

qu'en deuxième position [3]. Ensuite, les antipaludéens de synthèse qui occupent la troisième place dans notre étude viennent en deuxième position dans la série béninoise [3]. La forte implication de la sulfadoxine-pyriméthamine et des antipaludéens de synthèse dans les deux pays s'explique par le fait qu'ils sont des pays d'endémie palustre.

Sur le plan clinique, notre étude confirme que la forme hyperpigmentée est la plus fréquente, puisqu'elle concerne 76,9 % de nos patients. Nous avons observé, par ordre de fréquence, une prédominance de l'atteinte au niveau du tronc, des membres inférieurs et des membres supérieurs, tout comme Atadokpédé et al. [3]. Cependant, nous n'avons pas observé la distribution des lésions d'EPF dépendante du type de médicament [12] ou du sexe [7].

Enfin, 66,9 % de nos patients ont pratiqué l'automédication. Dans la série d'Atadokpédé et al. [3], 55 des 88 patients, chez qui l'EPF était attribué à un médicament, avaient révélé une automédication. La fréquence de l'automédication dans notre étude et dans l'étude béninoise est proche de celle trouvée au cours des affections dermatologiques au Togo (44 %) [10], mais largement supérieure à celle rapportée en France (22 %) [8]. Les facteurs qui encouragent l'automédication en Afrique sont entre autres les difficultés d'accès aux soins, l'absence d'assurance maladie, la disponibilité des médicaments en dehors des structures de soins et des pharmacies. Cette automédication n'est pas anodine, puisqu'elle a été à l'origine d'EPF dans 66,9 % des cas de notre étude et dans 62,5 % dans la série béninoise [3]. Une série tunisienne avait rapporté un ou plusieurs épisodes de réactivation d'EPF consécutifs à une automédication à la sulfaguanidine chez neuf patients [9]. Estève et al. [8] ont rapporté une dermatite de contact, un eczéma et une nécrose cutanée suite à une automédication. Enfin, Adams et Sheth [1] ont rapporté des ulcérations périanales suite à l'application de corticoïdes.

## Conclusion

Notre étude confirme la fréquence de l'EPF et le rôle des sulfamides anti-infectieux parmi les médicaments inducteurs en Afrique. Elle souligne la grande responsabilité de l'automédication dans la survenue de cette toxidermie au Togo. Il est important de mener des actions de sensibilisation afin d'informer la population sur les risques de cette automédication.

**Conflit d'intérêt :** les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

## Références

- Adams BB, Sheth PB (2002) Perianal ulcerations from topical steroid use. *Cutis* 69(1):67-8

2. Adégbidi H, Yédomon H, Atadokpédé F, Do-Ango-Padonou F (2007) Erythème pigmenté fixe suite à une ingestion d'œuf : rôle des contaminants alimentaires. *Ann Dermatol Venereol* 134 (1S):34
3. Atadokpédé AF, Adégbidi H, Yédomon HG, et al (2011) Erythème pigmenté fixe à Cotonou, Bénin, de 1998 à 2008. *Ann Dermatol Venereol* 138(4):320–2
4. Begaud B, Evreux JC, Jouglard J, Lagier G (1985) Imputabilité des effets inattendus ou toxiques des médicaments. Actualisation de la méthode utilisée en France. *Thérapie* 40:111–8
5. Bel B, Jeudy G, Bouilly D, et al (2009) Fixed eruption due to quinine contained in tonic water: positive patch-testing. *Contact Dermatitis* 61(4):242–4
6. Benomar S, Ismaili N, Koufane J, et al (2010) Érythème pigmenté fixe induit par de la réglisse. *Ann Dermatol Venereol* 137(2):121–3
7. Brahim N, Routier E, Raison-Peyron N, et al (2010) A three-year-analysis of fixed drug eruptions in hospital setting in France. *Eur J Dermatol* 20(4):461–4. [Epub 2010 May 27]
8. Estève E, Ah-Toye C, Nseir A, Martin L (2005) Automédication et dermatoses aiguës : étude prospective de 111 malades hospitalisés. *Ann Dermatol Venereol* 132(4):372–3
9. Kastalli S, El Aidli S, Daghfous R, et al (2004) Érythème pigmenté fixe à la sulfaguanidine. *Ann Dermatol Venereol* 131 (4):382–4
10. Mouhari-Toure A, Kombaté K, Saka B, et al (2010) L'automédication au cours des affections dermatologiques à Lomé. *Med Trop* 70(3):303–4
11. Nnoruka EN, Ikech VO, Mbah AU (2006) Fixed drug eruption in Nigeria. *Int J Dermatol* 45(9):1062–5
12. Sharma VK, Dhar S, Gill AN (1996) Drug related involvement of specific sites in fixed eruptions: a statistical evaluation. *J Dermatol* 23(8):530–4